

Ema Kollárová
Terézia Harčaríková

Základy pedagogiky
telesne postihnutých,
chorých a zdravotne oslabených

Bratislava
2016

*Vysokoškolská učebnica je súčasťou projektu VEGA: 1/0789/14
Determinanty a odchýlky vývinu detí školského veku so zdravotným
postihnutím v oblasti somatopatologickej, psychoedukačnej, komunikačnej
a sociálnej*

Autor © Doc. PhDr. Ema Kollárová, CSc.

© Doc. PaedDr. Terézia Harčaríková, PhD.

© ® *Všetky práva vyhradené. Táto učebnica a ani jej časti sa nemôžu
kopírovať bez súhlasu autorov.*

Lektorovali:

Prof. PaedDr. Alica Vančová, CSc.

Prof. PaedDr. Marie Vítková, PhD.

Doc. PhDr. Tibor Vojtko, PhD.

Prvé vydanie

Vydala: Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta

Vytlačil:

ISBN

EAN

PREDHOVOR

Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených je jedným zo študijných odborov špeciálnej pedagogiky, v rámci ktorého sa študenti pripravujú na edukačnú činnosť jednotlivcov s rôznym druhom a stupňom telesného postihnutia, choroby a zdravotného oslabenia na rôznych typoch škôl a v špeciálnych zariadeniach.

Vysokoškolská učebnica s názvom Základy pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených je prednostne určená pre študentov študijného programu špeciálna pedagogika v špecializácii pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. Zámerom autoriek je snaha aby si študenti osvojili základný pojmový aparát z danej oblasti, oboznámili sa s komplexnou rehabilitačnou starostlivosťou a jej jednotlivými zložkami u týchto jednotlivcov s dôrazom na ich edukáciu a špeciálne edukačné potreby v sústave škôl a zariadení.

Publikácia má tiež za úlohu oboznámiť s podmienkami v ktorých prebieha edukácia jednotlivcov s telesným postihnutím chorobou a zdravotným oslabením. Pezentuje informácie, ktoré sú východiskové na pregraduálnom stupni štúdia, nadväzuje na učebný text E. Kollárová - Základy somatopédie z roku 2006.

Vysokoškolská učebnica Základy pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených je výstupom projektu VEGA: 1/0789/14 Determinanty a odchýlky vývinu detí školského veku so zdravotným postihnutím v oblasti somatopatologickej, psychoedukačnej, komunikačnej a sociálnej.

OBSAH

PREDHOVOR.....	3
OBSAH.....	4
1 PEDAGOGIKA TELESNE POSTIHNUTÝCH, CHORÝCH A ZDRAVOTNE OSLABENÝCH	7
1.1 Pojem a predmet	7
1.2 Obsah pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených	12
1.3 Vzťah pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených k iným vedným odborom.....	14
1.4 Výskumné metódy v pedagogike telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených	16
1.5 Tradícia a predpoklady ďalšieho rozvoja odboru	19
1.6 Kontrolné otázky a úlohy k 1. kapitole.....	24
2 KATEGORIZÁCIA A CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVCOV S TELESNÝM POSTIHNUTÍM	25
2.1 Kategorizácia telesných postihnutí	25
2.1.1 Vrodené telesné postihnutia	25
2.1.1.1 Vrodené anomálie lebky a chrbtice	25
2.1.1.2 Vrodené anomálie končatín	28
2.1.1.3 Detská mozgová obrna (DMO).....	28
2.1.1.4 Detská mozgová obrna ako viacnásobné postihnutie	31
2.2 Získané telesné postihnutia.....	33
2.3 Charakteristika chorých a zdravotne oslabených jednotlivcov.....	38
2.4 Kontrolné otázky a úlohy k 2. kapitole.....	45
3 KOMPLEXNÁ REHABILITAČNÁ STAROSTLIVOSŤ O TELESNE POSTIHNUTÝCH, CHORÝCH A ZDRAVOTNE OSLABENÝCH.....	46
3.1 Rehabilitácia	46
3.2 Komplexná rehabilitačná starostlivosť	46
3.3 Cieľ, obsah a význam komplexnej rehabilitačnej starostlivosti....	47
3.4 Liečebná rehabilitácia	51
3.4.1 Liečebná rehabilitácia v širšom význame	51
3.4.2 Liečebná rehabilitácia v užšom význame	52
3.5 Sociálna rehabilitácia.....	60
3.6 Pracovná rehabilitácia.....	67
3.6.1 Fázy pracovnej rehabilitácie	67
3.6.1.1 Pracovné poradenstvo	68

3.6.1.2	Predprofesijná príprava a profesijná orientácia	71
3.6.1.3	Príprava na povolanie – profesijná príprava	72
3.6.1.4	Začlenenie do pracovného procesu.....	74
3.7	Výchovná rehabilitácia	79
3.7.1	Cieľ a obsah výchovnej rehabilitácie.....	79
3.7.2	Zásady výchovnej rehabilitácie	86
3.7.3	Vzťah výchovnej rehabilitácie k ostatným zložkám komplexnej rehabilitačnej starostlivosti	88
3.7.4	Systém výchovnej rehabilitácie	90
3.8	Kontrolné otázky a úlohy k 3. kapitole.....	93
4	SÚSTAVA ŠKÔL, ŠKOLSKÝCH ZARIADENÍ A INÝCH ŠPECIÁLNYCH ZARIADENÍ PRE JEDNOTLIVCOV S TELESNÝM POSTIHNUTÍM, CHOROBU A ZDRAVOTNÝM OSLABENÍM.....	94
4.1	Sústava škôl pre deti a žiakov s telesným postihnutím.....	95
4.2	Sústava škôl pre deti a žiakov s chorobou a zdravotným oslabením.....	101
4.2.1	Integrované / inkluzívne vzdelávanie deti a žiakov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením.....	103
4.3	Systém školských výchovno – vzdelávacích zariadení pre deti a žiakov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením.....	107
4.3.1	Školský klub detí	107
4.4	Špeciálne zariadenia pre telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených.....	108
4.4.1	Zdravotnícke zariadenia.....	108
4.4.2	Zariadenia so zameraním na pracovnú, sociálnu rehabilitáciu a pracovné poradenstvo	109
4.4.3	Zariadenia sociálnych služieb.....	114
4.5	Kontrolné otázky a úlohy k 4. kapitole.....	115
5	PODMIENKY ŠPECIÁLNEJ VÝCHOVY TELESNE POSTIHNUTÝCH, CHORÝCH A ZDRAVOTNE OSLABENÝCH	116
5.1	Vnútorne podmienky špeciálnej výchovy telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených	116
5.1.1	Somatické zvláštnosti telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených.....	116
5.1.2	Psychické zvláštnosti telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených	122
5.2	Vonkajšie podmienky špeciálnej výchovy	125
5.2.1	Materiálne prostredie.....	125

5.2.2	Spoločenské prostredie	129
5.2.3	Organizácia špeciálnej edukácie telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených	131
5.3	Kontrolné otázky a úlohy k 5. kapitole	135
ZÁVER		136
ZOZNAM BIBIOGRAFICKÝCH ODKAZOV		137

1 PEDAGOGIKA TELESNE POSTIHNUTÝCH, CHORÝCH A ZDRAVOTNE OSLABENÝCH

1.1 Pojem a predmet

Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených patrí do systému špeciálnej pedagogiky. Š. Vašek špeciálnu pedagogiku definuje ako „vednú oblasť v sústave pedagogických vied, ktorá sa zaoberá teóriou a praxou edukácie detí, mládeže a dospelých vyžadujúcich špeciálnu starostlivosť z dôvodu mentálneho, senzorického a somatického postihnutia alebo narušených komunikačných schopností či psychosociálneho narušenia alebo z dôvodu iných špecifických daností, porúch učenia, správania“ (Š. Vašek, 1996, s. 8).

Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených v sebe integruje edukáciu troch skupín postihnutých, t. j. telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených jednotlivcov. Spojenie týchto troch kategórií v rámci špeciálnopedagogickej problematiky má u nás, respektíve v československej špeciálnej pedagogike, už dlhoročnú tradíciu. Oproti tomu v zahraničných systémoch špeciálnej pedagogiky môže byť taký stav, že sa oddeľuje pedagogika telesne postihnutých a pedagogika chorých alebo sa kategórie chorých a zdravotne oslabených nerozlišujú.

V niektorých zahraničných systémoch špeciálnej pedagogiky sa osobitne uvádza pedagogika telesne postihnutých a osobitne pedagogika chorých. t. j. nevytvoril sa spoločný vedný odbor. V iných, menej diferencovaných, môže dokonca odbor, vzťahujúci sa na výchovu zmienených kategórií populácie chýbať, hoci zodpovedajúca prax existuje. Pretože predmetom pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených je výchova troch kategórií jednotlivcov príbuzných na základe toho, že majú isté špecifiká somatického charakteru, chceme bližšie určiť každú z týchto kategórií a súčasne informovať aj o terminologickom vývoji v tejto oblasti.

Telesne postihnutý je jednotlivec s chybou nosného a pohybového ústrojenstva (kostí, kĺbov, šliach a svalov), ako aj s poškodením nervového ústrojenstva, ak sa prejavuje narušenou hybnosťou. (Vychádzame tu z definície autorov J. Kraus a O. Šandera, 1975).

Na začiatku ústavnej starostlivosti o telesne postihnutých v Českých krajinách sa na označenie týchto jednotlivcov používali výrazy mrzák alebo zmrzačený a tie sa dostávali aj do názvov spolkov a ústavov, zameraných na starostlivosť o nich (napríklad Zemský spolek pro léčbu a výchovu mrzáku, Jedličkuv ústav

pro zmrzačelé). Tieto výrazy prešli aj do slovenskej terminológie. Vo vzťahu k deťom sa používala aj deminutívna podoba slova, t. j. mrzáček - mrzáčik. (Prvý slovenský ústav bol nazvaný ako Domov slovenských mrzáčkov.)

Odborná literatúra reprezentujúca špeciálnu pedagogiku v Čechách i na Slovensku, v prvých desaťročiach jej vývoja – J. Zeman (1908, 1928, 1933), A. Bartoš (1923, 1931, 1943), J. Chlup (1923, 1925, 1938), a na Slovensku V. Gaňo (1940), K. Koch (1941), G. Šterba (1944) svedčí o tom, že výrazy mrzák, zmrzačelý - zmrzačený, mrzáček - mrzáčik, slúžili aj ako odborné výrazy až do 40. rokov 20. storočia. Paralelne sa však v češtine začalo používať pomenovanie telesne vadný, ktoré v tejto podobe spočiatku preniklo aj do slovenskej terminológie. Potom sa ale slovo vadný nahradilo slovenským chybný. Okrem spomínaných sa však vyskytli aj výrazy – deti telesne úchylné, telesne zmrzačelé, postihnuté telesnou chybou a neskôr aj telesne defektné.

V povojnovom období sa výraz mrzák s jeho odvođeninami odstraňuje z názvov inštitúcií, vytráca sa aj z odbornej literatúry a dôsledne sa v češtine používa termín tělesně vadný a v slovenčine telesne chybný. V šesťdesiatych rokoch dvadsiateho storočia sa začala uplatňovať nová podoba termínu. V češtine telesne postižený a v slovenčine telesne postihnutý, ktorá sa obidvoch krajinách ustálila. Nedá sa však povedať, že v tomto prípade ide len o nahradenie slova – výrazy chybný a postihnutý nie sú významovo totožné.

Aj M. Vítková (1998, 2006), rozlišuje chybu (ako poškodenie) a termín postihnutie ako jeho následok.

V načrtnutom terminologickom vývoji vidno zmierňovanie výrazovej ostroti termínu. Podobný vývoj nachádzame aj v zahraničnej terminológii. Pôvodne sa používali výrazy: "cripple" (angl.), "kruppel" (nem.), "kaleka" (rus., poľ.), "nyomorék" (maď.), ktoré zodpovedajú nášmu výrazu mrzák. V zmysle uvedeného možno zaznamenať dve základné terminologické tendencie:

- Jednotlivec sa nazýva **telesne** postihnutý, chybný, poškodený a pod. (napríklad physically handicapped, impaired - angl., déficient physique - franc., körperbehinderte - nem., testi fogyatékos - maď., uposledzony fizycznie - poľ.)
- Jednotlivec sa nazýva **pohybovo** postihnutý, chybný, poškodený, narušený alebo sa používa obsahový ekvivalent tohto termínu (napríklad: with motor impairments - angl., déficient moteur - franc., mozgásfogyatékos - maď., s narušením oporno-dvigateľného aparata - rus., mit bewegungsstörungen - nem., z dysfunkcja narządów ruchu - poľ.). Tu sa odráža snaha uviesť v názve

charakteristický znak zmienenej kategórie postihnutých, t. j. poruchu hybnosti.

Záleží od autora, ktorú z alternatív označenia použije.

Pri štúdiu cudzojazyčnej literatúry je potrebné mať na zreteli, že klasifikácia postihnutých a narušených v medzinárodnom meradle je nejednotná, nepresná. Používajú sa rôzne termíny na označenie jednotlivcov s istým postihnutím alebo rovnaké termíny majú rôzne vysvetlenie.

Môžeme to vidieť aj pri termínoch mrzák a telesne chybný, ktoré môžu mať širší aj užší význam. Táto nejednotnosť sa vyskytovala v staršej etape rozvoja českej a slovenskej špeciálnej pedagogiky. R. Jedlička (in. F. Hamza 1921) do kategórie mrzákov na jednej strane zahrnul aj hluchých, slepých, slabomyseľných a epileptikov. Na druhej strane, v užšom zmysle ich chápal ako jednotlivcov s anatomickou abnormalitou, či ortopedickou chybou (na nich bola zameraná aj starostlivosť v Jedličkovom ústave). Takéto dvojaké chápanie nachádzame aj neskôr u B. Popeláča (1957), a to vo vzťahu k termínu telesne chybný. V súčasnosti je dlhodobo ustálené užšie chápanie termínu telesne postihnutý tak, ako ho uvádzame vyššie, v definícii termínu telesné postihnutie.

Pri identifikácii jednotlivca s telesným postihnutím je nevyhnutné rozlišovať medicínske a špeciálnopedagogické hľadisko. Medicínske hľadisko je primárne – na základe tohto hľadiska sa uvažuje o potrebe špeciálnej edukácie. Zo špeciálnopedagogického hľadiska je zásadné zistenie, či daný jednotlivec potrebuje špeciálnu pomoc na to, aby sa mohol začleniť do spoločnosti. Pokiaľ takáto situácia nenastane, jednotlivec sa nestáva predmetom záujmu výchovnej rehabilitácie. Je to teda fenomén špeciálnej edukačnej potreby, ktorý rozhoduje o tom, či sa na daného jednotlivca budeme pozeráť ako na telesne postihnutého. Potreba špeciálnopedagogickej intervencie súvisí s tzv. sociálnou dimenziou chyby alebo poruchy. M. Sovák (1954, 1977) v tomto kontexte použil termín defektivita.

Kategória telesne postihnutých sa vyznačuje veľkou heterogénnosťou.

Pri diferencovaní edukačných potrieb jednotlivcov s telesným postihnutím je dôležité diferencovať telesné postihnutie:

- z hľadiska etiologického,
- z hľadiska času vzniku,
- z hľadiska stupňa postihnutia,
- z hľadiska stupňa narušenia hybnosti.

Etiologické hľadisko

- telesné postihnutia noncerebrálneho typu,
- telesné postihnutia cerebrálneho typu.

Hľadisko času vzniku

- telesné postihnutie vrodené
- telesné postihnutie získané

Hľadisko stupňa postihnutia

- ľahké,
- stredné,
- ťažké.

Hľadisko stupňa narušenia hybnosti

- mobilný jednotlivec,
- čiastočne mobilný jednotlivec,
- imobilný jednotlivec.

Stupeň postihnutia sa môže meniť. V pozitívnom smere ide o zlepšujúci sa stav s dozrievaním jednotlivých funkcií ako aj s pozitívnym účinkom komplexu prostriedkov rehabilitácie.

V negatívnom smere ide o telesné postihnutie s tendenciou progresie, alebo ide o stav, keď jednotlivec nedostáva potrebnú rehabilitačnú starostlivosť.

Chorý je jednotlivec v stave choroby, ktorá sa bežne definuje ako porucha rovnováhy organizmu s prostredím alebo ako stav organizmu, keď je porušená jeho schopnosť prispôbiť sa podmienkam prostredia. Vznikajú pri tom rozličné anatomické alebo funkčné zmeny v organizme. V rámci širokospektrálnej skupiny chorých, rozlišujeme dve špecifické kategórie: **chronicky chorí jednotlivci a nevyliciteľne (letálne) chorí jednotlivci.**

Zo špeciálnopedagogického hľadiska so zreteľom na to, že sa u nás organizovaná edukačná starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach poskytuje len deťom do ukončenia základného vzdelávania, je predmetom pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených len edukácia chorých detí pričom sa identifikujú ich edukačné potreby, ktoré môžu vzniknúť pri danej chorobe.

Kategória chorých detí sa vnútorne diferencuje podľa celého radu chorôb, a to: chorôb dýchacieho, pohybového, nervového, srdcovo-cievneho, tráviaceho, vylučovacieho a pohlavného ústrojenstva, chorôb krvných,

endokrinných a kožných. Ak pôjde o jednotlivcov s chorobami očnými, ušnými, nosovými a krčnými alebo s chorobami duševnými, ich edukácia je predmetom relevantných špeciálnopedagogických odborov. Avšak hospitalizáciou týchto detí vzniká istá príbuznosť v organizácii špeciálnej edukačnej činnosti s ostatnými chorými deťmi.

Pri chorobách detí je dôležitým faktorom liečebnej i edukačnej starostlivosti ich trvanie a prognóza. Môže ísť o krátkodobú, dlhodobú, resp. recidivujúcu chorobu. Mnohé choroby končia vyzdravením dieťaťa, iné však môžu zanechať následky v telesnej deformite alebo trvalo obmedzujú jednotlivca v istých oblastiach jeho života, či ohrozujú jeho život.

Ako sme načrtli, rozlišuje sa kategória telesne postihnutých a chorých, ale nie v každom prípade možno určiť do ktorej kategórie daný jednotlivec patrí. Niektoré telesné chyby sa vyvíjajú v priebehu choroby ako napríklad tbc kostí či progresívna svalová dystrofia, vtedy aj pri jednej medicínskej diagnóze, pokiaľ sa proces choroby neskončí, možno jednotlivca pokladať aj za telesne postihnutého aj za chorého. Respektíve hovoríme o telesnom postihnutí získanom po chorobe.

Zdravotne oslabený je jednotlivec v stave rekonvalescencie, so zníženou odolnosťou voči chorobám, či s tendenciou k recidívam choroby alebo jednotlivec s ohrozením zdravia v dôsledku vplyvu nevhodného prostredia, nevhodného životného režimu alebo nesprávnej výživy. Synonymom k termínu zdravotne oslabený je v bežnej reči termín chorľavé dieťa. Z etiologického hľadiska ide o heterogénnu kategóriu jednotlivcov. Medzi zdravotne oslabenými tvoria osobitnú skupinu obézni jednotlivci. Oslabenie v somatickej oblasti môžu sprevádzať aj neurotické prejavy – poruchy spánku, pomočovanie, tiky a pod.

Podobne ako pri chorobách, aj pri zdravotnom oslabení sa organizovaná špeciálna edukácia vzťahuje len na deti do ukončenia základného vzdelávania. Zo špeciálnopedagogického hľadiska má význam rozlišovať choré a zdravotne oslabené deti, pretože existujú pri nich diferencované edukačné potreby a z nich vyplývajú aj špecifické edukačné systémy. Nie je tu však presná hranica medzi jednotlivými kategóriami, dieťa môže prechádzať z jednej kategórie do druhej a opačne.

Staršie literárne pramene ukazujú na skutočnosť, že sa u nás chorí a zdravotne oslabení spočiatku ponímali buď ako jedna alebo ako dve kategórie postihnutých, čo sa prejavilo aj v terminológii. J. Zeman (1908) obidve kategórie označoval ako telesne slabí. J. Mauer (1928) vo svojom triedení

popri deťoch s telesnou chybou uviedol tzv. chorobné alebo telesne slabé deti. B. Poplelár (1957), rozlišoval telesne chybných a zdravotne ohrozených. V. Gaňo (1960) zo skupiny chorých detí nevyčleňoval a osobitne neoznačoval zdravotne oslabené deti. M. Sovák (1986) sa zmieňuje o telesne oslabených deťoch. V odbornej terminológii sa postupne ustálil termín oslabený a v súčasnosti sa používa v upravenej podobe zdravotne oslabený.

F. Štampach (1947), ako prvý použil termín oslabené dieťa. Vyjadroval sa o ňom ako o dieťati pred chorobou a po chorobe. Termín oslabenie prevzal aj F. Kábele a kol (1970), potom ho upravil do podoby zdravotné oslabenie (F. Kábele, 1978), v akej ho poznáme doteraz. K termínom chorí a zdravotne oslabení je potrebné uviesť, že sa dočasne spájali pod spoločný názov zdravotne postihnutí. Do terminológie pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených ho uviedol F. Kábele a kol. (1992). V horizonte posledných rokov sa upustilo sa od jeho používania, pretože termín zdravotne postihnutý sa u nás začal používať v širšom význame, t.j., vzťahuje sa na viaceré kategórie populácie (významovo zodpovedá staršiemu termínu invalidný). O širšom ponímaní tohto termínu aj so zreteľom na zahraničnú prax sa tiež zmieňuje M. Vítková (2006).

1.2 Obsah pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených

Obsah pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených tvorí systém poznatkov, ktorého súčasťami sú: základy a dejiny, teória výchovy, teória vyučovania telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. Členenie obsahu odboru je možné aj podľa kritéria jeho trojitého predmetu (telesne postihnutí, chorí a zdravotne oslabení) a podľa kritéria veku objektov edukácie.

Základy pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených – sú vstupnou časťou, kde sa objasňuje predovšetkým pojem, predmet a obsah pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených, jej vzťah k iným vedným odborom a výskumné metódy. Do základov ďalej patria poznatky o komplexnej rehabilitačnej starostlivosti s osobitným zreteľom na charakteristiku výchovnej rehabilitácie a jej miesto v tejto starostlivosti. Sú tu tiež zahrnuté informácie o inštitúciách v starostlivosti o jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením a systém ich edukácie v špeciálnych a bežných školách. Základy pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených uzatvárajú poznatky

o vnútorných a vonkajších podmienkach edukácie jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením

Dejiny pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených – obsahujú sústavu poznatkov o vzniku a vývoji starostlivosti o jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením so zameraním na edukáciu v školách, špeciálnych školách a iných špeciálnych zariadeniach. Takisto disponujú sústavou poznatkov o vzniku a vývoji pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených ako vedného odboru.

Teória výchovy telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených zahŕňa rozpracovanie cieľov, obsahu a organizácie špeciálnej výchovy v jej jednotlivých zložkách. Rovnako aj metód formovania osobnosti v situácii telesného postihnutia, choroby a zdravotného oslabenia. Jej subsystemami je teória výchovy v mimoškolských podmienkach - v rodine, v internátnych zariadeniach alebo zariadeniach voľného času.

Teória vyučovania telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených alebo didaktika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených zahŕňa poznatky o špecifikácii cieľov a obsahu vyučovania, o charakteristike vyučovacieho procesu, o aplikácii vyučovacích zásad, modifikácii vyučovacích metód a o organizačných formách vyučovania na jednotlivých stupňoch vzdelávania (MŠ, ZŠ, SŠ), v podmienkach segregácie, integrácie/inklúzie. Jej subsystemami sú špeciálne didaktiky jednotlivých vyučovacích predmetov.

Ak sa štruktúrovanie obsahu pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených zakladá na diferencovaní jej predmetu, vytvárajú sa diferencované obsahy edukácie telesne postihnutých, edukácie chorých a edukácie zdravotne oslabených. V rámci každej z nich sa dajú vyčleniť užšie vymedzené a podrobnejšie poznatky podľa istých medicínskych diagnóz. Napríklad edukácia postihnutých detskou mozgovou obrnou, edukácia detí s chorobami srdca a pod.

Ďalšia špecifikácia obsahu je možná pri uplatnení kritéria veku jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením. Potom sa do náležitého systému usporadúvajú poznatky vzťahujúce sa na edukáciu detí predškolského veku, detí a mládeže školského veku a dospelých. Tu je potrebné poznamenať, že špeciálna edukácia dospelých je zatiaľ inštitucionalizovaná len u telesne postihnutých, čo sa odrazilo aj v oblasti rozvoja príslušnej teórie. Tá jestvuje (aj keď len v skromnejšom rozsahu) so

zameraním na telesne postihnutých dospelých a nie na chorých a zdravotne oslabených dospelých.

1.3 Vzťah pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených k iným vedným odborom

Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených ako odbor špeciálnej pedagogiky patrí do sústavy pedagogických vied. Kmeňové postavenie vo vzťahu k špeciálnej pedagogike má **pedagogika**. Zo všeobecnej pedagogiky preberá špeciálna pedagogika so svojimi odbormi systém základných kategórií (cieľ, obsah, zásady, metódy, organizačné formy). Dáva im však svoje podoby podľa špecifických potrieb postihnutých a narušených jednotlivcov, ktorí sú objektami edukácie. Na druhej strane, špeciálna pedagogika prispieva do rozvoja pedagogiky svojimi poznatkami, ktoré majú význam najmä pre individualizáciu v pedagogickom pôsobení vôbec.

Našu pozornosť teraz zameriame na otázku miesta v systéme špeciálnej pedagogiky, ktorý tvorí viacero príbuzných odborov. Systém týchto odborov v československej špeciálnej pedagogike sa utváral od polovice 20. storočia. Tradičnými odbormi sa stali: psychopédia – pedagogika mentálne postihnutých, somatopédia – pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených, surdopédia – pedagogika sluchovo postihnutých, tyflopédia – pedagogika zrakovo postihnutých, logopédia – pedagogika osôb s narušenou komunikačnou schopnosťou (zriedkavejšie používané označenie), etopédia – pedagogika psychosociálne narušených.

Tento systém je však otvorený a Š. Vašek (1996) k vyššie uvedeným ešte pripája pedagogiku detí s viacnásobným postihnutím, pedagogiku detí s poruchami učenia, pedagogiku detí s poruchami správania a aj pedagogiku nadaných a talentovaných.

Úzky je vzťah pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených k **ostatným odborom špeciálnej pedagogiky**, s ktorými má spoločné teoretické základy. Poznatky z týchto odborov sa využívajú pri objasňovaní niektorých zvláštností edukácie telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených, so zreteľom na obraz postihnutia či štruktúru porušených funkcií u jednotlivcov. Platí to aj opačne, t. j. ostatné odbory špeciálnej pedagogiky implikujú do svojho obsahu isté prvky obsahu pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených (najmä poznatky z oblasti rozvíjania pohybových funkcií). Za posledné roky sa

vytvorila pedagogika viacnásobne postihnutých - vyčleňovaním a usporadúvarúm poznatkov z jednotlivých špeciálnopedagogických odborov (teda aj z pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených) do nového systému.

Ako dôležitý vnímame vzťah pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených k **liečebnej pedagogike** ako k príbuznému odboru.

Prívlastok liečebná niekedy, pri nedostatočnej informovanosti, môže navádzať aj na stotožňovanie liečebnej pedagogiky s pedagogikou telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. Skôr však dochádza k synonymnému chápaniu liečebnej a špeciálnej pedagogiky, čo má aj historické pozadie a v niektorých krajinách je aj aktuálne (napríklad v Maďarsku je liečebná pedagogika v pozícii špeciálnej pedagogiky).

Na Slovensku v roku 1967 pri reforme štúdia špeciálnej pedagogiky vzniklo duálne označenie špeciálna a liečebná pedagogika. Liečebná pedagogika sa v tejto pozícii chápe ako relatívne samostatný odbor. Zameriava sa na skúmanie liečebnovýchovných metód pôsobenia na postihnuté, narušené, ohrozené osoby, pričom je na zreteli reverzibilita porúch psychosociálnych vzťahov. Liečebnovýchovné postupy sa uplatňujú v rámci atreterapie, muzikoterapie, dramaterapie, terapie hrou, biblioterapie, činnostnej terapie a psychomotorickej terapie. O liečebnej pedagogike prehľadnejšie informuje M. Horňáková (2007).

V pedagogike telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených poznatky z jednotlivých terapií obohacujú obsah i postupy v relevantných zložkách výchovy alebo niektorých vyučovacích predmetoch. Pre liečebnú pedagogiku poskytuje pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených poznatky o špeciálnych edukačných potrebách a špecifickosti výchovnej rehabilitácie telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených.

Pre pedagogiku telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených majú význam tie vedné odbory, ktoré plnia propedeutickú funkciu vo vzťahu k edukácii jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením tým, že pomáhajú poznať somatické, psychické a sociálne činitele tejto edukácie. Sú to pomocné vedy deskriptívneho charakteru.

Do spomínanej skupiny paria medicínske vedy - pediatria, neurológia, ortopédia a ortopedická protetika, fyziatria. Z rozsiahleho množstva poznatkov týchto odborov sa realizuje adekvátny výber, ktorý predstavujú informácie o etiológii patogenéze a symptomatológii chýb a chorob, ako aj

o špecifikách liečebných postupov a o ich účinkoch. Tieto poznatky sú východiskové pre poznanie špeciálnych edukačných potrieb jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením.

Patopsychológia, ako pomocná veda špeciálnej pedagogiky, konkrétne jej špeciálna oblasť-patopsychológia telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených, ktorá poskytuje poznatky o možných vplyvoch telesnej chyby, choroby alebo zdravotného oslabenia, ako aj životných situácií súvisiacich s nimi na psychický vývin jednotlivca. Na jeho poznávacie funkcie, voľovú a emocionálnu sféru, na formovanie jeho osobnostných kvalít. Tieto poznatky pomáhajú v náväznosti na poznatky z oblasti medicínskych vied poznávať vnútorné podmienky edukácie jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením. V praktickej činnosti poskytujú východiská pre špeciálnopedagogickú diagnostiku.

Sociálna patológia prispieva k rozvoju pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených tým, že objasňuje problematiku sociálneho prostredia: ako napríklad rodina, rovesnícke a iné sociálne skupiny z hľadiska možných negatívnych vplyvov na telesný a psychický vývin jednotlivca a na jeho edukáciu. Patologické činitele v prostredí môžu byť nielen priťažujúcimi činiteľmi v edukácii ale aj činiteľmi, ktoré sú priamou príčinou zlého zdravotného stavu jednotlivca. Poznatky zo sociálnej patológie tak slúžia k poznávaniu vonkajších podmienok edukácie jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením.

1.4 Výskumné metódy v pedagogike telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených

Objasňovanie zákonitostí v edukačnom procese jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením je úlohou špeciálnopedagogického výskumu, V rámci výskumnej činnosti sa hľadajú odpovede na súbor otázok spojených s adekvátnym uspokojovaním špeciálnych edukačných potrieb týchto jednotlivcov.

Výskumná činnosť môže byť zameraná na preverovanie platnosti starších poznatkov alebo na objavovanie nových riešení v špeciálnej edukácii.

Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených ako pedagogická veda preberá metodológiu pedagogického výskumu, ktorej sa venujú viacerí autori ako napríklad M. Darák, N. Krajčová (1995), P. Gavora (2008, 2010), Š. Švec a kol. (1998).

Avšak špecifické podmienky edukácie jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením si vyžadujú isté modifikácie v sústave výskumných metód pedagogiky.

Na začiatku výskumnej činnosti stojí výber výskumného problému ako otázky na ktorú sa prostredníctvom skúmania hľadá odpoveď. Riešenie výskumného problému v jeho predpokladanej podobe predstavuje projekt výskumu. Obsahuje formovanie a zdôvodňovanie výskumného problému, určenie cieľov, formulovanie hypotéz a úloh skúmania, charakteristiku súboru (vzorka skúmaných), určenie času a miesta skúmania, popis metód zhromažďovania výskumných údajov a metód spracovania týchto údajov aj návrh na prezentáciu výsledkov výskumu a ich predpokladané využitie. V znení projektu má byť zrejmé ako sa vo výskume budú zohľadňovať činitele telesného postihnutia, choroby a zdravotného oslabenia u skúmaných jednotlivcov.

Výber výskumného problému môže prameniť:

- zo stavu rozpracovanosti teórie v istej oblasti pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených, o ktorom sa získava obraz štúdiom relevantnej odbornej literatúry,
- z aktuálnych požiadaviek z istej oblasti špeciálnopedagogickej praxe,
- z výsledkov už realizovaných výskumných projektov.

Isté špecifiká pri realizácii výskumu môžu byť už pri výbere skúmaných osôb. Z objektívnych príčin sa totiž ťažko zabezpečuje splnenie požiadavky reprezentatívnosti výskumnej vzorky, či už s ohľadom na počet skúmaných alebo s ohľadom na typovosť postihnutia.

Často je počet skúmaných na rozdiel od skúmania v podmienkach intaktnej populácie nepostačujúci. V prípade postihnutých má význam aj skúmanie malých počtov, ba aj jednotlivcov, čo je dôležité najmä pri niektorých ojedinele sa vyskytujúcich alebo pri istých špecifických prípadoch. Činnosť komplikuje aj značná heterogénnosť v zložení skupín z hľadiska zdravotného stavu či dosiahnutej úrovne v individuálnom stupni vývinu skúmaných jednotlivcov.

Priebeh skúmania môže výrazne sťažovať aj časový faktor. Kontakt výskumníka a skúmaných sa totiž môže časovo obmedziť alebo prerušiť napríklad tým, že v špeciálnom zariadení sa musí rešpektovať istý režim, pobyt jednotlivca v špeciálnom zariadení sa môže skrátiť alebo že zdravotný stav neumožňuje pokračovať v skúmaní. Pomerne lepšie podmienky

skúmania má špeciálny pedagóg priamo pracujúci v špeciálnom zariadení, nakoľko si program skúmania môže prispôbiť podmienkam zariadenia.

Špeciálna edukácia sa uskutočňuje v rôznorodom prostredí, ktoré sa pri riešení výskumného problému stáva miestom skúmania. Môže ísť o prostredie škôl a zariadení, kde je sústredený istý počet postihnutých, alebo o prirodzené prostredie bežnej školy, rodiny, pracoviska, kedy hovoríme o istom rozptyle skúmaných jednotlivcov. Vždy je to spojené s požiadavkou príslušného prístupu k skúmaným osobám.

Plnenie výskumných cieľov predpokladá náležitý výber výskumných metód a ich vhodnú adaptáciu. Získavanie výskumných údajov sa realizuje s využitím empirických metód, ktorými sú metóda pozorovania, metóda experimentu, exploračné metódy a metóda rozboru výsledkov činnosti.

Metóda pozorovania (priameho a nepriameho) má vo výskume základný význam. Najmä dlhodobým pozorovaním možno zhromaždiť množstvo údajov o priebehu edukácie jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením.

Pozorovanie dáva možnosti poznávať ťažkosti jednotlivcov v edukačnom procese ako aj postupy pri ich prekonávaní. Okrem jasne určeného cieľa a postupu pri pozorovaní je dôležitá aj presná registrácia jeho priebehu (pisomné záznamy, zvukové záznamy, filmové záznamy, fotografie). Efektívnym dokumentom je kumulatívny záznam, hárok, v ktorom sa zachytáva pozorovanie jednotlivca z rôznych aspektov.

Metóda experimentu je účelná najmä pri zisťovaní závislostí výsledkov edukačného procesu od činiteľov postihnutia, pri overovaní navrhovaných didaktických postupov alebo pomôcok.

Možnosti využívania metódy experimentu sú však v podmienkach skúmania telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených limitované. Pri experimentálnej metóde sa plánovite zasahuje do priebehu edukačného procesu-zámerné sa v ňom mení tzv. experimentálny činiteľ.

Spravidla sa pri tom predpokladá práca so skupinami – experimentálnou a kontrolnou, pričom by sa malo dosiahnuť, aby boli čo možno najviac porovnateľné. Sú tu však problémy s vytváraním takýchto skupín aj z dôvodu nedostatočného počtu a heterogénnosti, preto sa často pristupuje len ku skúmaniu s jednou skupinou, ktorá plní dvojité funkcie (experimentálna a kontrolná).

Exploračné metódy – exploračné metódy v podobe rozhovoru, besedy, dotazníka alebo testu si vyžadujú zohľadnenie skutočnosti, že respondenti môžu mať komunikačné problémy, či už v oblasti hovorenej reči alebo v oblasti grafického vyjadrovania.

V prvom prípade je potrebné primerane obmedziť požiadavky na verbálny prejav a podľa potreby využiť alternatívne formy komunikácie. V druhom prípade je potrebné individuálne adaptovať dotazník, test – formulovať úlohy tak, aby nevyžadovali obsiahlejšie písomné prejavy a technicky vhodne upraviť formulár. Odpovede respondenta pri jeho obmedzenej spôsobilosti komunikácie môže zaznamenávať aj iná osoba.

Metóda rozboru produktov činnosti jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením – písmo, výtvarný prejav, literárny prejav, produkty ručných prác . Slúži na získavanie informácií o vývine zručností jednotlivca, o jeho schopnostiach, záujmoch, postojoch a iné. Túto metódu je vhodné kombinovať s metódou pozorovania. Tým sa dá lepšie zistiť ako jednotlivec pri dosahovaní výkonu postupoval a ako sa pri tom správal. Osobitný význan má skúmanie priebehu osvojovania si pohybových zručností a stupňa ich osvojenia pri istom type pohybovej poruchy.

Výskumný materiál získaný uvedenými metódami sa spracováva kvalitatívne a kvantitatívne. V etape spracovanie výsledkov skúmania sa aplikujú štatistické metódy, pomocou ktorých sa údaje triedia, merajú a vyjadruje sa významnosť získaných výskumných zistení. Využitie alebo efekt týchto metód závisí od charakteristiky výskumu (do úvahy sa berie počet skúmaných, možnosť vyjadrenia číselných údajov a iné). V podmienkach skúmania telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených sa pri spracovaní výskumných údajov často uplatňuje **kazuistická metóda**. Kazuistická metóda spočíva v popise a rozbere jednotlivých skúmaných prípadov, ide o tzv. prípadovú štúdiu. Slúži k dosiahnutiu dôkladnejšieho a všestrannejšieho poznania pedagogickej skutočnosti, najmä so zreteľom na malé počty skúmaných jednotlivcov.

Porovnávaním výsledkov skúmania podobných prípadov sa získavajú cenné informácie, ktoré rozširujú poznanie v oblasti individualizácie v špeciálnej edukácii.

1.5 Tradícia a predpoklady ďalšieho rozvoja odboru

Utváranie pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených ako vedného odboru súviselo s rozvojom inštitucionalizácie špeciálnej

edukačnej starostlivosti o tieto kategórie populácie. Jej prvotné formovanie sa u nás uskutočňovalo v prvej polovici 20. storočia. Tento odbor bol spočiatku tak, ako ostatné odbory špeciálnej pedagogiky, súčasťou nápravnej pedagogiky, ktorá nadväzovala na pedopatológiu (z gr. pais-dieťa, pathos-bolesť, choroba). Tá zhromažďovala poznatky o tzv. úchylných deťoch a rozvíjala sa v nadväznosti na pedológiu, ktorá predstavovala nový vedný odbor v období reformného pedagogického hnutia, ktoré sa formovalo v medzinárodnom meradle na rozhraní 19. a 20. storočia a bolo postavené na rešpektovaní potrieb dieťaťa. Termín nápravná pedagogika sa postupne alternoval termínom špeciálna pedagogika, ktorý sa napokon ustálil.

V polovici 20. storočia sa kreovali snahy nájsť pomenovania na jednotlivé súčasti nápravnej, resp. špeciálnej pedagogiky. F. Štampach (1945) publikoval svoju koncepciu pedológia-pedopatológia-sociálna pedagogika. Termínom sociálna pedagogika sa nahradil termín nápravná pedagogika. V rámci sociálnej pedagogiky uvádzal štyri odbory s názvami psychopédia (so zameraním na výchovu duševne a mravne chybných), logopédia (so zameraním na výchovu jednotlivcov s poruchami hlasu, reči, sluchu), okulopédia (so zameraním na výchovu jednotlivcov s poruchami zraku) a ortopédia (so zameraním na výchovu telesne chybných).

Z uvedeného je zrejmé, že prvé pomenovanie odboru pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených bolo ortopédia (z gr. orthos-rovný, paedia-výchova). Tento termín autor prevzal z medicínskej terminológie, kde už mal istú tradíciu, mal však medicínsky obsah, ku ktorému F. Štampach pridal aj jeho pedagogický rozmer.

V 50. tých rokoch 20. storočia sa už termín pedopatológia nahradzuje termínom defektológia (z lat. defectus-nedostatok, úchylka, chyba), ktorý bol prevzatý zo sovietskej terminológie. M. Sovák, (1954), pri označovaní jednotlivých súčastí defektológie použil ešte termín ortopédia. Vzniklo aj spojenie defektológia ortopedická (M. Příbyl, 1958).

Keďže výraz ortopédia sa nepokladal za vhodný, nielen pre jeho miesto v medicínskej terminológii ale aj pre jeho relatívne úzky význam, keďže nešlo len o jednotlivcov s ortopedickými chybami. F. Kábele v roku 1956 navrhol termín somatopédia (z gr. soma-telo, paedia-výchova). Termín somatopédia bol akceptovaný ako vhodnejší a výstižnejší, pretože sa mohol použiť na označenie odboru, ktorý sa taktiež zásluhou F. Kábeleho, koncipoval ako odbor integrujúci problematiku troch kategórií populácie: telesne chybných, chorých a oslabených, ktoré mali spoločný znak v somatických osobitostiach.

Pokiaľ sa ešte termín somatopédia spájal s termínom defektológia, používal sa výraz somatopedická defektológia. Bola tendencia chápať ju ako náuku o telesne chybných, chorých a oslabených a odlišovať špeciálnu pedagogiku ako náuku o ich výchove (V. Gaňo, 1960). Vytvorilo sa aj označenie špeciálna pedagogika somatopedická (L. Edelsberger, A. Pajdlhauser, L. Štejgerle, 1964, J. Sasín, B. Gajová, 1973).

Postupne sa termín defektológia prestal používať, zostal len termín špeciálna pedagogika a somatopédia sa pokladala za jej odbor. M. Sovák (1972, s. 184) ju charakterizoval ako „*úsek špeciálnej pedagogiky, ktorý sa zaoberá rozvojom, výchovou a vzdelávaním osôb postihnutých poruchou hybnosti.*“ Neskôr, Sovák (1986, s. 199), ako „*úsek špeciálnej pedagogiky, ktorý sa zaoberá rozvojom, výchovou a vzdelávaním jednotlivcov telesne chybných, oslabených či chorých*“.

Somatopédiu ako vedný i študijný odbor v rámci československej špeciálnej pedagogiky budoval F. Kábele, ktorý s kolektívom spracoval aj prvú vysokoškolskú učebnicu, v ktorej somatopédiu definoval ako „*vedný odbor špeciálnej pedagogiky, ktorý sa zaoberá výchovou mládeže telesne chybnej, chorej a oslabenej*“ (F. Kábele, J. Kočí, J. Juda, O. Černý, 1970, s. 7). V jej druhom vydaní je definícia upravená do podoby „*...vedný odbor špeciálnej pedagogiky, ktorý sa zaoberá výchovou mládeže telesne chybnej, chorej a zdravotne oslabenej*“ (1982, s. 7). V neskoršej, prepracovanej podobe učebnice sa ako predmet somatopédie uvádza „*výchova a vzdelávanie telesne a zdravotne postihnutej mládeže i dospelých osôb*“ (F. Kábele, E. Kollárová, J. Kočí, J. Kracík, 1992).

Pozornosť si zaslúži otázka alternatívnych označení odboru t.j. somatopédia a pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. Pri prvej alternatíve termínu sa oceňuje jeho stručnosť a možnosť utvárania odvodených názvov somatopéd, somatopedická teória, školy somatopedického typu...). Ak uvažujeme o druhej alternatíve termínu, môžeme povedať, že je presnejší a dá sa preložiť do cudzích jazykov. Okrem toho je tu aj skutočnosť ďalšej diferenciacie systému špeciálnej pedagogiky, t.j. vytváranie nových, užšie zameraných odborov, kde by sa nedal utvárať názov s časťou paedia.

Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených dáva teoretickú bázu pre špeciálnu edukáciu všade tam, kde sa im poskytuje. Teória sa vytvára na základe skúmania komplexu otázok, ktoré vznikajú v špeciálnopedagogickej praxi. Úroveň teórie špeciálnej edukácie je výsledkom skúmania v jednotlivých oblastiach praxe, tejto praxi potom slúži dvíha ju na

vyššiu úroveň a tá sa stáva východiskom pre ďalšie skúmanie. Tento proces je nepretržitý a má sa v ňom odrážať aj skutočnosť meniacich sa vnútorných i vonkajších podmienok u jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením. Napríklad ak sa mení štruktúra telesných chýb alebo chorôb, tento činiteľ sa stáva určujúcim vo vzťahu k obsahu teórie a praxe. (Ako to vidíme pri významnom náraste počtu postihnutých DMO). Ak sa zmení prístup spoločnosti k riešeniu organizácie vzdelávania postihnutých (vzrastajúca podpora integratívneho/inkluzívneho vzdelávania, implementácia IKT do edukačného procesu). Znamená to, že je nevyhnutné riešiť požiadavku realizácie takých skúmaní, ktoré sú adekvátne novým situáciám.

V ďalšej etape rozvoja pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených by sa mala odrážať aj potreba rovnomernejšieho rozpracovania problematiky špeciálnej edukácie so zreteľom tak na jednotlivé kategórie postihnutých (telesne postihnutí, chorí, zdravotne oslabení jednotlivci) - doposiaľ sa viac rozpracovávali otázky edukácie telesne postihnutých, menej otázky edukácie kategórie chorých a najmenej edukácie zdravotne oslabených, ako aj na vekové obdobia. Doposiaľ sa najviac rozpracovávali otázky detí a mládeže školského veku, menej detí predškolského veku a pomerne najmenej otázky edukácie dospelých.

Moderné ponímanie pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených spočíva v špecifikách edukačného procesu spojeného so životom jednotlivca s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením bez priamej väzby na vzdelávaciu inštitúciu. V súčasnosti sa uprednostňuje sociálna integrácia týchto jednotlivcov už v najranejšom veku, ďalej sa výrazne podporuje ich školská integrácia v súlade s predpokladom, že výchova a vzdelávanie sa môže realizovať v prirodzenom prostredí rodiny a bežnej základnej školy za predpokladu dobre organizovaných špeciálnopedagogických služieb. Súčasná pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených odmieta jednostranný pohľad na jednotlivca s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením a presadzuje, aby bol chápaný predovšetkým ako osobnosť s určitými predpokladmi, ktoré je potrebné podporiť vonkajšími podmienkami. Spoločenská potreba podľa M. Renotierovej (2003) zdôrazňuje význam rozvoja vedného odboru pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených pre prípravu jednotlivcov s trvalým alebo dlhodobým zhoršením zdravotného stavu a pohybovej výkonnosti na ich pracovné a spoločenské uplatnenie sa v spoločnosti. Nielen svetové ale aj naše štatistiky dokazujú, že napriek zlepšeniu životnej úrovne a lekárskej starostlivosti nemôžeme očakávať

znižovanie počtu jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením, napriek tomu, že v posledných rokoch došlo k zníženiu výskytu niektorých sociálne podmienených chorôb, narastá počet dopravných a pracovných úrazov, zvyšuje sa počet detí aj dospelých trpiacich civilizačnými ochoreniami.

Vzhľadom k meniacej sa paradigme špeciálnej pedagogiky a k meniacemu sa vzťahu špeciálnopedagogického pôsobenia na jednotlivcov s telesným postihnutím chorobou a zdravotným oslabením v priebehu ich života by sa pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených mala orientovať na nasledujúce oblasti teoretického výskumu a praktického pôsobenia z hľadiska vekových skupín subjektov, o ktorých sa zaujíma:

Raná starostlivosť o dieťa s poruchou hybnosti a dieťa v akútnom, alebo chronickom štádiu choroby.

Edukácia a pedagogická podpora jednotlivca s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením v školskom veku.

Predprofesijná a profesijná príprava a vzdelávanie mladistvých s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením a ich komplexná príprava na samostatný život.

Podpora dospelých telesne postihnutých a chorých jednotlivcov v širšom sociálnom kontexte.

Podpora seniorov v širšom sociálnom kontexte.

1.6 Kontrolné otázky a úlohy k 1. kapitole

Existuje presná hranica pri definovaní pojmov: telesné postihnutie, choroba a zdravotné oslabenie?

Čo možno pokladať pri heterogénnosti kategórie telesne postihnutých za spoločný znak?

Ktorí autori reprezentujú pedagogiku telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených (od minulosti po súčasnosť)?

Aký je prínos tzv. pomocných vied do odboru pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených?

Aké sú špecifiká vo výskumnej činnosti v oblasti pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených?

2 KATEGORIZÁCIA A CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVCOV S TELESNÝM POSTIHNUTÍM

V nasledujúcej časti prinášame charakteristiku najčastejšie sa vyskytujúcich telesných postihnutí, ktoré sme rozdelili z hľadiska času ich vzniku.

2.1 Kategorizácia telesných postihnutí

2.1.1 Vrodené telesné postihnutia

Vznikajú najčastejšie v dôsledku poruchy vývoja zárodka v prvých týždňoch tehotenstva. Etiologicky ho môže spôsobovať množstvo faktorov, ktoré pôsobia prenatálne, perinatálne a postnatálne.

Najčastejšie sú to podľa Renotiérovej (2003) a Kábeleho (1992) tieto faktory:

- parazitárne ochorenia matky v počiatocnom štádiu gravidity – napr. toxoplazmóza,
- infekčné ochorenia matky v počiatocnom štádiu gravidity,
- niektoré chronické choroby matky,
- úrazy,
- psychická traumatizácia,
- toxický vplyv rôznych chemikálií,
- užívanie liekov počas gravidity bez vedomia lekára,
- komplikované pôrody (napríklad príliš veľké, malé alebo nedonosené plody), prenatálna a perinatálna hypoxia plodu (kriesenie dieťaťa),
- genetické faktory,
- úrazy s dôsledkom na vývoj centrálnej nervovej sústavy (do 1. roku života dieťaťa).

2.1.1.1 Vrodené anomálie lebky a chrbtice

Anomálie tvaru lebky

Anomálie tvaru lebky sú najčastejšie spôsobené predčasným zrastením lebečných švov (kraniosostenóza). K týmto anomáliám dochádza v dôsledku predčasného zrastenia jedného alebo viacerých švov, čo spôsobuje deformáciu lebky, zmenšenie objemu vnútrolebečného priestoru a tiež dochádza aj k zväčšeniu tlaku vo vnútri lebky. Patogenéza kraniosostenózy je nejasná, okrem genetických faktorov sa na jej vzniku podieľajú aj zápaly v období

vnútro maternicového vývinu, endokrinné poruchy, atď. Vonkajší vzhľad lebky je disproporcionálny (Janec, 1991).

Výsledný tvar lebky sa nazýva podľa charakteru deformácie:

brachycefália - sploštená hlava v dôsledku predčasného uzáveru oboch koronárnych švov,

skafacefália – zúžený, predĺžený tvar lebky, výsledok predčasného uzáveru šípkového švu,

trigonocefália – trojuholníková deformácia čelnej časti lebky vplyvom predčasného uzáveru frontálneho švu,

turicefália – vežovitá deformácia lebky, ktorá vzniká pri predčasnom zrastení všetkých švov lebky,

plagiocefália – šikmo, jednostranne deformovaná lebka pri predčasnom jednostrannom uzávere vencového švu.

Liečba kraniostenózy má chirurgický charakter, jej cieľom je odstránenie predčasne zrasteneho švu. V prípade neskorého chirurgického zákroku môže viesť kraniostenóza k ťažkému poškodeniu mozgu a tiež aj k trvalým poruchám psychických a motorických funkcií (Renotierová, 2003).

Anomálie veľkosti lebky

Príčinou sú vrodené ochorenia centrálného nervového systému. K najčastejšie sa vyskytujúcim patria makrocefalus, mikrocefalus, hydrocefalus.

Makrocefalus (nadmerná veľkosť hlavy). Vzniká v dôsledku poruchy cirkulácie mozgovno-miechového moku. Príčinou môže byť vnútrolebečná lézia, napríklad tumor mozgu, alebo mimomozgová lézia napríklad nahromadenie tekutiny, najčastejšie krvi, medzi obalmi mozgu a mozgom samým. Objem mozgu môže byť zväčšený tiež aj vplyvom metabolických ochorení.

Mikrocefalus (výrazne malá hlava). Môže vzniknúť ako dôsledok genetických odchýliek, alebo ako jeden z príznakov ťažkého poškodenia mozgu po prekonaní závažnej vnútrolebečnej intoxikácie alebo ako dôsledok zápalu súvisiaceho s rôznymi systémovými, endokrinnými a metabolickými ochoreniami. Hlava má ploché čelo a temeno. Táto porucha môže byť spojená s psychomotorickou retardáciou tak, ako väčšina porúch veľkosti lebky.

Hydrocefalus (grécky hydór-voda, kefalé-hlava), mozgová vodnatieľka. Vnútorňý hydrocefalus vzniká pri zväčšení komôr mozgu. Vonkajší

hydrocefalus vzniká pri hromadení mozgovo-miechového moku medzi plenami mozgu a mozgom. Hydrocefalus vzniká na základe nepomeru medzi produkciou a vstrebávaním mozgovo – miechového moku. Liečba hydrocefalu je prevažne chirurgická (Janec, 1991).

Vrodené anomálie chrbtice

Rázštep chrbtice (spina bifida). Vzniká neuzavretím medulárnej trubice, najčastejšie v bedrovej oblasti. V najťažších prípadoch je chrbtica rozštiepená po celej dĺžke, miecha vychádza na povrch, čo je nezlučiteľné so životom. Obyčajne však ide o čiastočný rázštep chrbtice. V bedrovej časti sa neuzavretím miechového kanála vytvorí vakovitý útvar pokrytý tenkou kožou. Do vaku je vyliata miecha s miechovými plenami (meningomyelokéla) alebo len miechové pleny (meningokéla). NA označenie týchto prípadov sa používa aj termín myelodysplázia. Vakovitý útvar sa musí odstrániť neurochirurgicky, aj preto, že cez narušené kožné tkanivo sa môžu dostať rôzne infekcie a samozrejme neurochirurgický zákrok je nevyhnutný aj z kozmetických dôvodov (Renotierová, 2003). Napriek takémuto zákroku zostáva množstvo problémov ako sú inkontinencia, moču a stolice, obrna dolných končatín, sklon k preležaninám. Dolné končatiny sú väčšinou nehybné, zlé prekrvené, cyanotické. Koža na zadku a v oblasti pohlavných orgánov je necitlivá. Prídružená je aj deformita nohy tzv. kosovitá noha. Horná polovica tela je vyvinutá normálne. Ľahšie postihnutí jednotlivci sa môžu naučiť chodiť s pomocou barlí. Je potrebné vhodnými rehabilitačnými cvičeniami posilňovať hornú polovicu tela, hlavne horné končatiny, aby boli dostatočne silné pri nácviku chôdze s barlami. Dolné končatiny sa spevňujú podpornými aparátmi, prípadne sa možné deformity riešia chirurgicky. Jednotlivec s rázštepom chrbtice nosí permanentne plienky respektive je tzv. cievkovaný, preto je úzkostlivo potrebné dbať na osobnú hygienu. V miestnosti, kde sa počas dňa dlhodobo zdržiava je nevyhnutné vetrať. U ležiacich jednotlivcov a takisto u jednotlivcov, ktorí sa pohybujú prostredníctvom invalidného vozíka je potrebné pravidelné polohovanie, aby sa zabránilo vzniku preležanín (Janec, 1991).

Najľahším stupňom postihnutia sú takzvané skryté rázštepy chrbtice, ktoré vznikajú neuzavretím stavcových oblúkov pri ich utváraní. Defekt je prekrytý kožou, navonok nemusí byť viditeľný. Väčšinou nespôsobuje takmer žiadne problémy, objaviť sa môže náhodne pri rentgenovom vyšetrení chrbtice. Sporadicky sa môžu objaviť problémy s inkontinenciou moču a stolice, alebo sa môže objaviť nočné pomočovanie, čo je dôsledkom vývojového poškodenia miechy (tamtiež).

2.1.1.2 Vrodené anomálie končatín

K vrodeným anomáliám končatín zaradíme podľa Janeca (1991), Šlapala (2007) a Gutwirtha (1980) nasledujúce:

Amélia – úplné chýbanie končatín.

Dysmélia – vyskytuje sa v rôznych kombináciách. Končatiny sa nevyvinuli správne (chýbajú jednotlivé články prstov, články prstov vyrastajú priamo z predlaktia, kosti končatín nie sú dostatočne vyvinuté alebo chýbajú a pod.)

Ak končatina vyrastá priamo z trupu ide o **fokoméliu** (v hovorovej reči sa na toto označenie používa aj výraz tulenia ruka).

Zrastené prsty na horných alebo dlných končatinách sa označujú ako **syndaktília** a zmnoženie prstov ako **polydaktília**.

Artrogrypóza – rôznorodá skupina vrodených vývojových anomálií, ktorá sa vyznačuje kongenitálnymi kontraktúrami a stuhnutosťou kĺbov, zvyčajne vo flekčnej polohe a s hypopláziami alebo až s chýbaním svalov a pridružených tkanív. Postihnuté končatiny majú valcovitý vzhľad, zistia sa flekčné kontraktúry kolien, lakťov, zápästí a iných kĺbov, deformity nôh a skolióza.

Syndaktília a polydaktília nemajú podstatnejší dopad na rozvíjanie pohybových funkcií s výnimkou jemnomotorických zručností. Primárne ide o estetické hľadisko.

2.1.1.3 Detská mozgová obrna (DMO)

Detská mozgová obrna patrí medzi najčastejšie neurovývojové ochorenia (J. Kraus, 2005). Je to ochorenie neprogresívne, no vo svojich prejavoch nie nemenné. Najvýraznejšie zmeny postihujú muskulárno – skeletálny aparát. Spasticita podľa Krausa (2005), Šlapala (2007) obmedzuje normálnu hybnosť, nedovoľuje spontánne naťahovať sval, výsledkom čoho je tzv. „vynútené“ držanie, porucha rastu svalov a vznik kontraktúr, deformít kĺbov a kostí. DMO predstavuje výzvu pre celý systém komplexnej rehabilitačnej starostlivosti. Ide o komplexné a chronické neurologické postihnutie, ktoré si vyžaduje multidisciplinárnu starostlivosť. V posledných rokoch, ako uvádza Renotierová (2003), počet detí s DMO narastá.

Detská mozgová obrna sa pre svoj častý výskyt v detskej populácii stala predmetom záujmu širšieho okruhu odborníkov ako pediatrov, neurológov, ortopédov, rehabilitačných pracovníkov, špeciálnych pedagógov a ďalších, ktorí sa zúčastňujú na starostlivosti o deti s uvedeným postihnutím.

V roku 1859 popísal anglický ortopéd Wiliam John Little v odbornej literatúre chorobu, prejavujúcou sa predovšetkým poruchou hybnosti. Choroba bola známa už skôr, ale Little poukázal na to, že je poškodený mozog a v dôsledku toho porušená hybnosť (Kraus, Šandera, 1975; Kraus 2005). Little popísal diparetickú formu DMO.

Prvý vedecký popis hemiparetickej formy DMO pochádza od Cazauvielha z roku 1827 a po ňom sa tejto problematike venovalo mnoho ďalších lekárov. Vo svojich prácach popísali hlavné klinické syndrómy a etiológiu tohto ochorenia (Lesný, 1989). Ďalší záujem o túto problematiku prišiel okolo roku 1950 v súvislosti s rozvojom liečebnej rehabilitácie. Prevalencia DMO rapídne stúpla. Z celkového počtu pohybových porúch je percento výskytu 50 – 60 % (I. Lesný, 1989).

Detská mozgová obrna dlho nemala jednotné označenie. Zakladateľ českej detskej neurológie Ivan Lesný zaviedol v roku 1952 označenie “perinatálna encefalopatia“. Medzitým bol však názov “infantile cerebral palsy“ prijatý prakticky na celom svete a preložený do všetkých jazykov, a tak sa aj u nás od roku 1959 používa termín detská mozgová obrna (I. Lesný, 1985). Starý názov sa naďalej používa pre poruchy mozgu, ktoré vznikli v dobe od pôrodu respektíve 10 dní po ňom.

O definovanie detskej mozgovej obrny sa pokúsili mnohí autori, ako Crothers (1951), Andersen (1954), Perlstein (1955), Polani (1956). Ich definície mali však mnohé nedostatky. Významnú definíciu vytvorili roku 1959 Mac – Keith, Mac – Kenzie a Polani, podľa ktorých je DMO neprogresívne a nestacionárne postihnutie centrálného nervového systému, ktoré vedie k poruchám hybnosti, parézam alebo mimovôľovým pohybom (I. Lesný, 1985). DMO je syndróm nepokračujúceho postihnutia nezrelého mozgu (J. Tichý, 1998 in Vítková, 2006). DMO postihuje motorický systém, descendentné nervové vlákna z motorickej kôry a často sa spája s neurokognitívnymi, senzorickými a senzitívnymi léziami (J. Kraus, 2005).

Z definícií je zrejmé, že príčiny tohto ochorenia sú buď prenatálne, perinatálne alebo postnatálne. Kábele (1970,1971) uvádza, že v Čechách a na Slovensku bolo v sedemdesiatych rokoch 20.storočia v školách a ústavoch pre telesne postihnutú mládež viac než 50 % detí s diagnózou DMO. Po takmer štyridsiatich rokoch toto tvrdenie stále platí.

Podľa klasického členenia sa DMO delí na formy **spastické** a **nspastické**.

Formy detskej mozgovej obrny a ich charakteristika

Väčšina autorov (A. Stehlík 1977, I. Lesný 1985, J. Kraus 2005) rozoznávajú dve základne formy DMO - spastickú a nespastickú formu.

Medzi spastické formy DMO zaraďujeme hemiparetickú formu, diparetickú formu a kvadruparetickú formu.

Hemiparetická forma – je podľa Krausa (2005) najčastejšie sa vyskytujúca spastická forma DMO. Spasticita postihuje hornú aj dolnú končatinu jednej polovice tela. Výraznejšie je však postihnutá horná končatina, ktorá býva ohnutá v lakti. Postihnutý jednotlivец našľapuje na špičku postihnutej nohy. Pohyblivosť postihnutej hornej končatiny je narušená natoľko, že postihnutý nedokáže upažiť, vyrovať ruku v lakti, ohnúť ruku v päst', vytočiť ju smerom von. Výrazne je narušená aj jemná motorika ruky. Dolná končatina je do istej miery pohyblivá, do istej miery sa vytvorila kosovitá noha. Pri tzv. ľahkých formách je pohyblivosť končatín takmer normálna, viazne však jemná motorika postihnutej ruky a je viditeľné našľapovanie na špičku. Hemiparetická forma DMO vzniká v dôsledku poškodenia mozgu v oblasti mozgovej hemisféry, ktorá je protiľahlá smerom k postihnutým končatinám.

Diparetická forma – prejavuje sa symetrickým postihnutím s prevahou na dolných končatinách. Nápadná je aj disproporcía medzi dolnými končatinami a trupom, ktorý je v podstate vyvinutý normálne. Dolné končatiny sú viditeľne kratšie a slabšie. Svalová spasticita je badateľná na väčších svalových skupinách. V dôsledku svalového napätia je viditeľné chybné držanie panvy a trupu. Stehná sú v dôsledku skrátených stehenných svalov vo vnútornej rotácii. pohyblivosť obidvoch horných končatín je výrazne narušená, chôdza je možná s oporou barlí. Deti sa naučia chodiť približne medzi 3. až 5. rokom života. V chôdzi bráni dieťaťu aj nožnicovité postavenie končatín. Rozoznávame typickú chôdzu. Trup a panva sa predkláňajú dopredu, dolné končatiny sa pri chôdzi krížia, sú postavené špičkami k sebe, kolená sú ohnuté, typické je „kymácanie sa“ do strán. Diparetická forma DMO vzniká poškodením mozgového kmeňa, v mieste, kde sa k sebe približujú motorické dráhy z obidvoch mozgových hemisfér. Mentálne schopnosti nie sú narušené aj preto, že mozgová kôra nie je zasiahnutá (I. Lesný, 1985).

Kvadruparetická forma – je podľa Tichého (1997) niekedy mylne považovaná za formu diparetickú, pretože vzniká tiež na podklade poškodenia v oblasti mozgového kmeňa. V tomto dôsledku sú však postihnuté všetky štyri končatiny s prevahou postihnutia dolných končatín. Prognóza ďalšieho motorického vývinu je menej priaznivá (I. Lesný, 1985).

K nespastickým formám zaraďujeme dyskinetickú formu a hypotonickú formu DMO.

Dyskinetická forma – (extrapyramídová) - je pre ňu typická prítomnosť mimovôľových pohybov (dyskinéz), vôľou neovládateľných a nepotlačiteľných. Mimovôľové pohyby sa objavujú spontánne, dajú sa vyprovokovať rôznymi podnetmi (zľaknutím, bolesťou, pohladkaním, návalom rôznych emócií apod.). Ich intenzita sa zväčšuje pri tzv. chcených pohyboch, ktoré rušia a často aj znemožňujú. Mimovôľové pohyby postihujú aj svaly tváre, mimické svaly, žuvacie svaly, hltacie svaly a svaly, ktoré sa podieľajú na tvorbe reči. Záškľby na tvári vytvárajú rôzne grimasy, ktoré nezodpovedajú psychickému stavu postihnutého jednotlivca. Výrazne je narušená reč postihnutého.

Príčinou dyskinetickej formy DMO je poškodenie bazálnych ganglií. Inteligencia je spravidla intaktná, pretože nie je zasiahnutá mozgová kôra. Pri ťažkých formách je inteligencia narušená sekundárne v dôsledku vážneho narušenia pohybu.

Hypotonická forma – je pre ňu typický znížený svalový tonus, ktorý je výrazný hlavne na dolných končatinách. Okolo 3. roku života sa mení na spastickú alebo dyskinetickú formu.

Ak zotrvá v pôvodnej forme, je sprevádzaná ťažkým mentálnym postihnutím.

Jednotlivé formy DMO sa navzájom kombinujú, málokedy existujú izolovane. Najčastejšie sa kombinuje hemiparetická a diparetická forma DMO, vtedy hovoríme o triparetickej – zmiešanej forme DMO (J. Kraus, 2005).

2.1.1.4 Detská mozgová obrna ako viacnásobné postihnutie

Detská mozgová obrna prináša podľa Fishera, Škodu (2008) v závislosti od jej formy popri poruchách hybnosti aj ďalšie pridružené postihnutia. V takomto prípade už však hovoríme o viacnásobnom postihnutí. V slovenskej odbornej literatúre sa v súčasnosti preferuje pomenovanie viacnásobné postihnutie, českí autori však uprednostňujú termín „kombinované postižení“, „těžké postižení“, „kombinované vady“ atď. V cudzojazyčnej odbornej literatúre sú to pojmy ako multiple handicap, severe-multiple disabilities, mehrfachbehinderung, schwerstmehrfachbehinderung (A. Vančová, 2002)

Najčastejším postihnutím, ktoré sprevádza DMO je mentálne postihnutie, ktoré výrazným spôsobom znižuje schopnosť aj možnosť socializácie, obmedzuje možnosti edukácie a profesijného zaradenia jednotlivca.

Jankovský (2001) uvádza, že u jednej tretiny detí s DMO zostáva zachovaný intelekt, tretina detí sa nachádza v pásme ľahkého mentálneho postihnutia a tretina detí s DMO stredne ťažké až ťažké mentálne postihnutie.

Socializáciu u jednotlivcov s DMO vo výraznej miere, viac ako primárne narušenie hybnosti znemožňujú poruchy reči. Fisher, Škoda (2008) ďalej uvádzajú, že mozgové centrá, ktoré ovládajú reč a porozumenie reči (Brocovo centrum, Wernickeho centrum) ležia v blízkosti primárneho motorického kortexu a oblasti senzorickej mozgovej kôry, ktoré bývajú najviac postihnuté zvlášť pri kvadruparetickej forme DMO. Pri dyskinetickej forme DMO sú poruchy reči spôsobené inkoordináciou svalových skupín v dôsledku dyskinéz. Pre túto skupinu detí je typická **dyzartria** - reč je ťažko zrozumiteľná, pomalá, postihnutý „vyráža“ jednotlivé slabiky. V dôsledku spasticity dýchacích svalov je výrazne narušená aj plynulosť reči, dýchanie je nepravidelné s rozličnou hĺbkou vdychu a výdychu (J. Kraus, 2005). Najťažším stupňom narušenia reči pri dyskinetickej forme DMO je tzv. **anartria** – neschopnosť produkovať artikulovanú reč.

Veľmi dôležitá je preto v tejto skupine detí včasná logopedická intervencia, respektíve u detí s ťažkou poruchou reči je potrebný nácvik alternatívnej respektíve augmentatívnej komunikácie.

Okrem uvedených postihnutí sa u jednotlivcov s DMO podľa Krausa (2005) uvádzajú:

- poruchy telesného vývinu;
- časté epileptické záchvaty - 42% postihnutých DMO (hemiparetická forma);
- poruchy zraku (vizuálne poruchy) – škuľavosť (strabizmus), tupozrakosť (amblyopia), krátkozrakosť (myopia), mimovoľné, kmitavé pohyby očí (nystagmus), zvyšky zraku, zmenšovanie (atrofia) zrkového nervu;
- poruchy sluchu (auditívne poruchy) – chyby vnútorného a stredného ucha;
- znížená emocionálna citlivosť - apatia, labilita nálad;
- anomália chrupu a horného podnebia;
- poruchy dýchania ako dôsledok oblúkovitého prehnutia chrbtice dozadu (hrudníkovej kyfózy);
- obmedzenie sociálnych kontaktov.

Prognóza jednotlivcov s DMO je rôzna. Závisí od formy a stupňa postihnutia. Možeme však konštatovať, že najdôležitejšiu úlohu v prípade medicínskej intervencie-liečebnej rehabilitácie zohráva kinezioterapia, ktorú títo jednotlivci nevyhnutne potrebujú v priebehu celého života. Jej indikácia je nevyhnutná už v najranejšom štádiu vývinu jednotlivca, t.j. čím skôr po diagnostikovaní tohto jednotlivca. Liečebná rehabilitácia má v prípade jednotlivcov s DMO celoživotný charakter.

V prípade zanedbania, respektíve nedostatočnej liečebnorehabilitačnej intervencie často u jednotlivcov s DMO vznikajú sekundárne nežiaduce prejavy ako sú napríklad: chybné držnia tela, kontraktúry svalov a šliach, poprípade vznikajú atrofie svalov, čo má za následok ustrnutie v pohybovom rozvoji jednotlivca s DMO s výraznými dôsledkami na edukačný proces. Základe indikácie lekára špecialistu sú týmto jednotlivcom k dispozícii rôzne pomocné prístroje, ktoré im umožňujú pohyb v priestore.

2.2 Získané telesné postihnutia

V ktoromkoľvek období života jednotlivca môžu vzniknúť telesné postihnutia, buď ako následok závažnej choroby napríklad choroby kostí a kĺbov a takisto aj choroby mozgu a mozgových blán (encefalitída a meningoencefalitída). Špecifickým typom telesného postihnutia sú anomálie vzniknuté napríklad tuberkulózou kostí a kĺbov alebo zápalových ochorení iného charakteru.

K častým typom získaných telesných postihnutí podľa Šlapala (2007) a Renotierovej (2003) patria následky rôznych druhov úrazov končatín vrátane amputácií.

Poranenia hlavy a mozgu

Dôsledky traumy mozgu a centrálného nervového systému sú veľmi rôznorodé. Závisia od miesta a rozsahu a tiež aj od doby vzniku úrazu a od možností ošetrovania a liečenia.

Za pomerne častý **dôsledok poranenia mozgu a CNS** sa považuje:

- zníženie kvality kognitívnych (poznávacích) procesov; mentálna retardácia; znížená mobilita, narušenie komunikačnej schopnosti; poruchy pamäti; poruchy pozornosti; poruchy myslenia; zníženie kvality abstrakcie, usudzovania, riešenia problémov; poruchy učenia; senzorické (zmyslové) poruchy; motorické poruchy; narušenie psychosociálneho správania.

Poranenia miechy

Úrazy miechy sprevádza znížená **mobilita** (schopnosť hýbať sa) až **imobilita** (neschopnosť pohybovať sa).

Ďalšie dôsledky úrazov miechy sú:

- čiastočná až úplná strata nervovosvalovej funkčnosti končatín - parézy (čiastočné ochrnutia);
- plégie (úplné ochrnutia); čiastočná až úplná strata funkčnosti nervovosvalového systému hladkého svalstva vnútorných orgánov; problémy s ovládaním zvieračov, problémy s dýchaním až neschopnosť dýchať samostatne, problémy až neschopnosť hrýzť a prehĺtať.

Poranenia mozgu a miechy – najčastejšie sa vyskytujú nasledujúce:

- otras mozgu (commotio cerebri) – zdravotný stav je obvykle zvrtný (dočasný); stlačenie mozgu (compresio cerebri) - dôsledky sú trvalé; pomliaždenie mozgu (contusio cerebri) - dôsledky sú trvalé; krvácanie do mozgu; priame poškodenie sivej a bielej mozgovej hmoty; narušenie alebo prerušenie miechových nervových zväzkov; krvácanie do miechy.

Medzi získané telesné postihnutia **bez mozgového poškodenia** patrí:

Amputácia - oddelenie časti orgánu alebo časti, či celej končatiny od ostatného tela. Okrem úrazu môže byť ich príčinou aj cievne ochorenie, zhubné nádory na končatinách, prípadne sepsa, ktorú nebolo možné zvládnuť bežnými liečebnými prostriedkami. Amputácie sú indikované v tých prípadoch, kedy poúrazové alebo chorobné zmeny na končatine zhoršujú postihnutému život a jeho kvalitu, podstatne zhoršujú jeho pracovnú schopnosť alebo mu priamo ohrozujú život.

Amputácia môže nastať už v detskom veku ako dôsledok vážnych úrazov. Aj pri amputáciách platí, že čím mladšie dieťa, tým jednoduchšie sa vyrovnáva s dôsledkami. Amputácie, ktoré sa realizujú v období dospievania a neskôr, majú za následok vznik celého komplexu vnútorných problémov, ktoré zhoršujú celkovú situáciu a tým aj kvalitu života mladého človeka.

Amputácie predstavujú pre postihnutého jednotlivca nielen anatomickú stratu, ale predovšetkým funkčnú stratu. Súčasne vzniká viditeľný kozmetický defekt, ktorý vytvára mimoriadne náročnú životnú a spoločenskú situáciu a môžu vyvolať rôzne reaktívne psychické poruchy. Anatomické straty sa nahrádzajú protézami (náhradami), technickými pomôckami, ktoré majú stratu končatiny, jej časti nahradiť.

Po amputácii sú na amputačný kýpeť kladené rôzne požiadavky, ktoré súvisia nielen so zachovaním jeho funkčného využitia, ale aj s možnosťou protetického vybavenia.

Z hľadiska rozvoja motoriky horných aj dolných končatín je veľmi dôležité miesto amputácie respektíve dĺžka kýpťa. Dĺžka kýpťa má výrazný vplyv na rozvoj jemnomotorických zručností (zachovanie lakt'a) a v prípade dolných končatín zohráva v rámci rozvoja pohybu zachovanie kolena po amputácii.

Špecifickú, príbuznú skupinu v rámci amputácii tvoria tzv. vrodené amputácie horných aj dolných končatín.

K najznámejšej progresívnej chorobe, ktorá má za následok telesné postihnutie patrí svalová dystrofia.

Myopatia - progresívna svalová dystrofia. Svalová dystrofia je široký termín označujúci geneticky determinované ochorenie, ktoré zasahuje svalstvo. Tento termín zahŕňa viacero špecifických genetických chýb, ktoré sa prejavujú ochabovaním svalstva – postupne ochabuje kostrové svalstvo končatín a trupu – a prvé príznaky sa objavujú už v detstve, pričom neskôr často dochádza až k úplnej imobilite.

Svalovú (muskulárnu) dystrofiu zaradíme do skupiny nervovo – svalových ochorení. Je to progresívne, geneticky podmienené ochorenie charakterizované progresívnym ochabovaním svalov. Existuje asi tridsať typov svalových dystrofií, charakterizovaných rôznym pôsobením a rozsahom postihnutia. Základnou črtou svalovej dystrofie je postupné zlyhávanie funkcií svalových vlákien, ktoré vedie až k ich zničeniu (S. Červenčíková, 1995). Vek, v ktorom sa príznaky prvýkrát objavia je v rozpätí od detstva až po dospelosť. Všetky formy svalovej dystrofie sa časom zhoršujú, keďže dochádza k progresívnej degenerácii a slabnutiu svalov. Väčšina pacientov postupom času stráca schopnosť chodiť. Niektoré typy muskulárnej dystrofie (MD) postihujú okrem kostrových svalov aj svaly svalovinu srdca, tráviaci systém, endokrinné žľazy, chrbticu, oči, mozog a ďalšie orgány. Časté sú srdcové a pľúcne choroby, u niektorých pacientov sa môže vyvinúť problém s prehltaním. Termín myopatia v širšom slova zmysle znamená akékoľvek poškodenie svalového vlákna, ktoré je podmienené buď geneticky alebo rôznymi vonkajšími faktormi ako je napríklad úraz, intoxikácia, zápal, nádorové ochorenie, atď. Medzi svalovými ochoreniami, ktoré sa vyskytujú v populácii, predstavujú svalové dystrofie viac než 50% (J. Tichý 1998 in Vítková, 2006). Ide o ochorenie primárne priečne pruhovaného svalstva, pri ktorom dochádza k rýchlej degenerácii

svalových vlákien, ktoré sú postupne nahrádzané neplnohodnotným tukovým alebo väzivovým tkanivom. Sú geneticky podmienené.

K najčastejšie sa vyskytujúcim typom svalových dystrofií podľa Tichého (1998) patria:

- duchennova muskulárna dystrofia, Beckerova muskulárna dystrofia, kongenitálna (vrodená) muskulárna dystrofia, Emery-Dreifuss muskulárna dystrofia, pletencová muskulárna dystrofia, facioscapulohumerálna muskulárna dystrofia, myotonická muskulárna dystrofia, oftalmoplegická muskulárna dystrofia, distálna muskulárna dystrofia

K najčastejšie sa vyskytujúcim a najprogressívnejším svalovým dystrofiám v detskom veku patrí tzv.

Duchenová svalová dystrofia, preto jej budeme venovať v nasledujúcom texte viac pozornosti.

Duchennova muskulárna dystrofia (DMD)

Špecifickým prípadom s nepriaznivou prognózou je Duchenova svalová dystrofia (myopatia), ktorá postihuje výlučne chlapcov vo veľmi ojedinelých prípadoch aj dievčatá. V odbornej literatúre sa uvádza 1: 3 500 novonarodených chlapcov. Táto svalová dystrofia bola podrobne popísaná v roku 1861 lekárom G. B. Duchennom, po ktorom bola aj následne pomenovaná. Choroba sa viaže buď na X – chromozóm recesívne, alebo vzniká spontánne vo vaječnej bunke matky (Mortier 1994 in Vítková 2006). Vedie k úplnému rozpadu svalových vlákien. Je spôsobený mutáciou génu, ktorý kóduje proteín dystrofín. Dystrofínový gén je lokalizovaný práve na X – chromozóme, keďže ženy majú dve kópie X – chromozómu, väčšinou sú len prenášačkami a majú len nepatrné problémy. Všetci muži postihnutí DMD majú poškodený dystrofínový gén a preto neprodukujú dostatok proteínu vo svojich svaloch. Existuje mnoho spôsobov poškodenia dystrofínového génu.

- Najčastejšie je chýbanie určitej časti informácie v géne.
- Menej často dochádza k zdvojeniu časti informácie v géne.
- Niekedy dochádza k zmene jedného nukleotidu (The Australasian Genetics Resource Book, 2007.).

Duchenová muskulárna dystrofia môže postihnúť ktorúkoľvek rodinu, aj takú, kde sa svalové ochorenie nikdy nevyskytlo.

Prvé príznaky choroby sa objavujú medzi 2. až 6. rokom života. Najskôr zasahuje priečne pruhované svaly panvy, neskôr prechádza na priečne

pruhované svaly pletencov končatín. K počiatočným symptómom patria časté pády, iný spôsob chôdze ako majú iné – zdravé deti. Je to takzvaná kačacia chôdza, typická pre jednotlivcov s myopatiou (dieťa začína chodiť v hyperlordóze, kolísavo s vystrčeným bruškom), zväčšená lordóza, problémy s chôdzou po schodoch, šplhavý spôsob vstávania zo zeme (myopatické šplhanie), neschopnosť skákať, svalová slabosť vo všeobecnosti, hypertrofia lýtok. Asi po 6 až 10 rokov po vypuknutí choroby (je to veľmi individuálne) je dieťa absolútne odkázané na invalidný vozík v dôsledku neschopnosti chodiť. Je to ochorenie, ktoré sa končí letálne, odborná literatúra uvádza vekovú hranicu 20 až 30 rokov.

Kvalitu života detí, mladistvých a dospelých môže podľa Vítkovej (2006) zlepšiť individuálna špeciálno-pedagogická podpora. Mladí ľudia trpiaci touto diagnózou zažívajú postupný rozpad telesnej sily a stále progredujúci úbytok motorických schopností. Ich psychický, sociálny a kognitívny vývin pokračuje v súvislosti s ich vekom. V priebehu ochorenia zažívajú priamo na sebe rôzne stupne postihnutia. Kým jednotlivcom s Duchenovou svalovou dystrofiou ubúdajú sily a telesná vitalita vo svojom blízkom okolí, u svojich zdravých rovesníkov, môžu pozorovať pribúdajúcu silu a s ňou súvisiaci motorický výkon. Postihnutí jednotlivci prežívajú rôzne fázy prejavov svojho postihnutia, od ľahkého motorického obmedzenia v predškolskom veku, cez podstatné pohybové obmedzenie v období dospievania až po najťažšie postihnutie, ktoré vedie k smrti.

Pedagogická podpora umierajúcich detí a mládeže s progresívnym ochorením patrí k jednej z najťažších úloh špeciálnej pedagogiky (J. Jankovský, 2006). Kládie vysoké nároky na všetkých, ktorí s takto postihnutým jednotlivcom prichádzajú do kontaktu. Je veľmi ťažké a problematické učiteľom, vychovávateľom a zvlášť rodičom detí s postihnutím odpovedať na otázky týkajúce sa blížiacej sa smrti, zvlášť vtedy, ak je u nich intelekt zachovaný až do poslednej chvíle a svoju situáciu si plne uvedomujú. Títo jednotlivci, pri dobrých intelektových schopnostiach, aj napriek svojmu postihnutiu a pri zredukovaní vyučovacích metód, môžu dosiahnuť aj veľmi dobré výsledky vo vzdelávaní.

Poruchy zakrivenia chrbtice – idiopatická skolióza

Skoliózu definujeme ako vybočenie chrbtice vo frontálnej rovine. Rozoznávame niekoľko typov. K najčastejším sa vyskytujúcim a zároveň k najkomplikovanejším skoliózam v oblasti jej fyziologických prejavov a následnej liečby patrí idiopatická skolióza, ktorá závažným spôsobom ovplyvňuje pohyblivosť jednotlivca.

Idiopatická skolióza má neznámu etiológiu. Je najpočetnejšia so všetkých typov skolióz. Začiatok tohto typu skoliózy môže byť v ktoromkoľvek veku od narodenia až po ukončenie rastu kostí. Idiopatická skolióza vzniká u zdravých detí. Začiatok tejto skoliózy je sústredený do troch vekových období:

- v 1.roku života dieťaťa,
- medzi 5. a 6. rokom života dieťaťa,
- medzi 11. rokom a ukončením rastu kostí.

Len výnimočne je začiatok tejto skoliózy medzi 8. a 9. rokom veku dieťaťa. Ako príčinu uvádzajú autori tzv.multifaktoriálnosť. Podiel dedičnosti je minimálny.Najvýznamnejším etiologickým faktorom je nerovnomerný rast. V ktorejkoľvek rastovej fáze môžu nastať poruchy, ktoré sú aj príčinou nerovnomerného rastu a teda aj skoliózy.

Idiopatické skoliózy v ranom veku predstavujú špeciálnu skupinu skolióz hlavne preto, že ich výskyt je pomerne častý a tiež majú nie priaznivú prognózu. Pri tomto type skolióz sa vyskytujú aj anomálie tvaru lebky, veľmi často plagiocefalia. Viac ako 5% týchto skolióz má progredujúci charakter (R. Kubát, 1975). K terapeutickým prostriedkom v liečbe skolióz zaradíme jednak liečbnorehabilitačné prostriedky, respektíve operačné riešenia. K pomerne účinným prostriedkom pri zabraňovaní zhoršovania stavu a takisto aj ako podporný prostriedok u jednotlivcov s týmto typom skoliózy radíme aj tzv. Bostonský a Milwoukee korzet.

V procese edukácie sú u skoliotických jednotlivcov využívané aj iné podporné opatrenia ako napríklad polohovanie na bruchu s pomocou špeciálnych ležadiel, respektíve iných pomôcok.

2.3 Charakteristika chorých a zdravotne oslabených jednotlivcov

V nasledujúcej tabuľkeč.1 sme spracovali prehľad údajov o chorobách ako ich uvádza Slezáková (2005).

Tab 1 Klasifikácia a kategorizácia chorôb

Výživa a jej poruchy	Poruchy výživy	hnačkové ochorenia, proteínova malnutrícia, obezita, chudosť, mentálna anorexia, bulímia neurosa,

	Choroby z nedostatku vitamínov	avitaminózy
Poruchy metabolizmu	Vrodené poruchy metabolizmu proteínov	fenylketonúria, albinizmus
	Vrodené poruchy metabolizmu sacharidov	galaktozémia, glykogenóza, mukopolysacharidózy
	Vrodené poruchy metabolizmu lipidov	Gaucherova choroba, Tayova-Sachsova choroba, Niemannova-Pickova choroba, hyperlipoproteinémie, teaurizmoz
	Diabetes mellitus	
Choroby dýchacích orgánov	Choroby horných dýchacích ciest	chrípka, nádcha, adenoidné vegetácie, sinusitis, angína, tonsilitis, pharyngitis, laryngitis,
	Choroby dolných dýchacích ciest a pľúc	zápal dýchacej trubice a priedušiek, zápal pľúc, bronchiectázie, atelektáza, enfyzém, zápal pohrudnice, pneumothorax, cystická fibróza, (mukoviscidóza)
Choroby srdca a krvného obehu	Poruchy srdcového rytmu	tachykardia, bradykardia, dysrytmie, paroxysmálna tachykardia
	Vrodené chyby srdca	dextrokardia, vrodená stenóza pľúcnice, anomálie odstupe aorty, fibroelastóza, ectopia cordis, vrodená stenóza aorty, defekt predsieňového septa,

		defekt komorového septa, otvorená Botallova spojka, Fallotova tetralógia, Fallotova pentalógia, Fallotova trilógia, transpozícia veľkých ciev, Eisenmengerov komplex
	Zápalové choroby srdca	myokarditída, endokarditída, perikarditída
	Chlopňové chyby	stenózy a insuficiencie chlopní
	Hypertenzia	
Choroby krvi	Choroby červenej krvnej zložky	anémia, hemonoglobinopatiapolyglobúlia
	Choroby bielej krvnej zložky	leukocytóza, eozinofília, leukopénia, leukémia, malígne lymfómy, akútna lymfoblastická leukémia, akútna nelymfoblastická leukémia, chronická myeloidná leukémia, malígne lymfómy, Hodgkinova choroba, nehodgkinove lymfómy
	Poruchy hemostázy	poruchy trombocytov, trombocytopénia, trombocytopenia, koagulopatie, hemofília, vasopatie
Choroby tráviacej sústavy	Choroby ústnej dutiny	anomálie čelústí, rázštep, stomatitis, zubný kaz,
	Choroby pažeráka	artézia, stenóza, kardiospazmus
	Choroby žalúdka	vredová choroba (peptický vred), gastritída
	Choroby tenkého a hrubého čreva	enteritis, colitis, celiakia, vrodená pylorostenóza, vrodené

		megakolon, appendicitis, hernia, ileus, peritonitis
	Choroby pečene a žlčníka	Ikterus ex, hepatitis, cirhóza pečene
	Choroby pankreasu	pankreatitis
Choroby močových a pohlavných ústrojov	Poruchy vylučovania moču, močenia a zloženia moču	oligúria, anúria, retencia, polyúria, incontinentia urinae, proteinúria, hematória, pyúria, glykozúria, urémia
	Nefritídy	glomerulonefritídy, nefrotický syndróm, Alportov syndróm, tubulointersticiálne nefritídy, Fanconiho syndróm, renálna glykozúria, renálna aminoacidúria, nefrogénny diabetes insipidus, infekcia močových ciest, urolitiáza, nádory obličiek, vrodené vývinové anomálie obličiek
	Choroby pohlavných orgánov	hypospádia, epispádia, fimóza, kryptorchizmus, orchitis, fluor,
Choroby Žliaz s vnútornou sekréciou	Hypofýza	deficit rastového hormónu, nanizmus, gigantizmus, diabetes insipidus
	Štítna žľaza	hypotyreóza, hypertyreóza,
	Príštitné žľazy	hypoparatyreóza, hyperparatyreóza
	Nadobličky	adrenogenitálny syndróm, Cushingov syndróm, hyperaldosteronizmus, Addisonova choroba, nádory drene nadobličky

	Pohlavné žľazy	hypogonadizmus, pubertas tarda, pubertas praecox, hypergonadizmus, hermafroditizmus, Turnerov syndróm, Klinefelterov syndróm
Poruchy imunity a alergické choroby	Imunodeficientné syndrómy	primárne imundeficientné syndrómy, sekundárne imundeficientné syndrómy, syndróm získanej imunodeficiencie
	Alergické choroby dýchacieho ústrojenstva	alergická nádcha, sezónna peľová nádcha, bronchiálna astma
	Kožné prejavy alergia	atopický ekzém, atopická dermatitída, žihľavka
	Potravinové alergie	
	Polysystémové alergické reakcie	anafylaktický šok
	Autoimunitné choroby	reumatická horúčka, chronická juvenilná artritída, systémový lupus erythematosus,
Infekčné choroby	Nákazy dýchacích ciest	streptokokové nákazy, šarlach, čierny kašeľ, tuberkulóza, respiračné nákazy vírusového pôvodu-chrípková viróza, infekčná mononukleóza, mumps, osýpky, ružienka, ovčie kiahne
	Nákazy tráviaceho systému	salmonelóza, týfus, bacilárna dyzentéria, vírusova hepatitída typu A, črevné parazity- mrl'a, škrtavky, lamblióza

	Krvné nákazy	vírusova hepatitída B, vírusová hepatitída C, AIDS, kliešťový zápal mozgu, lymeská borelióza,
	Nákazy kože a povrchových slizníc	dermatózy, herpes simplex, herpes zoster, mykózy, tetanus, syfilis, kvapavka, trichomoniáza, epizoonózy, svrab, pedikulóza
Tuberkulóza		tuberkulóza pľúc, mimopľúcna tuberkulóza- tuberkulóza lymfatických uzlín, čriev, mozgových obalov, kostí, kĺbov, močových ústrojov, oka, kože

Problematika **chorých** a **chronicky chorých** je veľmi široká a rôznorodá, je veľkým problémom jednotlivé choroby klasifikovať a kategorizovať s ohľadom na potreby špeciálnopedagogickej praxe.

Každá choroba predstavuje istú záťaž pre organizmus. Ovplyvňuje jeho telesné funkcie a pohybový rozvoj. Osobitnú pozornosť je potrebné venovať tým chorobám, ktorých dôsledkom sú závažnejšie zmeny v tejto oblasti (ortopedické, neurologické, srdcovo-cievne choroby a iné).

Toto všetko môže byť spôsobené dlhodobou chorobou spojenou s úzkostlivou starostlivosťou, ale aj slabým vplyvom rodiny, neurovnanými rodinnými a školskými pomermi, neúspechom v škole, ktorý úzko súvisí s dlhodobým telesným a zdravotným oslabením.

Z väčšiny chorôb vyplýva stav **zdravotného oslabenia**, ktorý môže mať dočasný alebo dlhodobý charakter. Súvisí to hlavne s chronickými chorobami. Často je zdravotné oslabenie len dôsledkom choroby, inokedy je sprievodným prejavom choroby. Zdravotné oslabenie vplyva na rôzne oblasti života jednotlivca, prejavuje sa v oblasti somatickej, psychickej, edukačnej, sociálnej. Niektoré druhy zdravotných oslabení vznikajú následkom pôsobenia negatívnych činiteľov životného prostredia. V súčasnosti je aktuálnou otázkou správnej životosprávy v rodine (režim dňa, pohybový režim, nesprávne stravovacie návyky).

Špeciálne typy zdravotne oslabených predstavujú na jednej strane jednotlivci, ktorí sa vyznačujú zvýšenou hmotnosťou, t.j. jednotlivci s obezitou, ktorá

vznikla v dôsledku nadmernej výživy a zníženej pohybovej aktivity (ak má obezita endokrinnú príčinu, zaradíme ju medzi choroby) a na strane druhej, jednotlivci so zníženou hmotnosťou so slabým posturálnym svalstvom, v súvislosti s nedostatočnou výživou. Oba typy zdravotne oslabených sprevádzajú také telesné prejavy ako je chybné držanie tela, vbočené kolená, či ploché nohy.

U chorých, chronicky chorých a zdravotne oslabených jednotlivcov sa môžu v dôsledku choroby a zdravotného oslabenia prejavovať: neurotické stavy, neurózy a psychoneurózy, rýchla a častá unaviteľnosť, strach z liečebných procedúr, strach z bolesti a recidívy choroby, strach zo smrti, strach z nových ľudí, celková dráždivosť, nechut' do jedla, nespavosť, anxióznosť, problémy v správaní, nesprávne hygienické a spoločenské návyky.

2.4 Kontrolné otázky a úlohy k 2. kapitole

Aký význam má v edukácii jednotlivcov s telesným postihnutím faktor času vzniku telesného postihnutia?

Charakterizujte jednotlivca s progresívnou svalovou dystrofiou.

Aké sú perspektívy jednotlivca s muskulárnou dystrofiou v oblasti edukácie a v oblasti zamestnania?

Ktoré choroby v detskom veku najviac ohrozujú telesný a pohybový vývin jednotlivca?

Prečo potrebujú deti so zdravotným oslabením špeciálnu edukáciu?

Vymenujte dôsledky získaných telesných postihnutí.

3 KOMPLEXNÁ REHABILITAČNÁ STAROSTLIVOSŤ O TELESNE POSTIHNUTÝCH, CHORÝCH A ZDRAVOTNE OSLABENÝCH

3.1 Rehabilitácia

Rehabilitácia je termín latinského pôvodu (re - znovu, opäť, späť; habilitas - spôsobilosť, schopnosť, súcnosť). Je známy z medicínskej i právnickej terminológie a našiel široké uplatnenie i v špeciálnopedagogickej terminológii, do ktorej prenikol v 2. polovici 20. storočia. K používaniu termínu rehabilitácia môžu byť výhrady z jazykovedného hľadiska, ak by sa aplikoval na jednotlivcov s vrodeným alebo v ranom detstve získaným postihnutím. Tu by bolo najlepšie použiť termín habilitácia. To znamená, že jednotlivca treba uspôsobiť, uschnopiť, teda habilitovať. Na druhej strane, ak by išlo o jednotlivca, ktorý sa vyvíjal ako zdravý, avšak choroba, či úraz zapríčinili jeho vyčlenenie z rozličných oblastí činností, tak tohto jednotlivca treba znovu uspôsobiť, uschnopiť, teda rehabilitovať.

Niektorí odborníci (čo vidíme najmä v zahraničnej literatúre) používajú oba termíny v uvedených významoch. Z praktických dôvodov ale prevláda tendencia používať termín rehabilitácia jednotne, pre všetky prípady, bez ohľadu na to, v akom štádiu vývinu jednotlivca vzniklo postihnutie. V takom zmysle tento termín používame aj v špeciálnej pedagogike.

Rehabilitáciu pokladáme za súbor činností, ktoré slúžia na uspôsobenie jednotlivcov so špeciálnymi potrebami, vzniknutými v dôsledku pôsobenia nepriaznivých zdravotných či sociálnych činiteľov, na ich primerané začlenenie do spoločnosti.

3.2 Komplexná rehabilitačná starostlivosť

Rehabilitácia v špeciálnej pedagogike sa rozlišuje podľa toho, v akej oblasti starostlivosti sa uplatňuje, aký druh starostlivosti sa poskytuje so zreteľom na potreby jednotlivcov. Telesne postihnutých, chorých a zdravotne postihnutých treba liečiť, vychovávať, pripravovať na povolanie a zapojiť do pracovného procesu ako aj uspôsobiť pre primeranú pozíciu v sociálnych vzťahoch. Znamená to, že ich treba rehabilitovať komplexne, pristupovať v procese ich rehabilitácie z pozície viacerých odborov.

Vládnym uznesením z 12. novembra 1959 o zabezpečení komplexnej starostlivosti o defektné deti a mládež sa v Československu dal základ pre zavádzanie početných, celoštátne platných opatrení v tomto smere.

Svetová zdravotnícka organizácia v roku 1969 definovala rehabilitáciu ako komplexné a koordinované využívanie medicínskych, sociálnych, výchovných a pracovných prostriedkov na výcvik alebo precvičovanie jednotlivca do najvyššej možnej miery. (Terminology, Special Education, 1977). Je to širšie poňatie termínu rehabilitácia a obsahovo mu zodpovedá naša štruktúra komplexnej rehabilitačnej starostlivosti.

J. Jesenský (1995) používa v tomto význame termín komprehenzívna rehabilitácia a J. Jankovský (2001) podobne ako J. Votava (2003) termín ucelená rehabilitácia.

Princíp komplexnosti v praxi začali uplatňovať významní českí lekári už v období prvých desaťročí 20. storočia, a to Rudolf Jedlička, v ústavnej starostlivosti o telesne postihnutých v Prahe a František Hamza v starostlivosti o choré deti v liečebni v Luži-Košumberku (v tom čase sa ešte termín rehabilitácia nepoužíval). Koncepciu komplexnej rehabilitačnej starostlivosti teoreticky rozpracoval v odbore somatopédie - pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených, František Kábele.

3.3 Cieľ, obsah a význam komplexnej rehabilitačnej starostlivosti

Cieľom komplexnej rehabilitačnej starostlivosti je spoločenské začlenenie alebo znovuzачlenenie telesne postihnutého, chorého a zdravotne oslabeného jednotlivca pri využití prostriedkov z oblasti viacerých vied. Pre dieťa alebo adolescenta je aktuálne začlenenie, ktoré predstavuje jeho participáciu tak v školských činnostiach na jednotlivých stupňoch a druhoch škôl ako aj v spektre voľnočasových aktivít, pričom je na zreteli jeho perspektíva života v dospelosti. U dospelého jednotlivca sa pod spoločenským začlenením rozumie jeho účasť v pracovnom procese a v spoločenských aktivitách v oblasti verejného života aj v oblasti súkromného života.

Dosiahnutie cieľa komplexnej rehabilitačnej starostlivosti je determinované rôznymi činiteľmi, ktoré súvisia najmä s druhom a stupňom postihnutia, či poruchy. Z toho hľadiska je preto výstižné hovoriť o primeranom začlenení do spoločnosti. V optimálnych prípadoch primerané začlenenie má podobu integrácie, t.j. úplného začlenenia jednotlivca, ktorý nevyžaduje pomoc so strany spoločnosti. V iných prípadoch sa dosahujú nižšie stupne spoločenského začlenenia, ktoré M. Sovák (1986) označuje ako adaptácia (jednotlivec sa prispôsobuje požiadavkám spoločnosti, ak sa mu vytvorí vhodné podmienky) a ako utilita (možná je spoločenská užitočnosť, upotrebitelnosť jednotlivca pri stálom usmerňovaní, dozore). Citovaný autor

použil na označenie stavu kedy jednotlivca z rôznych dôvodov nebolo možné začleniť do žiadneho z uvedených stavov termín inferiorita.

M.Gordosné Szabó (1975) rozlišuje úplnú rehabilitáciu (ak postihnutý dosiahne v dospelosti úplnú samostatnosť, včlení sa do spoločnosti, žije podľa jej noriem, pracuje a má svoj príjem, je schopný založiť si rodinu) alebo čiastočnú rehabilitáciu (ak postihnutí naďalej potrebuje istú starostlivosť, usmernenie, ale v určitom prostredí je aktívny a schopný vykonávať isté pracovné činnosti).

Komplexnú rehabilitačnú starostlivosť možno pokladať za úspešnú, keď sú jej výsledky v súlade s individuálnymi predpokladmi rehabilitovaného jednotlivca. U ťažko postihnutých sa potom dajú hodnotiť ako relatívny úspech aj skromné výsledky starostlivosti.

Pre vyspelú spoločnosť je príznačné, že uplatňuje komplexnú rehabilitačnú starostlivosť u každého jednotlivca podľa jeho potrieb. Ak pre závažný stupeň postihnutia nie je možný ani najnižší stupeň spoločenského začlenenia, potrebné sú v plnej miere služby sociálnej starostlivosti - opatery, ktoré sa môžu poskytnúť v špeciálnom zariadení i v domácom prostredí.

Úlohy komplexnej rehabilitačnej starostlivosti plní tím pracovníkov rozličného pracovného zamerania, s ktorým súvisia aj ich kompetencie. Dôležitým predpokladom pre ich efektívnu spoluprácu sú: náležitá odborná pripravenosť pre výkon daného druhu starostlivosti, schopnosť vidieť starostlivosť ako celok a rešpektovať význam činností pracovníkov reprezentujúcich všetky úseky tejto starostlivosti.

Obsah komplexnej rehabilitačnej starostlivosti možno diferencovať z časového hľadiska i z hľadiska druhu potrebnej starostlivosti.

Z časového hľadiska ide o preventívnu, aktuálnu a následnú starostlivosť. O prevencii v starostlivosti možno hovoriť vždy, keď je na zreteli predchádzanie vzniku chýb, chorôb, či oslabení. Tu však ešte nepôjde o rehabilitáciu v pravom slova zmysle ale je tomu tak pri predchádzaní vzniku sekundárnych chýb a porúch (sekundárna prevencia). Tu sa prelína preventívna s aktuálnou starostlivosťou, ktorá nastupuje, keď už istá zmena v zdravotnom stave jestvuje a má sa odstrániť, zmierniť, alebo stabilizovať. Súčasne sa majú čo možno najviac eliminovať možné nepriaznivé dôsledky v rôznych oblastiach života jednotlivca. Sú rozdiely v trvaní aktuálnej starostlivosti - môže byť krátkodobá, dlhodobá i trvalá.

Následná starostlivosť spočíva v sledovaní jednotlivca po skončení aktuálnej starostlivosti (dispenzarizácia, poradenské a iné služby).

Z hľadiska druhu starostlivosti sa obsah komplexnej rehabilitačnej starostlivosti člení na 4 základné zložky, a to na liečebnú, výchovnú, pracovnú a sociálnu. Ich charakteristike sú venované osobitné podkapitoly. V rámci každej zložky pôsobia aj psychologické, právne, ekonomické a technické služby.

Kábele v pôvodnej koncepcii komplexnej rehabilitačnej starostlivosti o telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených uvádzal 3 zložky, a to liečebnú, výchovnú a spoločenskú. Úlohy pracovnej rehabilitácie boli zahrnuté vo výchovnej i spoločenskej zložke (F. Kábele, 1970). Potom bola pracovná rehabilitácia vyčlenená ako samostatná zložka (E. Kollárová, 1977). Obsah 4 zložiek komplexnej rehabilitačnej starostlivosti sa ďalej rozpracovával (F. Kábele a kol., 1992; E. Kollárová, 2006).

Jednotlivé zložky komplexnej rehabilitačnej starostlivosti formálne majú rovnocenné postavenie, ale sa uskutočňujú v rozličnej miere, t.j., nie sú v danej etape starostlivosti zastúpené rovnako. Pri istom druhu a stupni telesného postihnutia, choroby a zdravotného oslabenia, ako aj v istom období individuálneho vývinu rehabilitovaných môže byť niektorá zložka zdôraznená viac, iná menej. Prioritné postavenie jednotlivých zložiek sa môže meniť v závislosti od aktuálnych potrieb jednotlivcov.

Ak vezmeme do úvahy zdravotný stav ako determinujúceho činiteľa, tak u jednotlivcov s telesným postihnutím sa vychádza zo skutočnosti, či ide o prípad:

- So stabilizovanou, trvalou telesnou chybou, ktorá sa terapeutickými činnosťami postupne nemôže alebo sa môže len minimálne ovplyvniť, keď je liečebná zložka rehabilitácie menej zastúpená.
- S meniteľným sa stavom telesnej chyby, keď sa rozsah a intenzita liečebnej zložky zvyšuje.

Chorí jednotlivci majú v závislosti od štádia a závažnosti choroby dominantnú liečebnú zložku (čo sa odráža aj v kompetencii lekára povoliť, či nepovoliť vyučovanie alebo ho do istej miery obmedziť). V starostlivosti o zdravotne oslabených, pokiaľ sú v zdravotníckom zariadení je menej liečebných úkonov než u chorých jednotlivcov.

Významným činiteľom komplexnej rehabilitačnej starostlivosti je vek rehabilitovaného. Predovšetkým vo vzťahu k zastúpeniu výchovnej rehabilitácie, ktorá v istej podobe začína už v útlom veku dieťaťa a prebieha paralelne s liečbou. Prítom je základnou požiadavkou najst' vhodnú mieru zaťaženia u jednotlivých detí pri tomto dvojitom pôsobení. Táto požiadavka

platí aj v období školopovinnosti jednotlivcov, keď má byť na zreteli cieľ zabezpečenia základného vzdelania.

Vo veku, keď sa u rehabilitovaného stáva aktuálnou otázka výberu vhodného povolania, začínajú v komplexnej rehabilitačnej starostlivosti vystupovať aj úlohy pracovnej rehabilitácie, význam ktorej rastie v etape prípravy na povolanie, pri začleňovaní jednotlivcov do pracovného pomeru a v rôznej miere sa uplatňuje aj v priebehu zamestnania jednotlivca.

Sociálna rehabilitácia, ktorá je v období detstva a adolescencie rehabilitovaného imanentnou súčasťou jeho výchovnej rehabilitácie, dostáva sa do významnej pozície s postupujúcim vekom jednotlivca a v živote dospelých postihnutých plní špecifické úlohy.

Význam komplexnej rehabilitačnej starostlivosti možno hodnotiť jednak z pozície spoločnosti, ktorá ju poskytuje a jednak z pozície jednotlivca, ktorý túto starostlivosť potrebuje.

Spoločnosť sa stará o postihnutých a narušených z humánnych i ekonomických dôvodov. Tie možno nájsť už pri začiatkoch organizovanej starostlivosti v špeciálnych zariadeniach. Na princípe rešpektovania ľudských práv treba tým členom spoločnosti, ktorí sú odkázaní na istý druh pomoci zo zdravotných či sociálnych príčin vhodnými prostriedkami umožniť, aby mohli zastávať v spoločnosti primerané miesto, aby sa mohli uplatniť na rôznych úsekoch života spoločnosti podľa svojich predpokladov.

Ak sa občan s postihnutím alebo narušením zrehabilituje natoľko, že sa môže pracovne zapojiť a zabezpečiť si aj vlastný príjem, znižujú sa náklady spoločnosti na dôchodkové zabezpečenie.

Pre jednotlivca je významné, ak komplexnou rehabilitačnou starostlivosťou získava životné perspektívy, aktivizuje sa k plneniu reálnych cieľov v oblasti vzdelávania i v oblasti pracovného uplatnenia sa a spoločenského života, získava vedomie rovnoprávnosti, uspokojenie zo sebarealizácie, dôstojnosť a sebaúctu. To sú aj dobré predpoklady na to, že sa nebude správať asociálne, či až antisociálne, čo by bolo na ujmu jeho samého i spoločnosti.

V realizácii úloh komplexnej rehabilitačnej starostlivosti má prioritné postavenie štát, ktorý predovšetkým dáva legislatívny základ a poskytuje isté ekonomické zabezpečenie. V podmienkach Slovenskej republiky sa na plnení týchto úloh zúčastňujú najmä rezorty: rezort zdravotníctva, rezort školstva a rezort práce, sociálnych vecí a rodiny. Priestor tu majú aj občianske združenia, dobrovoľnícke organizácie, cirkvi, pracovné organizácie

i súkromné osoby. Tieto môžu prispievať finančne, materiálne alebo rozličnými dobrovoľníckymi aktivitami.

3.4 Liečebná rehabilitácia

Z pozície pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených chápeme liečebnú rehabilitáciu ako celú zdravotnícku starostlivosť, ktorá je zacielená na vyliečenie jednotlivca alebo zlepšenie, úpravu jeho zdravotného stavu a tým na vytvorenie čo najpriaznivejších zdravotných podmienok pre začlenenie tohto jednotlivca do spoločnosti. Liečebnú rehabilitáciu chápeme v širšom a užšom význame.

3.4.1 Liečebná rehabilitácia v širšom význame

Liečebná rehabilitácia v tomto širšom význame zahŕňa rozsiahly rad špecifických činností:

- v oblasti výkonov spojených so stanovením diagnózy (medicínska diagnostika)
- v oblasti výkonov spojených s určením programu liečby a s realizáciou liečby,
- v oblasti výkonov spojených so zhodnotením pracovného potenciálu a prognózou jeho pracovnej perspektívy.

Cieľu liečebnej rehabilitácie slúžia rozličné druhy liečby – medikamentózna, chirurgická, fixačná, manipulačná, protetická, režimová, dietetická, psychoterapia a dopĺňujú ich fyzioterapia, kinezioterapia a ergoterapia, ktoré tvoria náplň liečebnej rehabilitácie v užšom chápaní (v ktorom sa výraz rehabilitácia v zdravotníckej starostlivosti u nás začal používať).

Liečebná rehabilitácia ako zložka komplexnej rehabilitačnej starostlivosti sa poskytuje telesne postihnutým, chorým a zdravotne oslabeným jednotlivcom v zdravotníckych zariadeniach, v ambulantnej alebo i ústavnej forme (obvodné ambulancie, polikliniky, nemocnice, špecializované liečebné ústavy, kúpeľné liečebne, sanatóriá, ozdravovne, stacionáre a i.) a v ďalších zariadeniach, kde sa pre tieto účely vytvárajú špeciálne oddelenia (zariadenia sociálnych služieb, zaradenie pre pracovnú rehabilitáciu).

Druh liečby, jej rozsah, intenzita a trvanie sú pri jednotlivých medicínskych diagnózach diferencované, a preto je aj celkový obraz liečebnej rehabilitácie odlišný v závislosti od profilácie daného zariadenia.

Plnenie komplexu úloh v rámci liečebnej zložky komplexnej rehabilitačnej starostlivosti zabezpečujú lekári špecializovaní podľa medicínskych odborov, zdravotné sestry, rehabilitační pracovníci, laboranti, nižší a pomocní zdravotnícki pracovníci. Okrem nich pôsobia aj predstavitelia iných odborov (psychológ, logopéd, liečebný pedagóg, sociálny pracovník, inžinier a ďalší).

3.4.2 Liečebná rehabilitácia v užšom význame

Z komplexu liečebnej rehabilitácie vyčleňujeme skupinu liečebnorehabilitačných terapií, ktorým venujeme osobitnú pozornosť, z toho dôvodu, že majú užší vzťah k výchovnej rehabilitácii z hľadiska obsahu, metód i organizácie (o čom sa zmieňujeme v relevantnej subkapitole). Sú to fyzioterapia, kinezioterapia a ergoterapia.

Fyzioterapia predstavuje súbor postupov, pri ktorých sa vo funkcii liečebných alebo ozdravovacích prostriedkov využívajú fyzikálne prostriedky, ktoré sú z prírodných zdrojov alebo sú umelo vyrobené. K takým prostriedkom patria: teplo, chlad, voda a liečivá voda, peloidy, para, plyn, parafín, elektrina, zvuk, žiarenie, vzduch. K nim sa priradujú aj manuálne výkony. Aplikácie týchto prostriedkov sa označujú ako procedúry, ktoré predpisuje lekár.

Jestvujú viaceré druhy fyzioterapie a pri uvádzaní ich prehľadu vychádzame z literárnych prameňov autorov: J. Kolesár a kol. (1980), D. Komačeková a kol. (2003), A. Gúth a kol. (2011):

Termoterapia (teploliečba) je založená na privádzaní tepla do tela a oproti tomu kryoterapia je liečba chladom.

Hydroterapia (vodoliečba) sa vykonáva vo forme omývania, polievania, máčania, zábalov, obkladov, spích, strekov, výplachov, podvodnej masáže, perličkových alebo voňavých kúpeľov. Využívajú sa pri nej aj účinky tepelnej energie, alebo pohybovej energie a tiež rôzne prísady (chemické látky rozpustné vo vode a liečivé rastliny).

Balneoterapia (z gr. balneum -kúpeľ) využíva účinky prírodných liečivých vôd (chloridové, uhličité, jódové, horečnaté, železité, fluoridové, radónové a iné vody) a peloidy (z gr. pelos=hlina), čo sú kašovité látky v podobe bahna, rašeliny, slatiny a v tuhej forme tzv. fango.

Akustoterapia využíva účinky zvuku – ultrazvuk.

Elektroterapia využíva účinky elektrickej energie (zahrňuje galvanizáciu, faradizáciu, diatermiu, ionoforézu, elektroforézu, magnetoterapiu a ďalšie).

Fototerapia využíva účinky optického žiarenia, a to nepolarizovaným svetlom (laseroterapia, biolampa). Spolupôsobíť môže aj kolorterapia, pri ktorej účinkujú farby.

Klimatoterapia je založená na poznatkoch bioklimatológie a využíva účinky činiteľov podnebia (klímy) danej lokality (teplota ovzdušia, slnečné žiarenie, vzduch a látky, ktoré sú v ňom rozptýlené, barometrický tlak, elektrické vlastnosti atmosféry a iné). Z hľadiska liečebného pôsobenia má význam v akom klimatickom pásme sa miesto liečby nachádza (vnútrozemská alebo prímorská klíma) a v akej nadmorskej výške sa nachádza (nížinná klíma: 0-400 m, podhorská klíma: 400-800 m, horská klíma: 800-1200m, vysokohorská klíma: nad 1200m). Pri posudzovaní klímy sa berie do úvahy aj zloženie pôdy, ktorá vplýva na vegetáciu, aj hustotu obyvateľstva, čím je podmienená aj miera znečistenia ovzdušia.

Z hľadiska rozlohy klímy možno hovoriť o oblastnej, územnej, krajinnej, regionálnej a miestnej klíme. Klimatické činitele sú dôležité pri lokalizovaní takých špecializovaných zariadení ako sú kúpeľné liečebne, sanatóriá, či ozdravovne, preto, že v nich je klimatická liečba na poprednom mieste.

Súčasťami klimatoterapie sú : hélioterapia (využíva účinky slnečných lúčov), aeroterapia (využíva účinky vzduchu), talasoterapia (pôsobí v nej morská klíma a morská voda) a speleoterapia (pôsobí v nej jaskynná klíma).

Poznatky o priaznivom pôsobení klimatických činiteľov sa uplatňujú aj pri inhalačnej liečbe, ktorá sa môže poskytovať v interiéroch rôznych zariadení v akejkoľvek lokalite. Spočíva vo vdychovaní kyslíka, vzduchu s rozptýlenými látkami alebo dymov. Pri oxygenoterapii sa vdychuje vzduch s vysokým obsahom kyslíka (pomocou sondy alebo masky).

Jestvujú aj umelo vytvorené klimatické podmienky v tzv. klimatických komorách. Sú to skleníky, v ktorých sa dosahujú isté terapeutické efekty regulovaním tlaku a pohybu vzduchu, jeho teploty a vlhkosti, alebo žiarením.

Masáž je osobitným druhom fyzioterapie, kde sa využíva manuálny výkon terapeuta (maséra). Manuálna masáž sa člení na klasickú (masér vykonáva na tele rehabilitovaného sústavu masážnych pohybov), reflexnú (masážne hmaty sú zamerané na tie miesta tela, kde sa ochorením vyvolali druhotné zmeny) a manuálnu lymfodrenáž (masážne hmaty sú zamerané na lymfatický systém). Okrem manuálnych jestvuje aj masáž, ktorá sa vykonáva prostredníctvom masážneho prístroja – prístrojová masáž.

V liečebnej rehabilitácii jednotlivcov sa obvykle uskutočňuje viacero procedúr z rozličných druhov fyzioterapie a tvoria tzv. kúru podľa toho, v akej

zostave ich predpíše lekár. Slúžia ako prostriedky liečby alebo doliečovania, či ako prostriedky otužovania organizmu na posilnenie jeho obranyschopnosti.

Kinezioterapia (z gr. kinézis=pohyb) je tá súčasť liečebnej rehabilitácie, v ktorej hlavným prostriedkom je pohyb. (Stretávame sa aj s označením pohybová terapia, pohybová liečba.) V rozvoji medicíny v 20. storočí sa čoraz viac uplatňovali poznatky o význame pohybovej aktivity pacienta v procese jeho liečby a doliečovania, takže sa kinezioterapia rozvíjala v širokej miere a prenikla do mnohých medicínskych odborov. Liečba pohybom je prínosná nielen z hľadiska rozvíjania pohybových funkcií pri poškodení pohybového ústrojenstva, ale aj z hľadiska pôsobenia na iné ústrojenstvá.

Termín kinezioterapia sa k nám postupne rozšíril v druhej polovici 20. storočia zo zahraničnej terminológie. U nás malo tradíciu označenie liečebná telesná výchova (pôvodne liečebný telocvik). Liečebnej telesnej výchove (LTV) sa na Slovensku po mnoho rokov venoval lekár Vladimír Lánik, ktorý jej prisudzoval dvojaké zamerania, tak zlepšovať celkový zdravotný stav organizmu, priaznivo ovplyvniť funkciu dôležitých vnútorných orgánov ako aj tvar a funkciu pohybových orgánov (V. Lánik a kol. 1988).

F. Kábele (1988) pri charakteristike LTV uvádza okrem všeobecnej (kondičnej) a špeciálnej (slúžiacej na zlepšenie stavu a funkcie poškodeného orgánu) tiež záujmovú LTV, zahrňujúcu aj športové činnosti. To znamená širšie koncipovanú LTV, integrujúcu aj športové činnosti. Tento rozmer LTV je významný v zariadeniach zameraných na liečebnú rehabilitáciu dospelých, kde sa telovýchovné a športové činnosti nevykonávajú v rámci výchovnej rehabilitácie, ktorá sa uskutočňuje v zariadeniach pre mládež.

Športové aktivity pri liečbe telesne postihnutých dospelých majú dlhoročnú tradíciu. V tejto oblasti vykonal priekopnícku prácu lekár Ludwig Guttmann, ktorý do liečby vojakov v 2. svetovej vojne, hospitalizovaných v centre pre poranenia miechy v Stoke Mandeville v Anglicku, úspešne zaviedol športové aktivity. V roku 1948 založil Stoke Mandevillské hry pre paralyzovaných (L. Guttmann, 1976). Tieto hry možno pokladať za predchodcu olympijských hier pre postihnutých.

V modernej koncepcii rehabilitácie mnohých krajín dostali stále miesto mnohé druhy športov pre jednotlivcov s rôznymi druhmi postihnutia a zdravotnícke zariadenia začali pravidelne organizovať športové súťaže. V českých krajinách sa už v minulosti stali známymi súťaže v rehabilitačnom

ústave v Kladruchoch – tzv. Kladrubske hry. Na Slovensku sa organizujú športové hry v rehabilitačnom ústave v Kováčovej.

Vzťah kinezioterapie a LTV sa v súlade s koncepciou liečebnej rehabilitácie (podľa Vestníka ministerstva zdravotníctva SSR z roku 1973) vymedzil tak, že LTV je súčasťou kinezioterapie. U zainteresovaných odborníkov však v tejto dobe nebol jednotný názor, resp. termín kinezioterapia nebol jednotne ponímaný/ prijímaný.

Kinezioterapia, ako terapia pohybom v rôznej podobe dostala miesto nielen v etape doliečovania choroby, ale aj v liečbe v skorom štádiu choroby. Mimoriadne dôležitý je fakt, že sa stala základným prostriedkom rehabilitácie v ranom období ontogenetického vývinu pri niektorých typoch postihnutia – ako je DMO. Úprava stavu, ktorý je dôsledkom poškodenia mozgu, závisí predovšetkým od sústavného uskutočňovania tejto terapie. Špecifické metodické postupy v rámci nej sa zakladajú na aktívnych i pasívnych pohybových cvičeniach, ktoré sa organizujú individuálnou ako aj skupinovú formou.

Jestvuje viacero medicínskych postupov, sústav – cvičení, ktoré sa využívajú u rehabilitovaných s pohybovými poruchami a spravidla sa nazývajú podľa autorov. Zmieňujú sa o nich I Lesný a kol. (1985), J. Kraus a kol. (2005) a prehľadne o nich informuje A. Gúth a kol. (2011).

Sú to metodiky: Brüggerova, Maintlandova, Freemanova, Pilatesova, Kalterbornova, Mc Kenziho, Fayova, Roodovej, Kabátova, Bobathových, a u nás pomerne najrozšírejšia, využívaná u detí už v dojčenskom veku, Vojtova metodika. Do cvičebných činností detí sa často priamo angažujú aj ich matky, ktoré sú prítomné pri činnosti rehabilitačného pracovníka s dieťaťom a na základe jeho inštrukcií potom cvičia s dieťaťom doma.

V oblasti kinezioterapie u detí s detskou mozgovou obrnou dlhodobo pôsobí Anatolij G. Smoljaninov, ktorý uvádza - ako vhodný na označenie celého komplexu opatrení, postupov, potrebných vzhľadom na taký klinický obraz, aký predstavujú organické poruchy centrálnej nervovej sústavy u detí – termín neurokinezioterapia. Súborom špeciálnych postupov sa pôsobí na hlavné a spinálne nervové štruktúry prostredníctvom spätnej väzby (A. Smoljaninov, 2009).

Na dôkladnom využívaní kinezioterapeutických postupov v celodennej starostlivosti o jednotlivcov s poruchami pohybových funkcií je založená tzv. *konduktívna pedagogika* (z lat. con - spolu; ductus - cesta, vedenie). Ide tu o špeciálny systém založený na neurofyziológii, v ktorom sú pohybové

cvičenia včlenené do celistvého výchovného procesu. V ňom je tzv. konduktorom cvičiteľ a pedagóg v jednej osobe. Tento systém teoreticky rozpracoval a zaviedol do praxe maďarský lekár András Pető v období po 2. svetovej vojne. Založil v Budapešti ústav slúžiaci deťom (už od dojčenského veku), mládeži i dospelým a poskytujúci aj poradenstvo pre ich rodiny. Ústav svojou úspešnou činnosťou dosiahol medzinárodné uznanie a je známy aj v zahraničí ako International Pető institute (A. Pető, 1962; M. Hári, K. Ákos, 1971; A. Fink, 1998).

Hipoterapia ako špecifický druh kinezioterapie

Hipoterapia (z gr. hippos - kôň) je liečebné jazdectvo na koni. Kôň tu predstavuje terapeutický prostriedok. Liečebný význam jazdy na koni bol známy už v starovekej medicíne. Širší rozmach zaznamenala hipoterapia (aj pod týmto názvom) v druhej polovici 20. storočia vo viacerých štátoch vrátane Československa. Poznatky o uplatňovaní a výsledkoch hipoterapie postupne publikovali viacerí autori: J. Mikula, Z. Štunc (1984), J. Mrůžek (1984), L. Záhradková a kol. (1989), A. Gúth a kol. (1995), K. Hollý, K. Horňáček (1999), D. Wagnerová (1999), V. Casková (2001), J. Pipeková, M. Vítková (2001), J. Jankovský (2001).

Vychádzajúc z uvádzaných literárnych prameňov možno zhrnúť, že hipoterapia má význam z medicínskeho, pedagogického i športového hľadiska. O hipoterapii v širšom poňatí možno uvažovať:

- Ako o liečebnej činnosti, keď je v popredí liečebný cieľ – pozitívne pôsobiť na všetky systémy organizmu človeka a špeciálne ciele – cvičením zlepšovať narušené funkcie u jednotlivcov s rôznymi diagnózami.
- Ako o pedagogickom, resp. pedagogicko-psychologickom jazdení, ktoré je zamerané na uspokojenie výchovných potrieb detí a mládeže (môže obsahovať aj tzv. voltážovanie – cvičenie na koni),
- Ako o športovom jazdení postihnutých, ktoré má rekreačný alebo súťažný charakter.

Ak máme na zreteli hippoterapiu ako liečebnú činnosť, t.j. ako špecifický druh kinezioterapie, musíme predovšetkým povedať, že jej špecifiká závisia od diagnózy rehabilitovaného a o indikáciách vždy rozhoduje lekár. Uskutočňuje sa v dvoch formách – pasívnej a aktívnej.

Pasívna forma spočíva v tom, že jedinec sa prispôsobuje pohybu koňa a tým vzniká stav rytmickej tonizácie a relaxácie, udržiava sa rovnováha a koordinácia tela.

Aktívna forma spočíva v tom, že jedinec vykonáva isté, lekárom ordinované cviky, ciele na dosiahnutie liečebných efektov v statickej i motorickej oblasti. Sú to cviky na uvoľňovanie, preťahovanie, na dosiahnutie rovnováhy, koordinácie a istoty. Precvičujú sa predklony, vzpriamenia, úklony do strán, rotačné pohyby trupu, otáčanie krčnej chrbtice, predkláňanie a zakláňanie hlavy, aktivácia pohybov dolných končatín.

Základným činiteľom pri hipoterapii je trojrozmerný, plynulý pohyb koňa Jeho jednotlivé fázy sa chrbtom prenášajú na jedinca stimulujú a uľahčujú jeho pohyby a ich koordináciu. Okrem toho kôň dáva aj zrkové, sluchové a hmatové podnety a poskytuje pozitívne emocionálne zážitky. To sú nesporne prednosti, ktoré má hipoterapia medzi inými druhmi kinezioterapie.

Hipoterapia sa úspešne využíva u jednotlivcov s rôznymi druhmi pohybových porúch. Jej efektívnosť u detí postihnutých detskou mozgovou obrnou je podľa A. Smoljaninova (2009) daná organickým spojením s neurokinezioterapeutickými postupmi. Sú rozpracované rozličné varianty neurokinezioterapeutických cvičení a v súlade s nimi sa vytvárajú aj programy hipoterapeutických cvičení, so zreteľom na jednotlivé formy detskej mozgovej obrny.

Hipoterapia je v súčasnosti obľúbená a žiadaná. Vykonáva sa u detí, mládeže i dospelých. Venujú sa jej zdravotnícke zariadenia, zariadenia sociálnej starostlivosti i špeciálnopedagogické zariadenia a okrem nich aj viaceré kluby a združenia, či telovýchovné organizácie.

Tento špecifický druh činností kladie však isté nároky na podmienky, v ktorých sa môže uskutočňovať. Stručne sa v nich zmienime (opierajú sa o už citovaných autorov).

Predovšetkým je to výber a príprava koňa. Tu sa berie do úvahy jeho exteriér (výška, šírka chrbta, dĺžka krku), vlastnosti (pokojný, ovládateľný, ochotný pracovať). Má byť zdravý, pokojný a zacvičený. Pre potreby detí sa osvedčil kôň malého veku, tzv. huculský. Materiálne podmienky pre hipoterapiu tvorí cvičný priestor (uzavretý alebo otvorený) podľa potreby s rampou, plošinou, zábradlím a tiež postroj koňa. Personálne podmienky pre hipoterapiu tvoria pracovníci, ktorí vykonávajú isté profesionálne úkony: lekár – určuje individuálne cvičebné programy, hipológ alebo jazdecký inštruktor – vedie koňa, zodpovedá za bezpečnosť jazdy, rehabilitačný pracovník (kinezioterapeut) – usmerňuje cvičebný program jazdca, psychológ (alebo psychoterapeut), a špeciálny pedagóg – spolupracujú podľa toho, aký druh hipoterapie sa uskutočňuje.

Niektoré zariadenia môžu spĺňať náročné požiadavky, spojené aj s ustajnením a s opaterou koňa. V opačnom prípade treba jednotlivcov na hipoterapiu privádzať do stredísk, kde sa venujú tejto činnosti. Tam sú aj možnosti využívať na hipoterapiu viaceré kone.

Aktivistov, ktorí sa venujú hipoterapii združuje u nás Slovenská hipoterapeutická asociácia. Je členom medzinárodnej organizácie FRDI (Federation of Riding for the Disabled International).

Ergoterapia (z gr. ergon - dielo) využíva ako terapeutický prostriedok prácu, alebo nejakú inú zmysluplnú činnosť. Týmto názvom sa nahrádzajú jeho staršie názvy v podobách pracovná terapia, liečba prácou alebo terapia zamestnaním, činnosťná terapia, s ktorými sa možno stretnúť v literárnych prameňoch s tematikou liečebnej rehabilitácie.

Počiatky ergoterapie možno hľadať na pôde psychiatrie. Postupne prenikla do liečby viacerých chorôb a so zreteľom na ne sa vytvárali jej špecifické obsahy. J. Nawrot (1973), ktorý sa problematike ergoterapie venoval v druhej polovici 20. storočia, konštatoval, že ťažko určiť pozíciu tejto terapie medzi vednými disciplínami. A to z toho dôvodu, že z jednej strany do nej zasahujú niektoré medicínske vedy a z druhej strany psychológia a pedagogika a k tomu ešte prístupujú poznatky z remesiel alebo umenia.

J. Jelínková, M. Krivošíková a L. Šajtarová (2009, s. 13) poukazujú na to, že nie je jednoduché formulovať jednotnú definíciu ergoterapie a konfrontujú tri verzie tejto definície:

- Podľa Českej asociácie ergoterapeutov (z roku 2008) sa ergoterapia chápe ako „profesia, ktorá prostredníctvom zmysluplného zamestnávania usiluje o zachovanie a využívanie schopností jedinca, potrebných pre zvládanie bežných denných, pracovných, záujmových a rekreačných činností u osôb akéhokoľvek veku s rôznym typom postihnutia“.
- Podľa slovenskej federácie ergoterapeutov (z roku 2004) je ergoterapia „profesiou, ktorá sa zameriava na podporu zdravia a celkovej pohody jedinca prostredníctvom zamestnávania.“
- Podľa Rady ergoterapeutov európskych krajín (z roku 2000) je ergoterapia „liečba osôb s telesným a duševným onemocnením alebo disabilitou, pri ktorej sa používajú špecificky zvolené činnosti s cieľom umožniť osobám dosiahnuť maximálnu funkčnú úroveň a nezávislosť vo všetkých aspektoch života.“

V ergoterapeutickej praxi je východiskom cieľ, ktorý sa sleduje. Podľa neho J. Pfeiffer (1990) rozdeľuje ergoterapiu na 4 oblasti:

- Ergoterapia kondičná je zameraná na udržiavanie optimálneho psychického stavu pri súčasnej pohybovej aktivácii jednotlivca a obsahuje rozličné činnosti, ako sú ručné práce, kultúrne činnosti, hry a podobne.
- Ergoterapia cielená na postihnutú oblasť (alebo funkčná ergoterapia), ktorá zlepšuje pohybové alebo psychické funkcie a v ktorej sa podľa potreby využívajú aj prístroje, nástroje a pomôcky umožňujúce vykonávať isté pohyby.
- Ergoterapia zameraná na pracovné začlenenie je významná pre jednotlivca, ktorý v dôsledku zmeny v zdravotnom stave bude musieť zmeniť, alebo podstatne prispôbiť svoje zamestnanie a v ergoterapii sa môže overiť jeho pracovný potenciál, jeho možnosti.
- Ergoterapia zameraná na prípravu k sebestačnosti, ktorá obsahuje výcvik v bežných denných činnostiach – v sebaobsluže a v domácich prácach (využívajú sa aj technické a kompenzačné pomôcky alebo upravené predmety dennej potreby) a taktiež v používaní dopravných prostriedkov.

Vo vzťahu k jednotlivcom s pohybovými poruchami si zaslúži osobitnú pozornosť cielená, funkčná ergoterapia. Tu poznamenávame, že zakladateľ ústavu pre telesne postihnutých v Prahe Rudolf Jedlička, zaviedol do ústavnej starostlivosti aj liečbu prácou. K tomu prispela skutočnosť, že do ústavu sa dostávali aj vojnoví invalidi z 1. svetovej vojny, ktorým bolo treba poskytnúť potrebnú liečbu a súčasne brať na zreteľ aj ich obmedzenia v pracovných schopnostiach. V procese liečby prácou sa získavali cenné poznatky o možnostiach rozvíjania pracovných zručností pri telesnom postihnutí.

Ergoterapia cielená na zlepšenie funkcií pohybových orgánov sa vykonáva na základe ergodiagnostiky, ktorou sa získava obraz o stave postihnutia a možnostiach jeho nápravy. Z toho sa vychádza pri zostavení programu výcviku.

D. Studená a K. Lordová (in A. Gúth a kol., 2005) uvádzajú ako ergoterapeutické ciele pri poruchách pohybového aparátu zvýšiť svalovú silu a rozsah kĺbovej pohyblivosti, zabrániť vzniku deformít, zlepšiť neuromuskulárnu koordináciu a sebestačnosť. Osobitnú pozornosť venujú postihnutiam horných končatín, a výberu vhodných činností pri istých

poruchách ich funkcií – pri poruche funkcie plecového kĺbu a pletenca, funkcie lakt'a a predlaktia, funkcie ruky.

Ak máme na zreteli narušenú spôsobilosť telesne postihnutého jednotlivca vykonávať pracovné pohyby, musíme vyzdvihnúť prínos ergoterapie pre výcvik základných pohybov prstov, palca, zápästia, predlaktia a paže (flexia, extenzia, addukcia, abdukcia, rotácia, opozícia palca). Ergoterapia významne prispieva aj k osvojovaniu si zručností používať proteticko-ortopedické pomôcky.

Činnosti v rámci ergoterapie vo všetkých jej oblastiach majú pozitívny obraz aj v psychike rehabilitovaného jednotlivca. Rozvíjajú sa pri nich kognitívne funkcie, vôľové vlastnosti, vyvolávajú sa kladné emocionálne stavy, posilňuje sa sebadôvera, aktivita a optimálny vzťah k životu.

Obsah ergoterapie tvorí široká paleta prác z oblasti neživej prírody (práce s rozličnými materiálmi) aj z oblasti živej prírody (pestovateľské, prípadne chovateľské práce). Pri ich výbere pre konkrétny ergoterapeutický program sú na zreteli úlohy rozvíjania pohybových zručností, pre plnenie ktorých je istá činnosť vhodná a súčasne aj činiteľ zaujímavosti, príťažlivosti zamestnávania, či jeho efekt v podobe užitočného alebo pekného výrobku, či výtvoru.

Druh činnosti v ergoterapii, ich trvanie a frekvenciu určuje lekár a vedie ich vyškolený rehabilitačný pracovník - ergoterapeut. Spolupracujú aj iní než zdravotnícki pracovníci, napríklad odborníci z umeleckej oblasti, z oblasti remesiel, záhradníctva a pod. Ergoterapia sa vykonáva v dielňach alebo v iných prispôbených priestoroch, v záhrade, skleníku alebo aj priamo v izbách pacientov. S tým súvisia aj isté nároky na priestorové a materiálne vybavenie. Ergoterapia je zavedená v zdravotníckych zariadeniach (najmä v rehabilitačných ústavoch) a tiež v zariadeniach pre sociálne služby.

3.5 Sociálna rehabilitácia

Cieľom sociálnej rehabilitácie je uspôsobiť telesne postihnutého, chorého a zdravotne oslabeného jednotlivca pre vytváranie a udržiavanie pozitívnych vzťahov medzi ním a spoločnosťou, pripraviť ho pre život v spoločenskom prostredí, ktoré tvoria rodina a rozličné menšie i väčšie zoskupenia ľudí.

Obsah sociálnej rehabilitácie tvorí súbor opatrení, intervencií, ktoré sa využívajú na dosiahnutie uvedeného všeobecného cieľa sociálnej rehabilitácie, ktorý sa realizuje v celom rade čiastkových, konkrétnych cieľov.

Sociálna rehabilitácia sa obsahovo odlišuje od socializácie, ktorá má všeobecný charakter:

- Vzťahuje sa na každého jednotlivca, od narodenia postupne vrastajúceho do spoločnosti, ktorý sa stáva sociálnou bytosťou.
- Získava sociálne skúsenosti, osvojuje si isté sociálne normy, vytvára si medzilidské vzťahy a po celý život je v istých spoločenských vzťahoch.

Proces socializácie však môžu komplikovať činitele súvisiace so zdravotným postihnutím rôzneho charakteru. Tie jednotlivca v rôznej miere znevýhodňujú, prekážajú v jeho sociálnom vývine, v participácii v živote spoločnosti a vyvolávajú tak potrebu tých opatrení, ktoré sú náplňou sociálnej rehabilitácie.

Sociálnorehabilitačné opatrenia majú dvojité smerovanie:

- tie, ktorými sa pôsobí na postihnutého jednotlivca,
- tie, ktorými sa pôsobí na spoločnosť aby vytvárala vhodné podmienky pre život postihnutého jednotlivca.

Pri oboch smerovaniach sa sociálnorehabilitačné pôsobenie diferencuje podľa pozície jednotlivca v spoločnosti so zreteľom na jeho vek – možno tak hovoriť o sociálnej rehabilitácii detí a mládeže a o sociálnej rehabilitácii dospelých.

Deti a mládež sú v etape prípravy na ich budúce spoločenské začlenenie v dospelosti a sociálnorehabilitačné postupy sa u nich prelínajú s výchovnorehabilitačnými.

Staršie literárne pramene- J. Chlup (1923), A. Bartoš (1926a), Pamätnica (1945) ukazujú, že sociálna dimenzia ústavnej starostlivosti o telesne postihnuté deti a mládež, tak v Českých krajinách ako aj na Slovensku bola výrazná už od začiatku tejto starostlivosti.

Bolo to dané aj tým, že do ústavu sa prijímali najmä tie deti, ktoré boli zo sociálne slabých rodín, siroty a polosiroty, často sociálne izolované a ich sociálny vývin by bol ohrozený, ak by ostali v pôvodnom prostredí.

Na zreteli bola aj úloha prípravy detí v ústave pre praktický život, čo si vyžadovalo prekonávanie stavu uzavretosti ústavu od širšieho prostredia. O týchto snahách svedčia práce A. Bartoša, ktorý ukazuje, ako sa v podmienkach Jedličkovho ústavu v Prahe systematicky venovala pozornosť príprave detí pre občiansky život prostredníctvom bohatej činnosti organizovanej samosprávou (1926 b) a tiež podáva obraz o tom, ako v rámci putovnej školy zverenci ústavu dostávali príležitosti nielen poznávať širšie

prírodné i spoločenské prostredie, ale v ňom aj vykonávať rozličné praktické úlohy (1931).

Pri sociálnej rehabilitácii detí a mládeže sa vychádza zo skutočnosti, v akom prostredí daný jednotlivec vyrastá. Môže to byť rodinné prostredie, v ktorom sa vytvárajú vzťahy s členmi rodiny, i prostredie špeciálnej inštitúcie, do ktorej sa jednotlivci umiestňujú s ohľadom na zdravotný stav (zariadenie sociálnych služieb alebo zdravotnícke zariadenie), kde sa vytvárajú ich vzájomné vzťahy a ich vzťahy k pracovníkom danej inštitúcie. Tu môžu byť situácie, že dieťa žije v rodine, že dieťa žije striedavo v rodine i v špeciálnej inštitúcii (s kratším, či dlhším pobytom) alebo žije výlučne len v špeciálnej inštitúcii, ktorá (pri absentujúcej rodinnej výchove) plní úlohu náhradnej výchovy.

Významným činiteľom v sociálnom vývine dieťaťa je aj školské prostredie. V ňom sa vytvárajú vzťahy zdravotne postihnutého jednotlivca s vyučujúcimi a so spolužiakmi – zdravými, ak sa vzdeláva v bežnej škole alebo so spolužiakmi s podobnými zdravotnými problémami ak ide o špeciálnu školu.

Zdravotne postihnutí jednotlivci žijúci v prirodzenom prostredí vstupujú aj do sociálnych vzťahov v skupinách v rámci organizovaných voľnočasových aktivít, ale aj v neformálnych skupinách, ktoré vznikajú v širšom prostredí (tie majú vzrastajúci význam v období adolescencie).

V každom prostredí získava jednotlivec mnoho sociálnych skúseností, vníma postoje iných osôb k nemu, ktoré môžu byť pozitívne aj negatívne., môže byť prijímaný aj odmietnutý. S postupným vekom jednotlivca sa rozširujú aj príležitosti jeho kontaktu s inými osobami, príležitosti pre sociálne spolužitie, v ktorom zastáva rôzne pozície.

V nadväznosti na uvedené je pri telesnom postihnutí alebo chorobe dôležitá otázka dlhšej izolácie jednotlivca od jeho prirodzeného prostredia. Telesne postihnutý jednotlivec (ako v minulosti aj dnes) môže byť umiestnený v ústavnom zariadení aj po viac rokov (prípadne od predškolského veku až po dospelosť). Tu sa prispôsobuje prostrediu seberovných, istému životného režimu a môže nastať situácia, že po opustení tohto zariadenia bude mať ťažkosti začleniť sa do života v bežnom prostredí, najmä ak sa nemôže opierať o rodinu.

Z toho plynie požiadavka – že ak už je dlhodobý pobyt dôvodný – treba vytvárať podmienky na udržiavanie pravidelného kontaktu s rodinou, so širším prostredím – akciami nielen vo forme hromadných návštev istých miest a podujatí ale aj s plnením konkrétnych úloh.

Aj u dlhodobo chorých detí, pri dlhších a častých hospitalizáciách, môže nastať situácia, že sa natoľko adaptujú na ochranné prostredie zdravotníckeho zariadenia, že sa v ňom cítia lepšie ako v bežnom prostredí a majú tendencie (a potom aj v dospelosti), využívať vhodné príležitosti na to, aby mohli byť hospitalizovaní, resp. prejavujú nevôľu opustiť zdravotnícke zariadenie.

V etape prípravy detí a mládeže na ich spoločenské začlenenie v dospelom veku sú výrazné tieto úlohy sociálnej rehabilitácie, úzko spojené s úlohami výchovnej rehabilitácie:

- Dosiahnutie čo najväčšej samostatnosti, nezávislosti jednotlivca od pomoci iných osôb (pri úkonoch sebaobsluhy, domácich prácach, pri používaní dopravných prostriedkov, nakupovaní a i.),
- Ovládanie prostriedkov dorozumievania (hovorená a písaná reč, technické komunikačné prostriedky),
- Ovládanie foriem náležitého spoločenského vystupovania a ich používanie v kontaktoch s inými osobami v rozmanitých spoločenských situáciách,
- Rozvíjanie individuálnych záujmov, ktoré by mohli napomáhať k nadväzovaniu a udržiavaniu kontaktov s inými osobami, k utváraniu priateľstiev na báze spoločných záujmov.

Špecifickou oblasťou v rehabilitácii telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených je ich príprava na rodinný život. V nej participuje popri liečebnej a výchovnej rehabilitácii aj sociálna rehabilitácia – najmä pri otázkach spolunažívania, vedenia domácnosti, hospodárenia a starostlivosti o deti.

Dospelí predstavujú diferencovanú kategóriu postihnutých z hľadiska veku v ktorom vznikol stav postihnutia. Ak sa jednotlivec vyvíjal ako postihnutý od narodenia či útleho veku, resp. od detstva a bol ako taký rehabilitovaný, je dôležité, aké výsledky mala jeho rehabilitácia do obdobia, keď vstupoval do života dospelých, ako bol pripravený na spoločenské zapojenie.

Pri jednotlivcoch s neskoršie získaným postihnutím sa vychádza zo skutočnosti, aké zmeny nastali v ich životnej situácii. Najmä ak už zastávali v spoločnosti isté miesto, mali svoje povolanie (alebo sa naň pripravovali), vybudovali si istú záujmovú oblasť, vytvorili si priateľstvá, alebo si založili vlastnú rodinu. V sociálnej rehabilitácii treba zohľadniť nakoľko sú v využiteľné už získané skúsenosti, poznatky, zručnosti, či jednotlivec môže napredovať ďalej, alebo potrebuje presmerovanie.

Zmeny v zdravotnom stave jednotlivca môžu vyvolať aj rad zmien v jeho živote:

- zmena v pracovnej schopnosti,
- zmena v rodinnom živote (závislosť od iných členov rodiny, či rozpad manželského zväzku),
- zmena životného režimu a záujmov,
- zmena v medziľudských vzťahoch (uvoľňovanie intímnych a priateľských vzťahov).

Problémy súvisiace so zmenami v životnej situácii jednotlivca so vyžadujú profesionálne prístupy v spolupráci s jeho blízkymi osobami, či spolupracovníkmi. V sociálnej rehabilitácii dospelých má byť na zreteli ich individuálna situácia tak z objektívneho hľadiska (aký je reálny stav postihnutia a jeho dôsledky) ako aj zo subjektívneho hľadiska (ako svoj stav prežíva, ako sa s ním vyrovnáva, či je aktívny, či spolupracuje).

Úlohou vyspelej spoločnosti je vytvárať pre zdravotne postihnutých podmienky pre spoločenské zapojenie primerané ich možnostiam. Jednou zo základných podmienok je bezbariérové prostredie tak z hľadiska materiálneho ako aj sociálneho.

Bariéry (prekážky) **materiálneho** charakteru môžu byť:

- architektonické (prekážajú v bývaní, v prístupe k budovám a v pohybe v nich),
- dopravné (prekážajú v pohybe po komunikáciách, chodníkoch, a v používaní dopravných prostriedkov).

Požiadavky bezbariérovosti by sa mali rešpektovať už pri projektovaní stavieb či konštruovaní dopravných prostriedkov, resp. jestvujúce bariéry odstraňovať.

Bariéry **sociálneho charakteru** predstavujú ťažkosti, ktoré postihnutý jednotlivec vníma pri kontakte s inými osobami alebo skupinami osôb či spoločenskými útvarmi alebo inštitúciami. Sú to prejavy nedôvery, ignorácie, odmietania, podceňovania alebo výsmechu.

Pri zamedzovaní takýchto bariér je významná osvetová činnosť, v rámci ktorej s využitím masmediálnych prostriedkov (tlač, rozhlas, televízia, internet) možno verejnosť vhodne zoznamovať s problematikou zdravotne postihnutých. Mal by tu byť v popredí zámer predstavovať ich ako produktívnych členov v spoločnosti, ktorí potrebujú podporu pri ich

socializácii a nie iba ako tých, čo sú len prijímateľmi finančnej alebo materiálnej pomoci.

Základnou podmienkou pre spoločenské zapojenie a primeranú podporu zdravotne postihnutých je aj legislatíva, ktorou sa zabezpečujú práva tejto časti populácie v jednotlivých oblastiach života spoločnosti. V sociálnej oblasti je to zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ktorým sa právne zakotvuje vzťah spoločnosti k zdravotne postihnutým. Sociálne služby v zmysle tohto zákona sa poskytujú vo viacerých formách: ambulantnou, terénnou, pobytovou, prípadne inou (s použitím telekomunikačných technológií) a v rôznom rozsahu či už z obsahového alebo časového hľadiska. Služby sú určené osobám, ktoré sa nachádzajú v nepriaznivej sociálnej situácii (sú ohrozené sociálnym vylúčením, alebo majú obmedzenú schopnosť spoločensky sa začleniť a samostatne riešiť svoje problémy). Ako také sú chápané aj osoby s ťažkým zdravotným postihnutím alebo s nepriaznivým zdravotným stavom.

Pri ťažkom zdravotnom postihnutí, pri znížení pohybovej schopnosti (obmedzenie samostatného premiestňovania) má občan nárok na prepravnú službu, opatrovateľskú službu, na starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb ako aj na príspevky na zaobstaranie alebo opravu pomôcky, kúpu motorového vozidla a na prepravu, na úpravu bytu alebo rodinného domu.

Ťažko zdravotne postihnutá osoba má nárok aj na službu osobného asistenta, ktorý jej pomáha pri tých činnostiach bežného života, ktoré nie je spôsobilá vykonávať sama. Práca osobného asistenta nie je totožná s opatrovateľstvom ani s domácim ošetrovaním.

U jednotlivca, ktorý už dosiahol vek dospelosti je aktuálnou okrem otázky jeho pracovného uplatnenia (primárne patrí do oblasti pracovnej rehabilitácie) aj otázka jeho bývania. Jej riešenie predstavujú možnosti:

- Žiť v rodine (pôvodnej alebo znovuzaloženej) a využívať v menšej, či väčšej miere niektoré formy sociálnej pomoci).
- Žiť v rodine a súčasne navštevovať špeciálne zariadenie denného typu, kde sa môže zapájať do vhodných aktivít (táto možnosť je vhodná pre ťažšie postihnutých, ktorí sa nemôžu začleniť do pracovného procesu.
- Žiť samostatne, prípadne v bezbariérovom byte a podľa potreby využívať isté formy sociálnej pomoci.
- Žiť v komunite zdravotne postihnutých, v špeciálnom zariadení s komplexnou starostlivosťou.

Z dôvodu zdravotného postihnutia môže byť občan uznaný za invalidného (podľa zákona č. 461/2003 Z.z o sociálnom poistení) a dostávať invalidný dôchodok v závislosti od miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť .

Významné sú také formy pomoci spoločnosti, ktoré prispievajú k tomu, aby sa zdravotne postihnutému jednotlivcovi uľahčilo zabezpečovať si živobytie aj vlastným pričinením, ak je to možné.

Osobnostný vývin jednotlivca sa ohrozuje, ak sám seba začne pokladať len za užívateľa invalidného dôchodku a rôznych podpôr. Vzniká tu problém prípadov s tendenciou prijímať maximum pomoci, služieb od spoločnosti, ale neusilovať sa o spoločenskú užitočnosť ani v rámci jestvujúcich možností. Tu sa žiada poukázať na (už nie iba historický, ale aj súčasný) zjav rôznych foriem žobrania zdravotne postihnutých. V tejto súvislosti pokladáme za dôležité uvážiť spôsoby, akými sa uskutočňujú a podporujú aj rozličné dobročinné akcie.

K. Repková (1998) rozlišuje sociálnu starostlivosť, v ktorej sa odráža skutočnosť závislosti, odkázanosti občana a sociálnu pomoc, keď sa ráta aj s individuálnou aktivitou a zodpovednosťou občana. Jestvuje aj medzinárodné hnutie pre nezávislý život, ktoré žiada, aby si osoby so zdravotným postihnutím prehodnotili svoj vzťah k životu, k vlastnej zodpovednosti k povinnostiam a k možnostiam ovplyvnenia svojho života.

J. Levická (in A. Gúth a kol. 2005) uvádza aj výraz sociálna opora. Tá predstavuje pomoc, podporu, ktorú jednotlivcovi poskytujú iní aktéri. Môže ísť o emočnú (založenú na empatii), informačnú alebo inštrumentálnu - vecnú oporu. Autorka spája sociálnu oporu s dobrovoľným, neziskovým poskytovaním.

Vzťahy sociálnej rehabilitácie v určitej miere plnia aj odborníci reprezentujúci ostatné zložky komplexnej rehabilitačnej starostlivosti, ale aktivity, vlastné sociálnej rehabilitácii si vyžadujú profesionálnu intervenciu **sociálneho pracovníka**. Jeho úlohou je odhaľovať, hodnotiť a riešiť sociálne problémy aj u zdravotne postihnutých. Jednotlivými aspektami činnosti sociálneho pracovníka sa zaoberá K. Repková (1998), ktorá pozerá na sociálnych pracovníkov zameraných na sociálnu prácu so zdravotne postihnutými ako na sprievodcov pri ich ceste k začleneniu sa do spoločnosti. Mali by zdravotne postihnutých viesť k zvyšovaniu ich nezávislosti, sebaúcty, ich zodpovednosti a viery vo vlastné istoty a reálne možnosti v dosahovaní zmien v živote.

Sociálny pracovník realizuje svoju funkciu jednak vo vzťahu k zdravotne postihnutej osobe alebo k skupine takýchto osôb, vo vzťahu k rodine a k osobám z blízkeho prostredia a jednak vo vzťahu k rozličným spoločenským útvarom (orgány štátnej správy a samosprávy, pracovné a humanitné organizácie) a k špeciálnym zariadeniam v ktorých sa zdravotne postihnutí umiestňujú. Spolupracuje pritom s predstaviteľmi iných pomáhajúcich profesií.

Rôzne negatívne vplyvy na jednotlivca so zdravotným postihnutím sa môžu prejavíť v jeho spoločenskej neprispôsobenosti, v deviantom správaní aj v spojení s alkoholizmom a inými toxikomániami, čo môže vyústiť aj do trestných činov. Potrebné resocializačné opatrenia tu musia vychádzať z analýzy situácie jednotlivca so zreteľom na príčinné činitele. Riešenie takýchto prípadov si môže vyžadovať aj **kurátorskú pomoc**.

3.6 Pracovná rehabilitácia

Pracovná rehabilitácia je tou zložkou komplexnej rehabilitačnej starostlivosti, ktorej úlohou je na základe individuálnych schopností u jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením realizovať nácvik pracovných zručností a návykov s cieľom čo najoptimálnejšej profesijnej voľby, profesijnej prípravy a začlenenia a napokon na udržania si čo najvhodnejšej pracovnej pozície v rámci pracovného trhu.

E. Kollárová (2004, 2007) chápe pracovnú rehabilitáciu v širšom význame ako súvislú starostlivosť, ktorá sa poskytuje jednotlivcovi s postihnutím s cieľom uspôsobiť ho na vykonávanie vhodnej pracovnej činnosti. Nastupuje v období, keď sa uvažuje o budúcom pracovnom začlenení jednotlivca, ktorý ešte nebol pracovne začlenený, alebo keď sa v dôsledku úrazu či choroby zmenila pracovná schopnosť jednotlivca dospelého, ktorý už do pracovného procesu bol zaradený.

Jankovský (2006) uvádza, že cieľom pracovnej rehabilitácie u jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením je v prvom rade umožniť ich návrat do pôvodnej profesie, uplatniť sa na trhu práce, v prípade znemožnenia návratu umožniť rekvalifikáciu, a uspokojiť tak ich základnú životnú potrebu aktivity, aby nedochádzalo k ich frustrácii. Pracovnú rehabilitáciu v ponímaní Jankovského môžeme chápať vo vzťahu k cieľovej skupine v užšom význame.

3.6.1 Fázy pracovnej rehabilitácie

Pracovná rehabilitácia má niekoľko dôležitých fáz, ktoré sa navzájom dopĺňajú a prelínajú

1. pracovné poradenstvo
2. predprofesijná orientácia
3. príprava na povolanie
4. začlenenie sa do pracovného procesu a vytváranie pracovných príležitostí
5. udržanie sa na trhu práce

V praxi sa často nie vhodným spôsobom zamieňajú pojmy pracovná rehabilitácia a pracovná terapia. V podkapitole sme vysvetli pojmy pracovná terapia respektíve ergoterapia. Z definície týchto pojmov vyplýva, že ide o súčasť liečebnej rehabilitácie.

3.6.1.1 Pracovné poradenstvo

Poradenstvo je špecifická forma pomoci s cieľom vysporiadania sa s danými problémami rôzneho charakteru pre občanov so zdravotným postihnutím; má dôležitú úlohu v rôznych fázach a obdobiach ich života. Poradenstvo v oblasti práce sa zameriava na zmierňovanie a prekonávanie problémov spôsobených zdravotným postihnutím. Pracovné poradenstvo má významné miesto v pracovnej rehabilitácii. Prelína sa všetkými jej zložkami a v každej plní istú špecifickú úlohu. Vo fáze predprofesijnej orientácie a prípravy plní úlohy poradenstva inštitúcia – škola, prostredníctvom výchovného poradcu. Výchovný poradca vo vzťahu k jednotlivcovi so zdravotným postihnutím podáva primárne informácie o povolaniach prístupných na trhu práce so zreteľom na druh a stupeň postihnutia a takisto aj na ich vedomostné a fyzické predpoklady.

Vo fáze voľby povolania a prípravy na povolanie zohráva pracovné poradenstvo jednu z najdôležitejších úloh. Na základe tímovej práce viacerých odborníkov ako sú: dorastový lekár, psychológ, špeciálny pedagóg, sociálny pracovník alebo iní odborníci, ktorí môžu prispieť k úspešnému výberu a príprave na povolanie.

Vo fáze začleňovania do zamestnania úloha poradenstva spočíva v tom, že sa dávajú do vzťahu možnosti a schopnosti jednotlivca s požiadavkami konkrétneho zamestnávateľa. V tejto fáze má poradenstvo dvojakú úlohu. Vo vzťahu k uchádzačovi o zamestnanie radí, odporúča, pripravuje ho na vstup do pracovného procesu. Vo vzťahu k zamestnávateľovi – pripravuje zamestnávateľa na vstup pracovníka s postihnutím. Odporúča napríklad

úpravu pracovného miesta a vytvorenie ďalších vhodných podmienok na prácu, napríklad zabezpečenie pracovného asistenta.

Vo fáze udržania sa na trhu práce ide opäť o dvojakú funkciu poradenstva. t.j. pomoc občanovi so zdravotným postihnutím prekonávať vzniknuté problémy a plniť požiadavky zamestnávateľa. Na druhej strane vo vzťahu k zamestnávateľovi, dohliadať na plnenie pracovných podmienok, ktoré vytvára zamestnávateľ smerom k zdravotne postihnutému občanovi.

Poradenstvo pre jednotlivcov so zdravotným postihnutím poskytujú:

- centrá špeciálno-pedagogického poradenstva,
- poradenské informačné centrá so zdravotným postihnutím pri úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny SR,
- centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie pri Inštitúte pracovnej rehabilitácie občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou.

Poradenstvo pre jednotlivcov s rôznym druhom a stupňom telesného postihnutia, choroby a zdravotného oslabenia pri orientácii na trhu práce poskytujú aj rôzne organizácie, združenia, nadácie, napr. Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR, ktorá je občianskym združením organizácií tvorených občanmi rôznych druhov zdravotného postihnutia. Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR združuje vyše 20. členských organizácií (napr. Zväz telesne postihnutých a ďalšie).

Odborné poradenské služby zamerané na podporu a pomoc pri získaní pracovného miesta poskytujú aj agentúry podporovaného zamestnávania, ktorých činnosť bude opísaná v samostatnej podkapitole.

Centrá špeciálno-pedagogického poradenstva

Poskytujú komplexnú špeciálnopedagogickú starostlivosť a pomáhajú pri integrácii jednotlivcov so zdravotným postihnutím najmä pri predprofesijnej príprave.

Poradenské informačné centrá pre jednotlivcov so zdravotným postihnutím pri úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny

Poradenstvo pre občanov so zdravotným postihnutím na Slovensku vykonávajú aj poradenské informačné centrá, ktoré pôsobia pri úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny. Plnia úlohu pri podpore zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím. Poskytujú cieleňú odbornú poradenskú podporu a pomoc občanom so zdravotným postihnutím, ktorí hľadajú zamestnanie.

Hlavným cieľom je pomôcť občanom so ZP pri hľadaní práce a to odborne - poradenskou činnosťou, kde na základe podrobnej analýzy im odporučia vhodný druh pracovnej činnosti vzhľadom k svojmu postihnutiu. Podľa zisteného zostatkového pracovného potenciálu je umožnené im doplniť a rozšíriť svoje zručnosti, ktoré podpora ich umiestnenie na trhu práce ako aj k udržaniu pracovného miesta.

Zoznam centier je zverejnený na webovom sídle Ústredia práce a sociálnych vecí a rodiny, ktorý je orgánom štátnej správy, zabezpečujúcim výkon štátnej správy v oblastiach sociálnych vecí a služieb zamestnanosti. Tieto centrá poskytujú svoje služby predovšetkým občanom so zdravotným postihnutím, ktorí chcú, môžu pracovať a hľadajú si zamestnanie, rovnako ako zamestnávateľom, ktorí chcú a môžu zamestnať občana so zdravotným postihnutím.

Väčšina klientov sú evidovaní nezamestnaní občania so zdravotným postihnutím z Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny a môžeme ich rozdeliť do 4 okruhov:

- občania po úrazoch či chorobách z povolania alebo občania s pracovnými a funkčnými poruchami v dôsledku čoho sa znížila ich možnosť pracovného uplatnenia v pôvodnom zamestnaní,
- nezamestnaní občania, ktorí sú evidovaní na úradoch práce a v dôsledku svojho postihu majú minimálnu možnosť uplatnenia sa na trhu práce,
- nezamestnaní občania so ZP majúci značne obmedzený prístup na trh práce,
- zamestnávateľa, ktorí chcú zamestnať občanov so ZP.

Poradenské informačné centrá pre občanov so zdravotným postihnutím poskytujú:

- sociálno-psychologickú a poradenskú podporu klienta počas vzdelávania a počas zamestnania,
- sprostredkovanie a realizáciu špecifických služieb podporujúcich zručnosti klienta pre získanie zamestnania a udržanie sa v ňom (napr. profesijná orientácia s využitím špeciálnych pomôcok podľa druhu postihnutia, sociálno-psychologický výcvik, rozvoj sociálnych zručností klientov),
- zhodnotenie pracovného potenciálu pre prácu,

- poskytovanie informácií o trhu práce, charakteristike povolání, o možnostiach vzdelávania a prípravy pre trh práce, sprostredkovanie kontaktov na relevantné inštitúcie a zamestnávateľov,
- spoluprácu a podporu občana pri jeho adaptácii na nové pracovné miesto a sociálne prostredie,
- individuálne a skupinové poradenstvo, podporu a poradenstvo počas zacvičovania a pracovnej praxe,
- analýzu pracovného miesta a pracovnej činnosti,
- realizáciu malých skupinových aktivít podporujúcich zamestnanie, poskytovanie sociálno-psychologickej podpory, profesijná orientácia, rozvoj sociálnych zručností klientov,
- sprostredkovanie pracovných pomôcok určených na kompenzáciu zdravotného postihnutia,
- spoluprácu so subjektmi, v ktorých starostlivosti sú občania so zdravotným postihnutím v príslušnom regióne (V. Záhorcová, 2003).

Poradenské informačné centrá pre občanov so zdravotným postihnutím poskytujú pre zamestnávateľov, ktorí vytvárajú pracovné miesta pre občanov so zdravotným postihnutím, výber zamestnanca na pracovné miesto podľa požiadaviek zamestnávateľa, poskytujú im poradenstvo pri výbere vhodných kompenzačných pomôcok, poradenstvo pri úprave pracovného miesta, návrhy opatrení na udržanie zamestnanca so zdravotným postihnutím v pracovnom pomere a poskytujú spoluprácu v oblasti zamestnávania.

Centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie pri Inštitúte pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zdravotným postihnutím

Centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie pri Inštitúte pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zdravotným postihnutím poskytuje pre žiakov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením poradenstvo v predprofesijnej príprave a profesijnej orientácii a profesijnej príprave (Bližšia charakteristika tohto pracoviska je uvedená v podkapitole 4.4.2).

3.6.1.2 Predprofesijná príprava a profesijná orientácia

Predprofesijná príprava žiakov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením prebieha ako ucelený proces, v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu v základných školách. Je implementovaná do vzdelávacej oblasti „Človek a svet práce“, v rámci ktorej si žiak buduje svoj vzťah k práci a rôznym povolaniam, skúma svoje možnosti a objavuje svoje schopnosti, ktoré ďalej dokáže plnohodnotne využiť v oblasti práce.

Postupne s vekom sa viac zohľadňujú zdravotné obmedzenia jednotlivca a primerane sa oboznamuje aj o možnostiach profesijného uplatnenia. Jeho predpoklady na prácu sa majú čo najviac približovať reálnym možnostiam vyplývajúcim z druhu a stupňa postihnutia.

Proces profesijnej orientácie neprebíha jednostranne – zo strany učiteľa, či výchovného poradcu smerom k žiakovi, v ňom ide o interakciu medzi jednotlivými subjektmi spomínaného procesu. Kompetentná osoba sprostredkováva žiakovi vedomosti a zručnosti, ktoré sú potrebné pri výkone jednotlivých profesií a žiak si dané vedomosti osvojuje a zvnútorňuje.

V profesijnej orientácii má dôležité miesto výchovné poradenstvo. Úlohou výchovného poradenstva podľa § 134 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov je riešenie osobnostných, vzdelávacích, profesionálnych a sociálnych potrieb detí a žiakov.

Poradenstvo k voľbe povolania poskytujú výchovní poradcovia, školskí psychológovia, centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, centrá špeciálnopedagogického poradenstva, poradenstvo pri úradoch práce, ale i iné poradenské súkromné agentúry.

V súvislosti s profesijnou orientáciou sa podľa J. Hučíka (2009) používa aj termín kariérové poradenstvo, ktoré poskytuje poradenské služby v oblasti vzdelávania a zamestnanosti. Cieľom kariérového poradenstva je pomáhať jednotlivcom rôzneho veku pri profesijnej príprave, voľbe profesijnej prípravy (povolania) a v ktorejkoľvek fáze ich profesijného života, vrátane zmeny zamestnania alebo návrat do pracovného procesu.

3.6.1.3 Príprava na povolanie – profesijná príprava

Etapa profesijnej prípravy sa väčšinou uskutočňuje na stredných na stredných odborných školách (SOŠ), obchodných akadémiách (OA) alebo na gymnáziách pre telesne postihnutých ale aj v školách s integrovanou edukáciou. Poslaním prípravy na povolanie je poskytovanie úplných poznatkov, získanie vhodných kompetencií a spôsobilostí na výkon zvoleného povolania.

Príprava na povolanie pre jednotlivcov s telesným postihnutím na jednotlivých typoch stredných škôl zabezpečuje:

- Základné odborné vzdelanie - fáza predprofesijnej prípravy alebo príprava na menej náročné činnosti.

- Stredné odborné vzdelanie - kvalifikácia na výkon konkrétneho povolania s výučným listom o ukončení vzdelávania.
- Úplné stredné odborné vzdelanie - žiak získa kvalifikovanejšie a odbornejšie poznatky pre náročnejšie povolanie, ktoré vyžaduje vyššiu úroveň vedomostí a zručností. Štúdiom ukončuje maturitnou skúškou.
- Úplné stredné všeobecné vzdelanie - touto formou štúdia žiak získa predpoklady na pokračovanie vo svojom štúdiu na vysokej škole poprípade maturitnou nadstavbou.
- Rekvalifikačné štúdium - je možnosťou telesne postihnutých, ktorí sa chcú do vzdelávať, poprípade získali telesné postihnutie následkom úrazu v neskoršom veku a výkon povolania, ktoré vykonávali dovtedy už pre nich nie je možný.

Príprava na povolanie je zameraná viacrozmerne. Primárne je zameraná na získanie pracovnej kvalifikácie tým jednotlivcom, ktorí ešte neboli súčasťou pracovného procesu a pracovného trhu a tiež je zameraná na jednotlivcov, ktorým sa v priebehu života zmenila ich pracovná schopnosť v dôsledku čoho potrebujú získať inú formu pracovnej kvalifikácie. Podľa rozsahu a náročnosti prípravy môže prebiehať:

- **Príprava na povolanie** – štúdium na strednej škole, respektíve na strednej odbornej škole.
- **Zaškolenie** – krátkodobá príprava, v prípade, že dlhodobý proces prípravy na povolanie nie je možný respektíve žiaduci.
- **Príprava na prácu** – trvá individuálne dlhý čas, jednotlivec sa potrebuje znovuadaptovať na výkon práce.

Profesijná príprava vyzdvihuje perspektívy potenciálnych poznatkov, ktoré jednotlivec nadobudol a môže ich využiť v odborných povolaniach a v praktickom živote. Jej úlohou podľa J. Hučíka (2007) je:

- Poskytovanie rozšírených všeobecno-vzdelávacích a teoreticko-odborných poznatkov.
- Osvojenie potrebných profesijných pohybov, úkonov a rôznych operácií, ktoré sú potrebné pre dosahovanie pozitívnych výsledkov pri výkone povolania.
- Osvojenie si potrebných pracovných návykov a postojov.

V profesijnej príprave telesne postihnutých žiakov sa často stretávame s nereálnosťou profesijných aspirácií. Adolescenti poznajú trendy sveta práce

a jeho možností často iba zbežne a nereálne, čo spôsobuje, že svoje možnosti a schopnosti preceňujú či naopak podceňujú.

Nereálne voľby sú po nerozhodnosti druhým najčastejšie sa vyskytujúcim problémom v oblasti profesijnej prípravy u jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením. Treba počítať s neadekvátnymi predstavami nielen jednotlivcov s telesným postihnutím ale i zo strany ich rodičov, ktorí majú skreslené predstavy o uplatnení svojich detí (D. Přinosilová, 2004). Podľa nej najčastejšími príčinami nevhodne vybraného smeru profesijnej prípravy sú:

- precenenie schopností dieťaťa zo strany jeho rodičov, či zákonných zástupcov,
- nedostatok relevantných informácií pre žiakov s postihnutím,
- žiaci s postihnutím sa rozhodujú na základe jedného faktora (záujem, preferencia zo strany rodiča..) a nie na základe komplexných poznatkov o danom povolání,
- žiaci s telesným postihnutím často nevidia kontraindikácie, ktoré v sebe zvolené povolanie prináša a kvôli ktorým je pre nich zvolené povolanie nevhodné,
- často sa stáva, že žiaci s telesným postihnutím nemajú dostatočné informácie o svojich možnostiach a o možnostiach, ktoré im trh práce ponúka a o povolaniach, ktoré sú pre nich vhodné.

Vo fáze profesijnej prípravy sa uplatňujú poradenské služby ak aktuálne zaradenie jednotlivca do prípravy na isté povolanie nie je z nejakej príčiny pre daného jednotlivca vhodné. Následne je potrebné opätovne zhodnotiť situáciu a preradiť ho na profesijnú prípravu s iným zameraním pričom treba brať do úvahy aj možnú neúspešnosť jednotlivca zo subjektívnych príčin (E. Kollárová, 2004).

Možnosti prípravy na povolanie u jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením bližšie popisujeme v kapitole 4 s názvom, sústava škôl, školských zariadení a iných špeciálnych zariadení pre jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením, kde sú uvedené aj v súčasnosti aktuálne učenie a študijné odbory, vhodné pre jednotlivcov s rôznym druhom a stupňom telesného postihnutia, choroby a zdravotného oslabenia.

3.6.1.4 Začlenenie do pracovného procesu

Začleňovanie jednotlivcov s telesným postihnutím do pracovného procesu predstavuje tretiu fázu ich pracovnej rehabilitácie. Už v jej prvej fáze- výber vhodnej profesie, je dôležité zhodnotenie zdravotných, psychických vzdelanostných predpokladov jednotlivca pre vykonávanie istých druhov prác v istých pracovných podmienkach (pracovná diagnostika) a potom v druhej fáze je dôležitá vhodná príprava na profesiu (od zaškolenia na výkon jednoduchších prác cez prípravu v niektorom učebných odborov alebo štúdium s maturitou až po vysokoškolské štúdium). Proces profesionálnej prípravy by sa mal riadne ukončiť, aby jednotlivec získal kvalifikačné predpoklady pre pracovné uplatnenie.

So samotným začlenením jednotlivca s telesným postihnutím do pracovného procesu je spojené aj posudzovanie jeho zdravotnej spôsobilosti- ako osoby so zdravotným postihnutím a tým ako znevýhodneného uchádzača o zamestnanie. To sa vykonáva v rámci lekárskej posudkovej činnosti podľa zákona č.5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti. V období prechodu jednotlivca s telesným postihnutím do pracovného prostredia sa môžu uplatniť služby pracovného poradenstva, a to pri výbere pracovného miesta a odporúčaní takých adaptačných opatrení, ktoré by tomuto jednotlivcovi uľahčovali plniť pracovné úlohy. Poradenská pomoc je pre neho významná o to viac, že vstupuje do konkurenčného pracovného trhu.

S pracovným začlenením osoby s telesným postihnutím sú spojené aj isté úlohy sociálnej rehabilitácie a intervencie sociálneho pracovníka. Okrem kvalifikačných a zdravotných predpokladov jednotlivca vstupujú do tohto procesu aj iné činitele a tie ho môžu skomplikovať. Máme tu na zreteli otázku bývania a možnosti dopravy do zamestnania v nadväznosti na to aj otázku samostatnosti, sebestačnosti jednotlivca.

Vo vzťahu k osobám s telesným postihnutím sa zákonne zabezpečuje rada opatrení zo strany spoločnosti, ktoré sú obsiahnuté v zákone č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Tieto služby sa poskytujú ambulantnou, terénnou i pohybovou formou. Osoby, u ktorých ide o zníženú spôsobilosť pohybu, často potrebujú pomoc spoločnosti pri riešení otázky podmienok bývania. Jestvujú bezbariérové byty (aj možnosť úpravy bytu) kde osoba s telesným postihnutím môže žiť aj s rodinou alebo samostatne. Ak jednotlivec nemá rodinné zázemie a nie je natoľko sebestačný, aby vedel viesť samostatný život, môže sa mu poskytovať (spoločné bývanie s inými osobami) sociálna služba v tzv. zariadení podporovaného bývania, a to v byte alebo v rodinnom dome. Špeciálnymi inštitúciami, poskytujúcimi sociálne služby odkázaným na

pomoc sú denné stacionáre, rehabilitačné strediská a domovy sociálnych služieb.

Podmienky, za akých sa osoby s telesným postihnutím - ako občania so zdravotným postihnutím, resp. občania zo zmenenou pracovnou schopnosťou môžu pracovne uplatňovať, sa podrobnejšie uvádzajú v zákone č. 11/2001 Z.z. Zákonník práce a v zákone č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti.

Okrem zmeny pracovnej schopnosti, dosiahnutej v kvalifikácii a sociálnej situácii jednotlivca, pokladáme za významného činiteľa v jeho pracovnom živote aj snahu o sebarealizáciu v oblasti práce. Možnosti pracovného uplatnenia osôb s telesným postihnutím sú rozmanité tak z hľadiska náročnosti na zdravotné a vzdelanostné predpoklady, ako aj z hľadiska variácií podmienok v ktorých sa dajú pracovné činnosti vykonávať a z hľadiska potreby pomoci pri ich vykonávaní. Tu uvádzame stručný prehľad možností zamestnania podľa toho, kde sa môže realizovať:

Zamestnanie na bežnom pracovisku. Je to zamestnanie bez špecifických opatrení alebo s minimálnymi úpravami, umožňujúcimi jednotlivcovi plniť pracovné úlohy (úprava pracovného prostredia, pracovných nástrojov, pracovného času, organizácie práce alebo pomoc pracovného asistenta.

Zamestnanie v chránenom pracovisku. V tomto type pracoviska sa prispôbuje pracovný program, pracovné podmienky i požiadavky na pracovný výkon jednotlivcom s obmedzenými zdravotnými predpokladmi.

Zamestnanie v špeciálnom zariadení pre dospelých v ktorom je jednotlivec s telesným postihnutím umiestnený, môže pracovať v prevádzke zariadenia alebo v dielňach, v ktorých sa vykonávajú jednoduché práce pre niektoré hospodárske organizácie alebo sa produkujú rozličné výrobky pre trh.

Zamestnanie v domácich podmienkach. Môže sa vykonávať v zamestnaneckom pomere (tzv. domácka práca, príp. tzv. tepláčka s použitím informačných technológií) alebo ako súkromná pracovná činnosť-živnosť, práca v rodinnej firme.

V domácich podmienkach možno vykonávať práce na rôznej úrovni náročnosti - od jednoduchých až po vysokokvalifikované. Môže ísť o remeselnícke práce alebo ručné práce, administratívne, ekonomické, umelecké alebo prekladateľské práce a tiež o pedagogickú alebo inú činnosť.

Podnikateľská činnosť sa môže realizovať v rôznych oblastiach, jednotlivec s telesným postihnutím môže byť majiteľom firmy a zároveň zamestnávateľom iných osôb s postihnutím.

Zdravotne postihnutí občania majú možnosť zamestnať sa v chránenej dielni alebo chránenom pracovisku. Pomoc a poradenstvo pri hľadaní zamestnania im poskytujú aj rôzne iné inštitúcie, medzi ktoré patria agentúry podporovaného zamestnania.

Chránené dielne a chránené pracoviská

Chránené dielne a chránené pracoviská sú zriaďované podľa zákona č. zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na podporu pracovného uplatnenia občanov so zdravotným postihnutím.

Chránená dielňa a chránené pracovisko je jedným z opatrení zamedzujúcich diskrimináciu pri získaní alebo udržaní zamestnania. Takéto zamestnávanie by malo byť otvorené pre všetkých ľudí a malo by spĺňať dva ciele - umožniť ľuďom so zdravotným postihnutím vykonávať užitočnú aktivitu a pripraviť ich do takej miery, ako je možné, pre prácu v bežných pracovných podmienkach.

Určené sú predovšetkým na pracovné uplatnenie občanov so zdravotným postihnutím, ktorým zamestnávateľ nemôže poskytnúť vhodné zamestnanie na iných pracoviskách. V chránenej dielni alebo na chránenom pracovisku môžu pracovať aj občania, ktorým sa poskytuje získanie odborných zručností alebo príprava na pracovné uplatnenie, a zamestnanci, ktorí pre ohrozenie zdravia nie sú dočasne spôsobilí vykonávať doterajšie zamestnanie, ak pre nich zamestnávateľ nemá iné vhodné zamestnanie.

Chránená dielňa a chránené pracovisko sú pracoviská v zmysle § 55 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov zriadené právnickou osobou alebo fyzickou osobou, v ktorých pracuje najmenej 50 % občanov so zdravotným postihnutím, ktorí nie sú schopní nájsť si zamestnanie na otvorenom trhu práce, alebo pracoviská, na ktorých sa občania so zdravotným postihnutím zaskoľujú alebo pripravujú na prácu a v ktorých sú pracovné podmienky vrátane nárokov na pracovný výkon prispôsobené zdravotnému stavu občanov so zdravotným postihnutím.

Chránené pracovisko môže byť zriadené aj v domácnosti občana so zdravotným postihnutím. Za zriadenie chráneného pracoviska sa považuje aj zriadenie jednotlivého pracovného miesta, ktoré právnická osoba alebo fyzická osoba vytvorila alebo prispôsobila zdravotnému stavu občana so zdravotným postihnutím (napr. bezbariérový prístup na pracovisko, skrátený pracovný čas, voľba individuálneho pracovného tempa). Postavenie chránenej

dielne alebo chráneného pracoviska priznáva na dobu neurčitú príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny na základe kladného posudku orgánu verejného zdravotníctva. Chránené dielne a pracoviská ponúkajú množstvo tovarov a služieb, ako napr. administratívne služby, grafické práce, prekladateľské a účtovnícke práce, šitie odevov, služby informačných technológií, montáž a kompletizácia výrobkov a množstvo ďalších služieb.

Agentúra podporovaného zamestnávania

Agentúra podporovaného zamestnávania je zriadená podľa zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zákonov. Základnou činnosťou agentúr podporovaného zamestnávania je poskytovanie služieb občanom so zdravotným postihnutím, ale aj dlhodobo nezamestnaným a zamestnávateľom

- pri hľadaní si práce,
- udržaní si už získaného zamestnania,
- a pri hľadaní zamestnanca z pomedzi občanov zdravotne postihnutých či dlhodobo nezamestnaných (§ 58 zákona č. 5/2004 Z. z.).

Agentúra podporovaného zamestnávania je právnická osoba alebo fyzická osoba, ktorá za podmienok stanovených zákonom č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zákonov, vykonáva najmä tieto činnosti:

- poskytovanie odborného poradenstva zameraného na podporu a pomoc pri získaní a držaní si pracovného miesta, poskytovanie pracovnoprávneho a finančného poradenstva pri riešení nárokov občanov so zdravotným postihnutím vyplývajúcich z ich zdravotného postihnutia a poskytovanie odborného poradenstva pri získaní a udržaní si pracovného miesta dlhodobo nezamestnaným občanom,
- zisťovanie schopností a odborných zručností občanov so zdravotným postihnutím a dlhodobo nezamestnaných občanov vzhľadom na požiadavky trhu práce,
- vyhľadávanie vhodného zamestnania pre občana so zdravotným postihnutím a pre dlhodobo nezamestnaného občana a jeho sprostredkovanie,
- poskytovanie odborného poradenstva zamestnávateľovi pri získavaní zamestnancov, ktorí sú občanmi so zdravotným postihnutím alebo dlhodobo nezamestnanými občanmi, a pri riešení problémov počas ich zamestnávania,

- vykonávanie výberu vhodného občana so zdravotným postihnutím alebo vhodného dlhodobo nezamestnaného občana na pracovné miesto na základe požiadaviek a nárokov zamestnávateľa,
- poskytovanie odborného poradenstva zamestnávateľovi pri úprave pracovného miesta a pracovných podmienok pri zamestnávaní konkrétneho občana so zdravotným postihnutím (§ 58 zákona č. 5/2004 Z.z.).

Uvedené činnosti vykonáva agentúra podporovaného zamestnávania pre klientov na základe písomnej dohody s príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny. Vykonávanie činnosti agentúr podporovaného zamestnávania sa klasifikuje ako samostatne zárobková činnosť a povolenie na jej činnosť vydáva ústredie práce sociálnych vecí a rodiny na dobu neurčitú.

Práca agentúr podporovaného zamestnávania je prepojená s činnosťou úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, ako aj s inými úradmi a organizáciami združujúcimi občanov so zdravotným postihnutím, samosprávou, prevádzkovateľmi chránených dielní a vzdelávacími inštitúciami. V praxi sa však ukazuje, že komunikácia medzi zúčastnenými inštitúciami nie je na požadovanej úrovni. Ďalším problémom je financovanie agentúr podporovaného zamestnávania, ktoré využívajú ďalšie zdroje financovania ako napr. projekty, vlastnú podnikateľskú činnosť, sponzorské zdroje.

3.7 Výchovná rehabilitácia

3.7.1 Cieľ a obsah výchovnej rehabilitácie

Výchovná rehabilitácia je tou zložkou komplexnej rehabilitačnej starostlivosti, v ktorej sa telesne postihnutí, chorí a zdravotne oslabení jednotlivci prispôsobujú na primerané spoločenské začlenenie pedagogickými prostriedkami. Termín výchova sa tu chápe v najširšom význame – t.j. zahrňuje aj vzdelávanie. V súčasnosti sa u nás používa v tomto význame aj ny termín edukácia. Termín rehabilitácia ukazuje súvislosť výchovy s inými druhmi rehabilitácie.

Všeobecným cieľom výchovnej rehabilitácie je dosiahnuť všestranný rozvoj osobnosti jednotlivca v podmienkach telesného postihnutia, choroby, či zdravotného oslabenia. Z tohto všeobecného cieľa sa odvodzuje sústava špecifických cieľov hierarchicky usporiadaných z hľadiska časového – aktuálne, krátkodobé a dlhodobé ciele, iz hľadiska obsahového – konkretizované ciele, ktoré sa plnia v jednotlivých oblastiach výchovnej rehabilitácie so zreteľom na somatické i psychické odlišnosti vychovávaných

i so zreteľom na činitele liečby a prostredia, v ktorom sa výchovná rehabilitácia uskutočňuje.

Pri špecifikácii cieľov výchovnej rehabilitácie sa rešpektuje skutočnosť, že v jej procese sa spájajú 2 stránky – výchovnovzdelávacia a liečebnovýchovná.

Výchovnovzdelávacie ciele spočívajú :

- Vo vytváraní systému vedomostí, rozvíjaní zručností a návykov na istom stupni vzdelávania v súlade s predpokladmi jednotlivcov,
- Vo formovaní pozitívnych vlastností – osobnostných kvalít, ktoré sa prejavujú vo vzťahu k sebe, k iným osobám, k spoločenským celkom, k prirodzenému prostrediu, k práci a jej výsledkom,
- V rozvíjaní záujmovej sféry jednotlivcov.

Liečebnovýchovné ciele spočívajú:

- Vo vytváraní priaznivých psychických podmienok, prospievajúcim k úspešnosti liečby jednotlivcov (pri hospitalizácii, adaptácii na liečebný režim a realizácii terapeutických postupov),
- V zmiernovaní alebo odstraňovaní prejavov postihnutia, choroby, či oslabenia v somatickej oblasti (pri reedukácii alebo kompenzácii funkcií poškodených orgánov, zlepšovaní telesného vzhľadu, pri zvyšovaní telesnej výkonnosti a odolnosti),
- V napomáhaní k psychickému zvládnutiu telesného postihnutia alebo dlhodobej či celoživotnej choroby (usmerňovaním k sebaďovere, k sebaúcte, k aktívnemu a optimistickému postoju k životu).

Špecifické ciele výchovnej rehabilitácie možno diferencovať aj so zreteľom na to, že do procesu špeciálnej výchovy za istých okolností vstupuje potreba prevýchovy a že do foriem špeciálnej výchovy má prerastať seba výchova jednotlivca.

Špeciálnou **výchovou** sa cieľavedome a systematicky pôsobí jednotlivca tak, aby jeho vývin z hľadiska somatického, psychického i sociálneho prebiehal v progresívnom smere, aby sa u neho rozvinuli tie kvality, pre ktoré má dispozície. Špeciálna výchova má, so zreteľom na možný vznik negatívnych sekundárnych zmien jednotlivca, aj preventívny charakter.

Ciele **prevýchovy** sa stávajú aktuálnymi vtedy, keď sa u jednotlivca prejavujú odchýlky od žiaduceho smeru v jeho vývine v podobe nesprávnych poznatkov, návykov, postojov, vzťahov k sebe alebo k vonkajšiemu prostrediu, či porúch správania. Ciele prevýchovy sa stavajú s ohľadom na etiológiu negatívnych prejavov. Tie môžu byť reakciou na ťažkosti spojené

s prispôbením sa jednotlivca na zmenený zdravotný stav a životnú situáciu alebo dôsledkom neprimeranej predchádzajúcej výchovy, či už v rodine alebo v inom výchovnom prostredí. Ale môžu mať súvis aj s fázovým zmenami v psychike jednotlivca v období adolescencie, ktoré sa u zdravotne postihnutého jednotlivca komplikujú tým, že v tomto období už hodnotí svoje perspektívy.

S postupujúcim vekom jednotlivca prerastá do jeho výchovy **sebavýchova**. Dôležité je mať na zreteli, že tento jednotlivec nemá byť len pasívnym objektom výchovy, ale má v jej procese nadobúdať čoraz väčšiu autonómiu. Pri správnom výchovnom pôsobení sa zdravotne postihnuté dieťa vedie k aktivite a samostatnosti, veku primerane sa usmerňuje k sebaopoznávaniu a sebahodnoteniu, k úsiliu o sebazdokonaľovanie a preberanie zodpovednosti za seba. To sa stupňuje v období dospievania jednotlivca.

Úspešnosť výchovy vedenej v týchto intenciách sa prejaví v tom, že sa vychovávaný jednotlivec nielen stotožní s cieľmi navodenými zvonku, ale smeruje k stavaniu si svojich cieľov – t.j. cieľov sebavýchovy. Špeciálny pedagóg je pri tom v pozícii osoby, ktorá radí, pomáha, usmerňuje. Môže tu ísť o orientáciu na samostatné získavanie poznatkov, zdokonaľovanie zručností, rozvíjanie záujmov, aktívne zapájanie do užitočných činností, ale aj o pestovanie takých vlastností, ako sú ľudskosť, slušnosť, disciplinovanosť, statočnosť. Ale taktiež môže ísť o orientáciu na nápravu svojich nedostatkov, svojho správania – vtedy sa dá hovoriť o sebaprevýchove.

Obsah výchovnej rehabilitácie, ako špeciálnej výchovy, ktorej imanentnou súčasťou je prevýchova a sebavýchova, tvoria činnosti, ktoré sa vykonávajú v niekoľkých oblastiach: špeciálnopedagogická diagnostika a prognostika, vyučovanie, výchova mimo vyučovania, mimoškolská výchova, usmerňovaná výchova v rodine

Špeciálnopedagogická diagnostika a prognostika. Špeciálnopedagogické pôsobenie vychádza zo špeciálnopedagogickej diagnózy, ktorá ukazuje stav vychovanosti jednotlivca v istej etape jeho vývinu. Pre výchovnú rehabilitáciu má preto špeciálnopedagogická diagnostika základný význam. Jej problematika sa spočiatku v istej miere začleňovala do teórie výchovy a teórie vyučovania postihnutých a narušených. Zvýšená pozornosť sa jej venuje v slovenskej a českej špeciálnej pedagogike od konca 20. storočia, čo dokumentujú aj samostatné monografické práce viacerých autorov: Š. Vašek (1991), L. Monatová (2000), M. Valenta (2004), D. Přenosilová (2007), E. Tichá (2008), A. Kastelová, O. Németh (2014).

Špeciálnopedagogická diagnóza, ktorú stanovuje špeciálny pedagóg, nadväzuje na diagnostické závery lekárov, psychológov a sociálnych pracovníkov. Získavanie týchto údajov je predmetom medicínskej, psychologickkej a sociálnej diagnostiky.

Údaje pre účely špeciálnopedagogickej diagnostiky sa získavajú prostredníctvom pozorovania, explorácie a rozmanitých skúšok alebo testov. Vo vyššie uvádzaných literárnych prameňoch sú rozpracované diagnostické metódy so zreteľom na jednotlivé kategórie postihnutých a narušených. Vo výchovnej rehabilitácii telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených má v rámci komplexného posudzovania osobitostí jednotlivca špecifický význam diagnostika motorických schopností v oblasti hrubej a jemnej motoriky, so zreteľom na lokomóciu, sebaobslužné, pracovné, grafické, telovýchovné i hrové činnosti pri danom telesnom postihnutí. V prípadoch choroby, ak nie je poškodené staticko-motorické ústrojenstvo alebo v prípadoch zdravotného oslabenia, sa sleduje stav v pohybovom vývine – oneskorenie, zaostávanie v osvojení pohybových zručností, ktoré je sekundárnym prejavom zmeneného zdravotného stavu. Pri viacnásobnom postihnutí vstupujú do procesu diagnostiky diagnostické metódy z relevantných špeciálnych pedagogík.

Predpokladaný vývin jednotlivca v procese edukácie vyjadruje špeciálnopedagogická prognóza. Základný význam má jej vzťah k medicínskej prognóze, ktorá vyjadruje predpokladané zmeny v zdravotnom stave jednotlivca v pozitívnom i negatívnom smere. S tým súvisia nároky, ktoré možno klásť vo výchove jednotlivca pri zlepšovaní i pri zhoršovaní jeho zdravotného stavu. Otázkami možného priebehu i možných výsledkov špeciálnej výchovy sa venuje špeciálnopedagogická prognostika.

Špeciálnopedagogická prognóza je naviazaná na diagnózu. Poznanie stavu jednotlivca a odhadovanie jeho možností dosiahnuť istý progres v procese výchovnej rehabilitácie v jej kratšej či dlhšej etape dáva bázu pre stanovovanie cieľov výchovnej rehabilitácie.

Vyučovanie telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených

Ukutočňuje sa v sústave špeciálnych škôl alebo v bežných školách – integrovane či inkluzívne. Obsah vzdelávania na jednotlivých stupňoch špeciálnych škôl upravujú základné školské dokumenty, ktorými boli už tradične učebné plány a učebné osnovy. V r. 2009 zaviedlo ministerstvo školstva do platnosti vzdelávacie programy

Pre deti a žiakov s telesným postihnutím

ISCED 0 – primárne vzdelávanie

ISCED 1 – primárne vzdelávanie

ISCED 2 – nižšie sekundárne vzdelávanie

ISCED 2 b – nižšie stredné odborné vzdelávanie

Pre deti a žiakov chorých a zdravotne oslabených

ISCED 0 – predprimárne vzdelávanie

ISCED 1 – primárne vzdelávanie

ISCED 2 – nižšie sekundárne vzdelávanie

Tieto oficiálne platné dokumenty, vychádzajúce zo štátneho vzdelávacieho programu, sa v praxi modifikujú podľa zdravotných predpokladov jednotlivcov. Modifikácie spočívajú v redukcii učiva, ktoré si žiaci nemôžu osvojiť v rovnakom rozsahu ako zdraví žiaci, prípadne si ho vôbec nemôžu osvojiť alebo aj v redukcii učebných predmetov (v školách pri zdravotníckych zariadeniach sa niektoré predmety môžu vypustiť z učebného plánu). Na druhej strane, možno učivo rozšíriť, ak si ho žiaci potrebujú osvojiť so zreteľom na postihnutie. V základnej škole pre žiakov s telesným postihnutím sa začleňujú do učebného plánu špecifické predmety, ktorými sú na primárnom a nižšom sekundárnom stupni rozvíjanie komunikatívnych schopností a grafomotorických zručností. Rozvíjanie pohybových zručností (ním sa na primárnom stupni nahrádza predmet telesná výchova) a zdravotná telesná výchova (ním sa na vyšších stupňoch nahrádza predmet telesná výchova).

Úroveň osvojenia si obsahu vzdelávania závisí od využívania efektívnych vyučovacích metód. Uplatňuje sa systém vyučovacích metód známych zo všeobecnej didaktiky, avšak s rešpektovaním predpokladov jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou či zdravotným oslabením. Musí sa uvážiť výber metódy z hľadiska jej využiteľnosti (vypúšťajú sa metódy nevhodné zo zdravotných dôvodov) a dôležité je prispôbovanie istej metódy predpokladom jednotlivca. To môže znamenať aj značne odlišnú podobu metódy v porovnaní s jej podobou vo vyučovaní v bežných podmienkach. Špecifický je význam vyučovacích metód v reedukácii a kompenzácii – vtedy dostávajú aj označenie reedukačné či kompenzačné metódy.

S metodickými postupmi sa viaže aj využívanie špeciálnych učebných a technických pomôcok. Sleduje sa aj participácia jednotlivcov vo vyučovaní

processe s individuálnymi ortopedicko-protetickými pomôckami, keďže ich využívajú aj v učebných činnostiach.

Osobitou úpravou obsahu a metód vyučovania pre potreby jednotlivcov v jednom alebo vo viacerých predmetoch vzniká individuálny vzdelávací plán. Používa sa pri vyučovaní v bežnej i špeciálnej škole alebo pri vyučovaní v domácom prostredí. Služí jednotlivcom na osvojenie si primeraného učiva v primeranom tempe a primeranými metodickými postupmi.

Špecifické požiadavky sú aj na organizáciu vyučovania a to osobitne pre školy pre žiakov s telesným postihnutím a pre školy pri zdravotníckych zariadeniach. Zohľadňuje sa pritom paralelné pôsobenie vyučovania a liečebnorehabilitačných úkonov. Vo vyučovacích hodinách sa využívajú formy skupinového aj individualizovaného vyučovania. V niektorých typoch zdravotníckych zariadení je len možnosť individuálneho vyučovania v nemocničných izbách.

Problematike vyučovania v školách pre telesne postihnutých sa venovala pozornosť od vzniku ústavnej starostlivosti (v českých krajinách v r. 1913 a na Slovensku od r. 1922). Súviselo to so skutočnosťou, že súčasťou ústavnej starostlivosti bola vždy aj činnosť školy. Vyučovanie v zdravotníckych zariadeniach a vznik škôl v nich zásluhou pokrokových lekárov sa datuje v českých krajinách v r. 1908 a na Slovensku v r. 1920.

Postupne sa tvoril rad publikácií, ktoré sa otázkam vyučovania v takýchto školách venovali. Niektoré mali širšie zameranie – zahrňovali otázky vyučovania po stránke obsahovej, metodickej aj organizačnej – A. Bartoš (1931), F. Kábele, J. Kočí, J. Juda, O. Černý (1970, 1982), F. Kábele, E. Kollárová, J. Kočí, J. Kracík (1992), J. Pipeková, M. Vítková (1994), E. Kollárová (1981, 2007).

Iné publikácie sa vzťahovali na vyučovanie jednotlivých predmetov alebo ich častí, či na využívanie učebných a technických pomôcok – A. Bartoš (1943), F. Kábele (1986), E. Kollárová (1989), J. Sivák, J. Javorská (1999), V. Hudáčová (2001), M. Habšudová (2001), Z. Kubíčová, J. Kubíče (2001).

Výchova mimo vyučovania, mimoškolská výchova telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených

Výchova mimo vyučovania zahŕňa aktivity nadväzujúce na vyučovanie, ktoré sa uskutočňuje v školách pôsobiacich v rámci zariadení pre telesne postihnutú mládež alebo v školách denného typu či v školách pri zdravotníckych zariadeniach. V obsahu tejto výchovy sa nachádza jednak príprava na vyučovanie a jednak činnosti, v ktorých sa kombinujú zložky výchovy

(rozumová, pracovná, estetická, telesná výchova) vo forme skupinového zamestnávania (podľa zariadenia jednotlivcov do ročníkov). Významnou súčasťou výchovy mimo vyučovania je záujmová činnosť, ktorá sa organizuje (na rozdiel od skupinového zamestnávania) ako pravidelná v záujmových útvaroch (krúžky, kluby, súbory a i.) alebo príležitostná (jednorazové alebo cyklické akcie pre všetkých zverencov špeciálneho zariadenia).

O mimoškolskej výchove hovoríme, ak sa organizuje v takých zariadeniach, pri ktorých nepôsobí škola (domov sociálnych služieb, rehabilitačné centrá a i.). Aj tu sú v dennom programe zastúpené činnosti reprezentujúce jednotlivé zložky výchovy ako aj činnosti v rámci záujmových útvarov, ak sú podmienky pre ich organizovanie.

Pre činnosti, ktoré tu označujeme ako výchova mimo vyučovania či mimoškolská výchova, sa zostavujú výchovné programy priamo v danom zariadení. Sú to obsahové dokumenty špecifické pre toto zariadenie. Diferencujú sa podľa typu zariadenia (t.j. akej kategórii postihnutých slúžia, či poskytujú dlhodobú alebo krátkodobú starostlivosť celodenne alebo len na istý počet hodín). Spravidla sa tvoria osobitné programy činností v záujmových útvaroch orientovaných na istú oblasť záujmov (spoločenskovedné, jazykovedné, prírodovedné, kultúrno-umelecké, pracovné, športové). Literárne spracovanie uvedenej problematiky sa spravidla spájalo s literárnym spracovaním problematiky vyučovania. V menšej miere sú zastúpené publikácie zamerané len na otázky výchovy mimo vyučovania – A. Bartoš (1925, 1926), Metodika výchovné práce v ústavoch sociálnej péče pro tělesně postiženou mládež (1986), E. Kollárová (2004).

Usmerňovaná rodinná výchova telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených

Vo výchovnej rehabilitácii sa rešpektuje skutočnosť, že rodina je prvým a základným činiteľom v procese formovania osobnosti jednotlivca. Preto sa pozornosť nezameriava na telesne postihnutého, chorého a zdravotne oslabeného jednotlivca izolovane, ale aj ako na člena istej rodiny. Práca s rodinou po obsahovej i organizačnej stránke sa tak stáva integrálnou súčasťou výchovnej rehabilitácie.

Rodina v situácii, že má dieťa s istými zdravotnými ťažkosťami, primárne vyhľadáva lekársku pomoc a dostáva adekvátne usmernenie k starostlivosti o dieťa. Potrebuje však aj pomoc špeciálnopedagogického charakteru. Táto pomoc vychádza z informácií o rodinnej anamnéze. Spočíva v usmerňovaní rodiny ku vhodnému výchovnému štýlu a k plneniu istých výchovných úloh,

ktorými sa rozvíjajú vedomosti, zručnosti, návyky a vlastnosti úmerne k predpokladom dieťaťa a v nadväznosti na činnosť inštitúcie, ktorá sa venuje výchove dieťaťa profesionálne. V práci s rodinou má významnú úlohu špeciálnopedagogické poradenstvo, najmä ak postihnuté dieťa nie je umiestnené v špeciálnej inštitúcii, ale žije v rodine.

K usmerňovaniu rodinnej výchovy slúžia formy spolupráce jednak špeciálnej inštitúcie s rodinami a jednak špeciálneho pedagóga s jednotlivými rodinami. Sú to prednášky, besedy, inštrukcie, individuálne rozhovory ako formy priameho kontaktu, ale aj písomné pokyny alebo príručky pre rodičov.

Tematike rodinnej výchovy v rámci špeciálnej pedagogiky sa venoval kolektív autorov v publikácii Postižené dieťa v rodině a společnosti (1968), neskoršie J. Prevendárová (1998). V somatopedickej literatúre sa na otázky rodinnej výchovy zameriava publikácia A. Stehlíka a kol. (1977) a jednotlivé kapitoly autorov v širšie zameraných publikáciách – J. Kraus, O. Šandera (1975), F. Kábele a kol. (1992), E. Kollárová (2004).

3.7.2 Zásady výchovnej rehabilitácie

Výchovná rehabilitácia telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených je zložitou činnosťou, ku ktorej treba pristupovať s rešpektovaním istých zásad alebo požiadaviek, ktoré by sa mali uplatňovať pri individualizovaní cieľov, obsahu, metód i foriem špeciálnej výchovy.

Uvádzame zásady výchovnej rehabilitácie E. Kollárová (2006): **zásada čo najvčasnejšej špeciálnej výchovy, zásada prevencie, zásada korekcie, zásada reedukácie, zásada kompenzácie, zásada komplexnosti**

Zásada čo najvčasnejšej špeciálnej výchovy. Vychádza zo známych biologických a psychologických poznatkov o efektívnosti stimulujúceho pôsobenia na vývin jednotlivca od najútlejšieho veku. To znamená, že od najútlejšieho veku dieťaťa sa majú vedľa liečebnorehabilitačných uskutočňovať aj výchovnorehabilitačné opatrenia, aby mohli byť čo najúčinnšie. Zanedbanie vhodného výchovného pôsobenia na postihnuté dieťa sa odrazí v jeho pohybovom vývine, vývine poznávania i reči, máva dôsledky, ktoré sa neskoršie ťažko naprávajú.

V prípadoch neskoršie získaného postihnutia táto zásada znamená, že by sa jednotlivcovi malo pomáhať riešiť jeho novú životnú situáciu a vzniknuté adaptačné ťažkosti aj výchovnými prostriedkami.

Zásada prevencie v priebehu výchovnej rehabilitácie znamená požiadavku uplatňovať také výchovné opatrenia v prípadoch, keď už postihnutie vzniklo, ktorými by sa zabráňovalo zhoršovaniu zdravotného stavu jednotlivca alebo vzniku sekundárnych odchýliek v jeho vývine. Na zreteli je predchádzanie takým zjavom, ako sú napr. atrofické zmeny svalstva z nečinnosti, oneskorovanie v rozumovom a rečovom vývine pri nedostatku podnetov pre poznávaciu činnosť a komunikáciu, nedostatočný rozvoj sebaobslužných činností pri chýbajúcom výcviku, narušenie správania pri nedostatočnom uspokojovaní emocionálnych potrieb a i. Ak prevenciu chápeme ako predchádzanie vzniku telesného postihnutia, choroby alebo zdravotného oslabenia (t.j. ako primárnu prevenciu), vtedy ešte nepôjde o výchovnú rehabilitáciu, ale o komplex úloh zdravotníckej prevencie ako aj osvety v širšom meradle. Majú sa v nej angažovať aj špeciálni pedagógovia.

Zásada korekcie znamená požiadavku naprávať, odstraňovať také poruchy u jednotlivca, ktoré sú reparable pedagogickými prostriedkami (resp. aj pedagogickými prostriedkami). Môže to byť napr. korekcia poruchy v držaní tela, porúch vo vývine komunikačných schopností, porúch vo vývine pohybových zručností, alebo porúch správania a iných.

Niektoré poruchy možno odstrániť, iné len zmierniť, niektoré sa korigujú v súčinnosti s liečbou, pri iných stačia pedagogické prostriedky. Pritom je dôležité nepodceňovať možnosti výchovnej rehabilitácie ani ich nepreceňovať.

Zásada reedukácie znamená dôsledne využívať zachovalé alebo menej poškodené, prípadne zvyškové funkcie pre obnovovanie funkcií alebo rozvíjanie nových. Vo výchovnej rehabilitácii sa reedukácia uplatňuje v nadväznosti na liečebnú reparáciu (orgánovú a funkčnú). Rozpracovávajú sa reedukačné metódy alebo postupy vo výcviku pohybových zručností (tzv. reedukácia hybnosti) pri rozličných druhoch telesného postihnutia. O reedukácii alebo prevýchove sa v špeciálnej pedagogike hovorí aj vo vzťahu k vlastnostiam alebo správaniu jednotlivca. Prevýchovný proces v takýchto prípadoch je postavený na takom pôsobení, ktoré sa opiera o pozitívne stránky osobnosti jednotlivca, ktorý je objektom reedukácie.

Zásada kompenzácie má taktiež dvojité význam. Majú sa rozvíjať náhradné funkcie tam, kde nemožno dosiahnuť prirodzené funkcie istých orgánov v dôsledku rozsahu poškodenia orgánu alebo preto, že orgán chýba. Tak napr. funkcia rúk sa nahrádza funkciou nôh alebo opačne. (V takých prípadoch sa hovorí aj o tzv. orgánovej kompenzácii). Má sa vyrovnávať u jednotlivca nedostatok v jednej oblasti kvalitou v inej oblasti. To znamená, že telesný

nedostatok u jednotlivca sa vyrovnáva (kompenzuje) osobnostnými prednosťami, akými sú napr. pracovitosť, spoľahlivosť, nezištnosť, dobročinnosť a iné alebo úrovňou jeho vedomostí alebo zručností.

Zásada komplexnosti znamená požiadavku, aby sa vo výchovnej rehabilitácii pristupovalo k jednotlivcovi zo všetkých stránok – na zreteli má byť celá jeho osobnosť. V rámci tejto požiadavky osobitne možno hovoriť aj o tzv. multisenzoriálnom prístupe, čím sa chápe začlenenie funkcií všetkých zmyslových orgánov do procesu špeciálneho výchovného pôsobenia na postihnuté dieťa. Rozvíjanie týchto funkcií tvorí bázu špeciálnej výchovy od jej začiatku.

3.7.3 Vzťah výchovnej rehabilitácie k ostatným zložkám komplexnej rehabilitačnej starostlivosti

Výchovná rehabilitácia a liečebná rehabilitácia – ak hodnotíme vzťah liečebnej a výchovnej rehabilitácie zo širšieho aspektu, musíme predovšetkým konštatovať, že dobré výsledky liečby, ktoré sa prejavia v zlepšovaní zdravotného stavu jednotlivca, znamenajú aj zlepšenie podmienok pre špeciálnu výchovu.

Pozitívne ovplyvňujú jej rozsah, obsah, postupy aj organizáciu. A na druhej strane, ak si to zdravotný stav jednotlivca vyžaduje, rozsah aj intenzita liečby a jej efekty môžu viesť k požiadavke redukovať výchovné pôsobenie v rozličnej miere alebo ho na kratšiu, či dlhšiu dobu prerušiť.

Osobitnú pozornosť si zasluhuje otázka prínosu kinezioterapie (alebo liečebnej telesnej výchovy) a ergoterapie pri rozvíjaní praxe i teórie relevantných výchovnorehabilitačných súčastí. Kinezioterapeutické poznatky o indikáciách a kontraindikáciách pohybu pri istých medicínskych diagnózach sa využívajú pri tvorbe programu pohybovej výchovy a zdravotnej telesnej výchovy a majú dosah aj na záujmové telovýchovné a športové aktivity.

Tie pohybové zručnosti, ktoré si rehabilitovaní osvojujú v rámci kinezioterapeutických cvičení sa ďalej rozvíjajú v pohybovej výchove a v zdravotnej telesnej výchove. Treba mať na zreteli, že medzi kinezioterapiou a zdravotnou telesnou výchovou nie je zástupný vzťah, čiže kinezioterapia nenahradzuje zdravotnú telesnú výchovu. V popredí jej pôsobenia stojí liečebný efekt (prítom rehabilitovaná osoba môže mať pri indikovaných cvičeniach aj negatívne zážitky). Oproti tomu v zdravotnej telesnej výchove ide okrem cieľa primeraného pohybového rozvoja aj o dosahovanie

pozitívneho emocionálneho stavu (radosť z pohybu) a o motivovanie k pohybovej činnosti ako aj zážitky zo spoločnosti viacerých jednotlivcov.

Význam ergoterapie pre výchovnú rehabilitáciu spočíva v tom, že jej poznatky obohacujú obsah i metódy pracovného vyučovania ako aj pracovnej zložky výchovy. Špecifikujú tak učebný predmet alebo zložku výchovy so zreteľom na somatické osobitosti jednotlivca. Ide o výber vhodných pracovných činností pri istých typoch pohybových porúch, o uplatňovanie reedukačných a kompenzačných postupov pri pracovných činnostiach a tiež o používanie kompenzačných pomôcok pri nich.

Výchovná rehabilitácia a pracovná rehabilitácia – tento vzťah možno chápať dvojako:

1. Spočiatku ide o vzťah nadväznosti – priaznivé podmienky pre budúcu profesijnú prípravu sa u jednotlivca vytvárajú už od detstva v rámci jeho výchovy. Postupne, v priebehu školských rokov do ukončenia základného vzdelania (resp. stredného všeobecného vzdelania) získava jednotlivec vedomosti, osvojuje si zručnosti a návyky, vytvára si vzťah k pracovným činnostiam všeobecne, rozvíja si schopnosti a záujmy v tejto oblasti, dostáva informácie o profesiách a poznáva svoje možnosti vo vzťahu k istým profesiám.

2. V procese profesijnej prípravy (získavania kvalifikácie alebo rekvalifikácie) ide už o paralelné pôsobenie výchovnej a pracovnej rehabilitácie. Príprava na pracovné začlenenie sa uskutočňuje prostredníctvom výučby v teoretickej a praktickej rovine. Získavajú sa odborné vedomosti, zručnosti a návyky, súčasne sa formujú vlastnosti potrebné pre vykonávanie istej profesie a pre spoluprácu v pracovnom kolektíve. K tomu účelu slúžia pedagogické prostriedky.

Výchovná rehabilitácia a sociálna rehabilitácia – vzťah výchovnej a sociálnej rehabilitácie detí a mládeže je veľmi úzky. Úlohy sociálnej rehabilitácie plnia špeciálni pedagógovia v priebehu všetkých výchovných aktivít. Pri ich postupoch je na zreteli aktuálne i perspektívne sociálne začlenenie jednotlivca, jeho spôsobilosť spolunažívania s inými osobami a snaha byť spoločensky užitočným.

Aj v období dospelosti jednotlivca sa využívajú výchovné postupy a spolupráca špeciálnych pedagógov a sociálnych pracovníkov na to, aby bol spôsobilý uplatňovať sa v užšom, či širšom sociálnom prostredí. Deje sa to v rámci pôsobenia inštitúcií vzdelávania alebo sociálnych, či poradenských inštitúcií. Osobitný zástoj má výchovná rehabilitácia pri ťažkostiach

jednotlivca v sociálnych kontaktoch, keď potrebuje usmernenie k tomu, aby poznal svoje možnosti a zameriaval sa na rozvíjanie pozitívnych stránok svojej osobnosti.

3.7.4 Systém výchovnej rehabilitácie

Celý systém výchovnej rehabilitácie možno členiť z troch hľadísk:

- z hľadiska veku rehabilitovaných,
- z hľadiska druhu zdravotného postihnutia,
- z hľadiska inštitucionálneho.

Každý z takto vytvorených subsystémov sa vnútorne diferencuje.

- Z hľadiska veku rehabilitovaných jestvuje vertikálne usporiadanie článkov systému

výchovnej rehabilitácie do stupňov špeciálnej výchovy:

- a) deti predškolského veku,
- b) deti a mládež školského veku,
- c) dospelých.

Jednotlivé stupne špeciálnej výchovy majú svoje špecifická súvisiace s vekovými zvláštnosťami tak ako je to aj vo výchovne zdravej populácie. Avšak vo vývinovom štádiu jednotlivca sa môžu prejaviť aj isté odlišnosti, anomaly. Prejavuje sa ako ustrnutý, obmedzený, oneskorený, prerušený alebo pochybený vývin (F. Kábele, 1986, Š. Vašek, 1996). Tieto odlišnosti sa môžu vzťahovať na jednu alebo viac oblastí vývinu (telesná, senzorická, mentálna, komunikačná, emocionálna, sociálna oblasť).

Vznikajú tým špecifické potreby vo výchove jednotlivcov tej istej vekovej kategórie. Znamená to požiadavku identifikovať možné odlišnosti vo vývine jednotlivcov a na základe toho modifikovať špeciálnu výchovu z obsahového, metodického alebo organizačného hľadiska.

Z hľadiska druhu zdravotného postihnutia sa vytvára horizontálne usporiadanie jednotlivých článkov, v ktorom sa rešpektuje kategória:

- telesne postihnutých,
- chorých,
- zdravotne oslabených.

V rámci každej kategórie sa robí diferenciácia, a to so zreteľom na isté medicínske diagnózy (charakteristiky jednotlivcov podľa tohto kritéria sa

nachádza v kapitole 2). Tak možno hovoriť o výchovnej rehabilitácii jednotlivých skupín s podobnými charakteristikami – napr. postihnutých detskou mozgovou obrnou, detí s progresívnou svalovou dystrofiou, či myelodyspláziou, s chorobami srdca, s onkologickými ochoreniami a i.)

Výrazným diferenciačným kritériom je ešte možné pridruženie ďalšieho druhu postihnutia či narušenia. Predovšetkým je to mentálne postihnutie, ktoré je činiteľom vytvárania paralelného systému výchovnej rehabilitácie, a to

- telesne a mentálne postihnutých,
- chorých a mentálne postihnutých,
- zdravotne oslabených a mentálne postihnutých.

Keďže obsahujú aj procesuálnu stránku výchovnej rehabilitácie v rozličnom rozsahu môžu ovplyvňovať aj pridružené senzorické postihnutia (zrakové, sluchové), narušená komunikačná schopnosť alebo psychosociálne narušenie, uplatňuje sa výstižné označenie výchovná rehabilitácia viacnásobne postihnutých.

K poznatkom z tejto oblasti špeciálnopedagogického pôsobenia prispievajú A. Eisová (1982), Š. Vašek, A. Vančová, G. Hatos a kol. (1999), A. Vančová (2001, 2010).

Systém výchovnej rehabilitácie sa realizuje prostredníctvom istých inštitúcií, t.j. je inštitucionalizovaný. Z tohto hľadiska sa diferencuje do podoby:

- Špeciálna výchova v materskej škole (pre deti s telesným postihnutím alebo pri zdravotníckom zariadení).
- Špeciálna výchova v základnej škole alebo v špeciálnej základnej škole (pre žiakov s telesným postihnutím alebo pri zdravotníckych zariadeniach).
- Špeciálna výchova v stredných školách (pre žiakov s telesným postihnutím),
- Špeciálna výchova v zariadeniach sociálnych služieb.
- Špeciálna výchova v školskom klube (pre žiakov s telesným postihnutím alebo pri zdravotníckych zariadeniach).

V tomto prípade ide o inštitúcie, v ktorých sa uskutočňuje segregovaná špeciálna výchova, keď telesná chyba, choroba, či zdravotné oslabenie je spájajúcim znakom vychovávaných.

Na princípe integrácie (inklúzie) sa uskutočňuje individuálna výchova v sústave bežných škôl, keď zdravotné postihnutie je odlišujúcim znakom.

Na služby v oblasti špeciálnej výchovy telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených sa zameriava činnosť inštitúcií špeciálnopedagogického poradenstva.

Charakteristikám škôl a iných zariadení slúžiacim komplexnej rehabilitačnej starostlivosti o telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených je venovaný obsah nasledujúcej štvrtej kapitoly.

3.8 Kontrolné otázky a úlohy k 3. kapitole

Aké sú možnosti poskytovania komplexnej rehabilitačnej starostlivosti v prípade inkluzívnej edukácie?

Zhodnoťte význam činnosti MUDr. Rudolfa Jedličku v oblasti starostlivosti o jednotlivcov s telesným postihnutím.

Uvažujte o tom, ako sa uplatňujú psychologické, právne, ekonomické a technické služby v jednotlivých zložkách komplexnej rehabilitačnej starostlivosti.

Popíšte vzťah liečebnej a výchovnej rehabilitácie v situácii dieťaťa umiestneného v zdravotníckom zariadení.

Porovnajte činnosť ergoterapeuta a učiteľa.

Prečo nemôžeme nahradiť zdravotnú telesnú výchovu kinezioterapiou?

Ktoré úlohy plnia sociálna a výchovná rehabilitácia spoločne?

Diskutujte na tému: bariéry v živote jednotlivca s telesným postihnutím.

Porovnajte význam termínov: pracovná terapia, pracovná rehabilitácia a uveďte, ktorý príbuzný termín sa nachádza v oblasti edukácie?

Diskutujte na tému: aká je pozícia jednotlivca s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením na trhu práce.

Ako sa plnia liečebno-výchovné ciele v školách pri zdravotníckych zariadeniach?

Spracujte tému seba výchova vo výchovnej rehabilitácii jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením.

Aký význam majú mimoškolské aktivity žiakov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením pre ich ďalší život?

Diskutujte o tom, prečo sa v rámci výchovnej rehabilitácie pôsobí aj na rodinu jednotlivca s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením.

4 SÚSTAVA ŠKÔL, ŠKOLSKÝCH ZARIADENÍ A INÝCH ŠPECIÁLNYCH ZARIADENÍ PRE JEDNOTLIVCOV S TELESNÝM POSTIHNUTÍM, CHOROBU A ZDRAVOTNÝM OSLABENÍM

Sústava škôl a školských zariadení v Slovenskej republike je vytvorená na základe legislatívy, ktorá umožňuje plnenie povinnej školskej dochádzky deťom od dovŕšenia šiesteho roku veku, ak je dieťa primerane telesne alebo duševne vyspelé. V rámci tejto výchovno - vzdelávacej sústavy sú vytvorené podmienky, ktoré by mali zabezpečiť rozvíjanie duševných a telesných schopností všetkým deťom – bez rozdielu rasy, pohlavia, náboženstva a zdravotného stavu, čo deklaruje aj Dohovor o právach dieťaťa.

Systém špeciálnej výchovy telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených sa objektivizuje v špeciálnych školách a zariadeniach školského, zdravotníckeho a sociálneho charakteru. Politické, hospodárske ako aj štátoprávne zmeny, ku ktorým u nás došlo po roku 1989 sa odrazili aj v školstve, zdravotníctve a v oblasti sociálnej starostlivosti - v troch rezortoch, ktoré sa najviac zúčastňujú v plnení úloh inštitucionálnej starostlivosti o telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. Menila sa sústava a často aj názvy inštitúcií a popri štátnych začali pôsobiť aj neštátne. Právne normy - zákony a z nich vychádzajúce predpisy (vyhlášky, smernice, pokyny, úpravy) príslušných orgánov štátnej správy tvoria *legislatívnu bázu* pre pôsobenie špeciálnych inštitúcií.

Školy a zariadenia pre telesne postihnuté deti a mládež predstavujú účelovo vytvorené prostredie, v ktorom sa uskutočňuje vo vzťahu k zdravej populácii segregovaná výchova telesne postihnutých. Otázka, kedy potrebuje telesne postihnutý jednotlivec takéto riešenie situácie a kedy by mal ostať vo svojom prirodzenom prostredí, je otázkou zásadného významu. Do úvahy pritom musí prísť požiadavka - ak ide o výchovu - aby sa takémuto jednotlivcovi uspokojovali potreby so zreteľom na jeho vývin v oblasti pohybovej, poznávacej, vôľovej, citovej a sociálnej, aby v rámci svojich predpokladov mohol primerane napredovať v príprave na svoje budúce spoločenské zapojenie. To sa má realizovať pri súčasnom rešpektovaní požiadavky na primeranú liečebnú starostlivosť, ktorá kladie rozličné nároky z odborného i časového hľadiska. Každý prípad jednotlivca s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením je potrebné komplexne posúdiť a jeho zaradenie do špeciálnej inštitúcie je odôvodnené vtedy, ak sa v prirodzenom prostredí nemôže zabezpečiť potrebná starostlivosť (E.Kollárová, 2007).

Východisko pre vzdelávanie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v Slovenskej republike v súčasnosti poskytuje podľa § 94 ods. 2 písm. d) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon č. 245/2008 Z. z.) a taktiež aj vyhláška č.322/2008 o špeciálnych školách, ktorá umožňuje žiakom s telesným postihnutím a žiakom chorým a zdravotne oslabeným poskytuje výchovu a vzdelávanie základná škola pre žiakov s telesným postihnutím, stredná odborná škola pre žiakov s telesným postihnutím, gymnázium pre žiakov s telesným postihnutím. Žiakom chorým a zdravotne oslabeným v zdravotníckom zariadení poskytuje výchovu a vzdelávanie základná škola pri zdravotníckom zariadení.

V nasledujúcom texte uvádzame prehľad a charakteristiku škôl, ktoré tvoria aktuálnu sústavu škôl pre telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených jednotlivcov.

4.1 Sústava škôl pre deti a žiakov s telesným postihnutím

Materská škola pre deti s telesným postihnutím plní poslanie bežnej materskej školy s ohľadom na druh a stupeň telesného postihnutia, ktoré sa môže prejaviť v rozličných oblastiach vývinu dieťaťa.

Vzdelávací program pre deti s telesným postihnutím sa uplatňuje pri vzdelávaní detí v materskej škole podľa § 94 ods. 1 písm. a) a b) zákona č. 245/2008 Z. z., t.j. v špeciálnych materských školách pre deti s telesným postihnutím, v špeciálnych triedach pre deti s telesným postihnutím materských škôl bežného typu, alebo pri ich individuálnom začlenení.

Vymedzuje špecifické potreby a požiadavky na komplexnú odbornú starostlivosť o deti s telesným postihnutím vo všetkých materských školách, kde sú vzdelávané.

Sú tu prijímané deti s rôznym druhom a stupňom telesného postihnutia vo veku od 3 do 7 rokov. Materská škola pre deti s telesným postihnutím má za cieľ plniť všetky zložky výchovy dané pre daný typ školy so zreteľom na rozvíjanie základných pohybových zručností horných a dolných končatín. Súbežne sa s rozvojom hybnosti je nevyhnutné rozvíjať aj kognitívne schopnosti a s ohľadom na obmedzené možnosti, ktoré vyplývajú z telesného postihnutia, rozvíjať aj oblasť dorozumievacích zručností telesne postihnutých detí predškolského veku Významné je aj diagnostické poslanie materskej školy pre telesne postihnutých.

Základná škola pre žiakov s telesným postihnutím plní poslanie bežnej základnej školy. Poskytuje žiakom s telesným postihnutím základné vzdelanie s rovnakým vzdelávacím obsahom ako v školách bežného typu. V rámci primárneho a nižšieho sekundárneho vzdelávania získavajú žiaci s telesným postihnutím primeranú sústavu základných vedomostí a zručností s ohľadom na ich druh a stupeň telesného postihnutia s ohľadom na ich psychické, somatické osobitosti a takisto aj s prihliadnutím na úroveň ich dorozumievacích zručností. Vzdelávací program pre žiakov s telesným postihnutím sa uplatňuje pri vzdelávaní žiakov v základnej škole podľa § 94 ods. 1 písm. a) a b) zákona č. 245/2008, t.j. v základnej škole pre žiakov s telesným postihnutím, v špeciálnych triedach základných škôl alebo pri individuálnom začlenení. Vymedzuje špecifické potreby a požiadavky na komplexnú odbornú starostlivosť o žiakov s telesným postihnutím v školách, kde sú vzdelávaní. Žiak s telesným postihnutím môže byť vzdelávaný:

- v základnej škole pre žiakov s telesným postihnutím,
- v špeciálnej triede pre žiakov s telesným postihnutím v základnej škole,
- v triede základnej školy spolu s inými žiakmi, t.j. v školskej integrácii.

Začlenený žiak v školskej integrácii sa vzdeláva podľa rámcového učebného plánu príslušnej školy, v ktorej sa vzdeláva. Obsah vzdelávania vychádza zo vzdelávacieho programu pre žiakov s telesným postihnutím. Základná škola pre žiakov s telesným postihnutím má deväť ročníkov s možnosťou zriadenia prípravného ročníka.

Stredné školy pre žiakov s telesným postihnutím tvoria subsystém siete škôl zabezpečujúcich výchovu a vzdelávanie deťom a mládeži, ktorým postihnutie neumožňuje začleniť sa do bežných škôl. Vnútorne sa nediferencujú podľa druhu telesného postihnutia, a to z dôvodu veľkého diagnostického rozptylu žiakov.

Obsah vzdelávania tvorí teoretické vyučovanie (všeobecno-vzdelávacie predmety, odborné predmety) a praktické vyučovanie (odborný výcvik v príslušných odboroch)

Vzhľadom na trh práce stredné školstvo pre žiakov s telesným postihnutím zabezpečuje:

- Základné odborné vzdelanie t.j. predprofesijné alebo všeobecné vzdelanie alebo prípravu na menej náročné činnosti.
- Stredné odborné vzdelanie- predstavuje kvalifikáciu pre konkrétne povolanie a činnosti. Doklad o ukončení je výučný list.
- Úplné stredné odborné vzdelanie - touto formou získa absolvent kvalifikáciu pre náročné povolania a činnosti vyžadujúce výraznejší podiel a vyššiu úroveň teoretickej prípravy. Štúdium sa končí maturitnou skúškou.
- Úplné stredné všeobecné vzdelanie
- Po ukončení gymnázia získa absolvent s telesným postihnutím predpoklady na pokračovanie v štúdiu na vysokej škole alebo ďalšou formou získa úplné stredné odborné vzdelanie.
- Rekvalifikáciu. Možnosťou rekvalifikácie reagovali školy na meniacu sa situáciu na trhu práce. Vychádzali z toho, že zo zdravotne postihnutých je najviac nezamestnaných. Preto si osobitnú pozornosť zasluhujú vzdelávacie a rekvalifikačné potreby postihnutej populácie.

Dĺžka štúdia ako aj forma ukončenia závisí od typu strednej školy. Po ukončení získa jednotlivec s telesným postihnutím výučný list, resp. maturitné vysvedčenie, ktoré ho právne i spoločensky potvrdzuje na spôsobilosť pre výkon v príslušnej profesii a určitú mieru profesionality.

Stredné školy pre žiakov s telesným postihnutím sú zriadené ako:

- **Gymnázium pre žiakov s telesným postihnutím**
- **Obchodná akadémia pre žiakov s telesným postihnutím**
- **Stredná odborná škola pre žiakov s telesným postihnutím**
- **Obchodná škola pre žiakov s telesným postihnutím**
- **Nadstavbové štúdium**

Gymnázium pre žiakov s telesným postihnutím

Ako všeobecnovzdelávacia a vnútorne diferencovaná stredná škola pripravuje študentov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením na vstup na vysokú školu, ale tiež aj na zapojenie sa do života v administratívnom, kultúrnom, alebo inom úseku.

Obchodná akadémia pre žiakov s telesným postihnutím

Po úspešnom ukončení štúdia a po zapracovaní je absolvent pripravený na samostatný výkon činnosti ako odborný ekonomický pracovník na uskutočňovanie rôznych činností, ktoré súvisia s podnikateľskou praxou v rôznych formách podnikateľských subjektov, v rozpočtových a príspevkových organizáciách a vo vnútropodnikových útvaroch. V odbornej zložke vzdelávania získavajú žiaci teoretické vedomosti prostredníctvom ktorých sú schopní vykonávať ekonomické činnosti, ktoré súvisia s obchodno - podnikateľskou praxou spojené so získaním a spracovávaním informácií v oblasti výroby, zásobovania, odbytu, marketingu, personalistiky, vo vedení administratívy, účtovníctva a finančného hospodárenia. Praktická zložka prípravy integruje vedomosti, zručnosti, postoje a návyky tak, aby bol absolvent schopný teoretické vedomosti aplikovať v praxi, aby bol adaptabilný v príbuzných odboroch činnosti. Štúdium voliteľných predmetom (bankovníctvo, manažment, poisťovníctvo, stenografia, psychológia práce...) umožňuje odbornú orientáciu podľa školy, regiónu, požiadaviek trhu práce, záujmov a schopností žiakov a ich voľbou sa dotvára odborný profil absolventa.

Obchodná škola pre žiakov s telesným postihnutím. Absolvent odboru obchodná škola je stredoškolsky vzdelaný pracovník so všeobecným a odborným profilom potrebným na vykonávanie základných ekonomických činností spojených so získavaním a spracovávaním informácií pre výkon základných administratívnych prác vo výrobných i nevýrobných podnikoch, v domácom obchode, v peňažníctve, v štátnej a verejnej správe, prípadne v podnikoch služieb. Po zvládnutí procesu pracovnej adaptácie je pripravený na samostatný výkon prác odborného obchodno-administratívneho zamestnanca. Typickými činnosťami, ktoré vykonáva absolvent obchodnej školy, sú administratívne činnosti, jednoduché účtovníctvo, činnosti spojené so získavaním a spracovávaním informácií, kvalifikované sekretárske a korešpondenčné práce v styku s domácimi obchodnými partnermi. Žiaci získajú vedomosti a zručnosti o podniku, jeho ekonomike a účtovníctve. Poznatky z hospodárskych výpočtov, informatiky, administratívy a korešpondencie, či ekonomických a administratívnych cvičení, sekretárskych prác dotvárajú obsah profilu absolventa. Štúdium je doplnené všeobecným a jazykovým vzdelávaním (T. Harčaríková, 2008).

Stredná odborná škola pre žiakov s telesným postihnutím. Predmetom činnosti strednej odbornej školy je zabezpečovanie vzdelávania a prípravy na povolanie pre žiakov s telesným postihnutím a pre žiakov zdravotne oslabených a chorých a zdravotne oslabených.

Stredná odborná škola pre žiakov s telesným postihnutím sa rozdeľuje na tri základné úseky:

- teoretické vyučovanie,
- praktické vyučovanie,
- výchova mimo vyučovania.

Uvedené úseky sú veľmi úzko vzájomne prepojené a spoločne zabezpečujú výchovno-vzdelávací proces v škole v súlade so školskými vzdelávacími programami a vzdelávacími štandardami vydanými Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu SR pre stredné odborné školy.

Obsah vzdelávania strednej odbornej školy pre žiakov s telesným postihnutím tvorí teoretické vyučovanie (všeobecno - vzdelávanie predmety a odborné predmety) a praktické vyučovanie (odborný výcvik). Vzdelávanie prebieha v účelných a bezbariérových priestoroch, ktoré sú vybavené novými technológiami (napr. interaktívna tabuľa), multimedialnou učebňou pre všeobecno-vzdelávacie a odborné predmety. Vyučovanie všeobecno-vzdelávacích a odborných predmetov je zabezpečená špeciálnymi pedagógmi, v edukačnom procese sa kladie dôraz na individuálny prístup k žiakom s rešpektovaním obmedzení, ktoré sú podmienené zdravotným postihnutím žiakov. Praktické vyučovanie je neoddeliteľnou súčasťou odborného vzdelávania. Poskytuje žiakom nácvik praktických zručností, získanie pracovných návykov a schopností nevyhnutných pre výkon povolania a pracovných činností zodpovedajúcich príslušným učebným alebo študijným odborom. Praktické vyučovanie sa vykonáva skupinovú formou v odborných učebniach (dielňach) jednotlivých učebných a študijných odborov v areáli školy alebo sa realizuje priamo v zmluvných prevádzkach a zariadeniach. Odborné vedomosti a zručnosti sa počas praktického vyučovania žiakom sprostredkovávajú aj prostredníctvom odborných exkurzií, seminárov, školských súťaží a návštevou rôznych výstav daného učebného a študijného odboru. Stredná odborná škola pre žiakov s telesným postihnutím sa aktívne spolupodieľa na uplatňovaní svojich absolventov na trhu práce a prispôsobuje skladbu učebných odborov i obsah vzdelávania a výchovy aktuálnym požiadavkám trhu práce.

V súčasnosti stredné odborné školy pre telesne postihnutých ponúkajú tieto učebné a študijné odbory:

3 ročné učebné odbory končiace záverečnou skúškou vydaním vysvedčenia o záverečnej skúške a výučným listom

- technicko-administratívny pracovník,

- elektromechanik - úžitková technika,
- elektromechanik - silnoprúdová technika,
- elektromechanik - stroje a zariadenia,
- zlatník a klenotník,
- polygraf – knihár.

4 ročný študijný odbor končiaci maturitnou skúškou, vydaním výučného listu a maturitného vysvedčenia

- kozmetik,
- mechanik počítačových sietí.

2 ročné nadstavbové maturitné štúdium končiace maturitnou skúškou a vydaním maturitného vysvedčenia

- technicko-ekonomický pracovník,
- umelecko-remeselné práce,
- strojárstvo - výroba, montáž a opravy prístrojov, strojov a zariadení,
- elektrotechnika - výroba a prevádzka strojov a zariadení,
- elektrotechnika - elektronické zariadenia.

2 ročné denné nadstavbové maturitné štúdium

- technicko-ekonomický pracovník,
- elektrotechnika - výroba a prevádzka strojov a zariadení.

2 ročné pomaturitné kvalifikačné štúdium

- verejná správa.

Absolventi učebných odborov získavajú **stredné odborné vzdelanie**, dokladom o získanom stupni vzdelania je vysvedčenie o záverečnej skúške a dokladom o získanej kvalifikácii je výučný list. Absolventi študijných odborov získajú **úplné stredné odborné vzdelanie**, dokladom o získanom stupni vzdelania a zároveň o získanej kvalifikácii je vysvedčenie o maturitnej skúške. Absolventi, ktorí získali úplné stredné odborné vzdelanie môžu pokračovať v štúdiu na vysokej škole.

Stredná odborná škola pre žiakov s telesným postihnutím poskytuje aj **vzdelávanie na získanie nižšieho stredného vzdelania**. Pre žiakov, ktorí zo zdravotných dôvodov nemajú jednoznačnú profesijnú orientáciu, resp. predpoklady na zvládnutie učebného odboru, ďalej poúrazové a pooperačné stavy vyžadujúce intenzívnu rehabilitačnú starostlivosť, nezískali nižšie stredné vzdelanie, t.j. nemajú ukončenú ZŠ (podľa § 42 ods. 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení

niektorých zákonov) umožňuje vzdelávanie na získanie nižšieho stredného vzdelania formou denného štúdia v rámci **prípravnej triedy**, ktoré trvá 1 školský rok. Úlohou prípravnej triedy je doplnenie vedomostí zo základnej školy a rozvíjanie praktických zručností a spôsobilostí s komplexnou rehabilitáciou. Vzdelávanie končí komisionálnou skúškou z povinných predmetov. Následne v priebehu školského roka je možné opätovné posúdenie v poradni pre voľbu povolania s možnosťou zaradenia do učebného alebo študijného odboru.

4.2 Sústava škôl pre deti a žiakov s chorobou a zdravotným oslabením

Jednotlivci s chorobou a zdravotným oslabením sú edukovaní v podmienkach bežných typov škôl, až na výnimky, kedy si ich zdravotný stav vyžaduje špecifické podmienky na edukáciu a tiež aj vzhľadom na závažnosť choroby individuálny prístup a toleranciu.

Vo vyššie uvedených prípadoch sú choré a zdravotne oslabené deti edukované v podmienkach škôl pri zdravotníckych zariadeniach.

Materská škola pri zdravotníckom zariadení (detskej nemocnici, liečebni, ozdravovni, kúpeľoch), poskytuje predškolskú výchovu deťom od 3 rokov. Činnosť materskej školy pri zdravotníckom zariadení sa vo všetkých činnostiach prispôbuje liečebnému režimu zdravotníckeho zariadenia. Materská škola vytvára e chorému a zdravotne oslabenému dieťaťu špecifické podmienky na úspešné vzdelávanie a uspokojovanie špeciálnych edukačných potrieb. Zohľadnenie špeciálnych edukačných potrieb zabezpečí zdravotne znevýhodnenému dieťaťu rovnocenný prístup k vzdelávaniu, primeraný rozvoj jeho osobnosti, ako aj dosiahnutie primeraného stupňa vzdelania a začlenenia sa do spoločnosti (Vzdelávací program pre deti choré a zdravotne oslabené ISCED 0 – predprimárne vzdelávanie, 2009).

Hlavným cieľom výchovy a vzdelávania v materskej škole pri zdravotníckom zariadení je rešpektovať zdravotný stav a individuálne možnosti a schopnosti chorého a zdravotne oslabeného dieťaťa.

Dieťa v zdravotníckom zariadení dodržiava liečebný režim, ktorý pozostáva často z nepríjemných a bolestivých zákrokov, ktoré vplývajú na jeho správanie. Deti sa stávajú nedôverčivé, podráždené, prejavuje sa u nich veľká malátnosť, únava nezájum o činnosti.

Prvoradou úlohou materskej školy pri zdravotníckom zariadení je pomôcť dieťaťu ľahšie zvládať adaptáciu na nové prostredie, vyrovnáť sa v maximálne

možnej miere s touto záťažovou situáciou a naďalej v plnom rozsahu rozvíjať osobnosť dieťaťa.

Materská škola pri zdravotníckom zariadení ako výchovno-vzdelávacia inštitúcia plní aj diagnostickú funkciu v úzkej spolupráci so zákonnými zástupcami, zdravotníckymi zamestnancami, klinickými psychológmi a inými odborníkmi.

Základná škola pri zdravotníckom zariadení

Žiakom chorým a oslabeným poskytuje výchovu a vzdelávanie základná škola pri zdravotníckom zariadení (nemocnice, liečebne, ozdravovne, kúpele, prípadne iné zdravotnícke zariadenia (vyhláška MŠ SR č. 322/2008 o špeciálnych školách § 2, bod 8).

Základná škola pri zdravotníckom zariadení poskytuje deťom v školopovinnom veku výchovu a vzdelávanie počas ich hospitalizácie v zdravotníckom zariadení. Ide o školu fluktuáčného charakteru, v ktorej sa zloženie žiakov počas školského roka priebežne mení.

Žiaci chorí a zdravotne oslabení plnia rovnaké ciele vzdelávania ako žiaci základných škôl na primárnom stupni vzdelávania a nižšom stupni sekundárneho vzdelávania.

Profil absolventa primárneho vzdelávania zodpovedá profilu absolventa, ktorý je koncipovaný prostredníctvom kompetencií (spôsobilostí) pre bežné základné školy. Spôsobilosti žiaka chorého a zdravotne oslabeného nadobudnuté počas časového úseku, v ktorom bolo v tejto škole vzdelávané, sú porovnateľné so spôsobilosťami žiaka príslušného ročníka vzdelávaného v základnej škole bežného typu.

Žiak chorý a zdravotne oslabený môže byť vzdelávaný

- v základnej škole pri zdravotníckom zariadení,
- v špeciálnej triede pre žiakov chorých a zdravotne oslabených základnej školy,
- v triede základnej školy spolu s inými žiakmi, t.j. v školskej integrácii (podľa § 94 ods. 1 zákona č. 245/2008 Z. z) (Vzdelávací program pre deti choré a zdravotne oslabené ISCED 1 – primárne vzdelávanie, 2009).

Základná škola pri zdravotníckom zariadení plní poslanie kmeňovej školy so zreteľom na potreby dieťaťa. Rozsah vyučovania je diferencovaný podľa zdravotného stavu žiaka (1 až 4 vyučovacie hodiny denne).

Žiaci chorí a zdravotne oslabení sa vzdelávajú v špeciálnych triedach základnej školy podľa vzdelávacieho programu pre žiakov chorých a zdravotne oslabených a z toho vyplývajúceho rámcového učebného plánu pre primárne vzdelávanie. Vzdelávací program pre žiakov chorých a zdravotne oslabených je súčasťou Štátneho vzdelávacieho programu pre 1. stupeň základnej školy v Slovenskej republike, ISCED 1 – primárne vzdelávanie.

Pre deti a žiakov s telesným postihnutím s pridruženým mentálnym postihnutím je zriadená špeciálna materská škola pre deti s telesným postihnutím, špeciálna základná škola pre žiakov s telesným postihnutím a odborné učilište pre žiakov s telesným postihnutím.

Deťom a žiakom chorým a zdravotne oslabeným, ktorí majú mentálne postihnutie, poskytuje výchovu a vzdelávanie špeciálna materská a špeciálna základná škola pri zdravotníckom zariadení.

4.2.1 Integrované / inkluzívne vzdelávanie detí a žiakov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením

V druhej polovici 20. storočia vznikli viaceré dokumenty medzinárodných organizácií, v ktorých sa podporovala idea rovnakých príležitostí pre postihnutých jednotlivcov v živote spoločnosti, z čoho vychádzala aj koncepcia „školy pre všetkých“ (Celosvetový akčný program, OSN v r. 1982; Európska sociálna charta, EU, v r. 1989; Dohovor o právach dieťaťa, OSN v r. 1989; Deklarácia zo Salamanky, UNESCO v r. 1994).

Do pedagogickej terminológie prenikli výrazy „integrácia“ a potom „inklúzia“. V školskom systéme sa integrácia chápe ako spolužitie intaktných a zdravotne či sociálne znevýhodnených jednotlivcov, pričom sa vzájomne rešpektujú ich individuálne potreby a jej praktickým prejavom je ich spoločná edukácia v sústave bežných škôl pre všetky vekové kategórie. Paralelne však jestvuje aj sústava špeciálnych škôl. Transformácia integrácie na vyšší stupeň sa považuje za inklúziu, kedy sa už neráta s jestvovaním špeciálnych škôl (sú iba špeciálne triedy v bežných školách). Proces uskutočňovania inklúzie je dlhodobý a situácia pokročilosti v tomto smere v jednotlivých štátoch je odlišná.

U nás dosiaľ jestvuje duálny systém v edukácii postihnutých a narušených – integrovaný (v bežných školách) a segregovaný (v špeciálnych školách). So zreteľom na potrebu aplikácie princípov integrácie sa vykonala aj úprava relevantnej školskej legislatívy (Zákon č. 245/2008 Z.Z. – školský zákon, Vyhláška MŠ SR č. 320/2008 Z.z. o základnej škole, Vyhláška MŠ SR č.

325/2008 Z.z. o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie).

Princíp integrácie /inklúzie v školskom systéme sa rozvíja na teoretickej úrovni – utvára sa integratívna / inkluzívna pedagogika. (V českej a slovenskej literatúre: M. Vítková, 2003, A. Vančová a kol.(2010), V. Lechta a kol. (2010, 2016).

Táto problematika má dve úrovne: všeobecné poznatky, ktoré sú zahrnuté do špeciálnej pedagogiky a tvoria istý spoločný základ, z ktorého vychádzajú špecifické poznatky, zahrnuté do obsahu jednotlivých odborov špeciálnej pedagogiky.

Úlohou pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených je, aby sa – vychádzajúc z edukačných potrieb týchto jednotlivcov – špecifikovali tie opatrenia, ktoré sa majú uskutočňovať v sústave bežných škôl s cieľom dosahovať úspešnosť spoločnej edukácie.

V uvedení do systému spoločnej edukácie telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených jednotlivcov venujeme pozornosť trom základným činiteľom tohto systému, ktorými sú: **žiak – rodina – škola.**

Žiak s telesným postihnutím vstupuje do spoločnej edukácie so svojimi edukačnými potrebami, ktoré súvisia s jeho somatickými a psychickými osobitosťami. Tieto treba poznať a rešpektovať tak isto, ako by to bolo v prípade, že by edukácia prebiehala v podmienkach segregácie, t.j. v špeciálnej škole. Teda tieto osobitosti jestvujú ako podmienky edukácie (uvádzame ich v súvzťažných kapitolách tejto publikácie) všade tam kde sa jednotlivci s telesným postihnutím do edukačného procesu začlenia.

V prípadoch spoločnej edukácie ešte vzniká aj otázka, ako bude daný jednotlivec reagovať na prostredie bežnej školy, spolužiakov, od ktorých sa svojim postihnutím odlišuje a na ich postoje k nemu. Tu možno brať do úvahy aj možnosť únikového správania a vytvárania záporného vzťahu k prostrediu bežnej školy aj možnosť aktívneho postoja, tendencie dokazovať svoje schopnosti a vyvíjať úsilie o dobrú pozíciu medzi spolužiakmi v triede.

S telesným postihnutím sa v rozličnej miere spájajú aj nároky na istý druh zdravotníckej starostlivosti, ako sú liečebnorehabilitačné procedúry, ktoré treba zabezpečiť alebo používanie ortopedicko-protetických pomôcok pri vykonávaní edukačných činností.

Chorý žiak v podmienkach edukácie v bežnej škole má odlišnú situáciu v závislosti od toho, ako chorobou trpí či už z hľadiska jej závažnosti alebo

jej trvania a či mu choroba umožňuje, aby sa vôbec začlenil do procesu vyučovania. Stav choroby umožňuje, aby sa vôbec začlenil do procesu vyučovania. Ak si chorý žiak vyžaduje aj hospitalizáciu v zdravotníckom zariadení a v tom prípade sa začlení do edukácie v tamojšej materskej škole alebo základnej škole v lekárom povolenom rozsahu. Bežná škola sa vtedy chápe ako tzv. kmeňová škola. Hospitalizácia trvá rôzne dlho, môže byť aj opakovaná, prípadne (ako napr. pri onkologických chorobách) sa môže kombinovať aj so starostlivosťou v domácom prostredí a vtedy sa môže realizovať individuálne vyučovanie žiaka doma, v ktorom sa angažuje jeho kmeňová škola.

Po návrate chorého žiaka zo zdravotníckeho zariadenia do bežnej školy možno hovoriť o reintegrácii. Je spojená s požiadavkou na rešpektovanie dôsledkov hospitalizácie a primeraných nárokov na školské výkony žiaka. Dôležité sú informácie zo školy pri zdravotníckom zariadení o školskej činnosti žiaka a jej výsledkoch.

Z hľadiska požiadavky rešpektovania stavu choroby sú významné informácie od lekára o užívaní medikamentov u jednotlivca v čase keď je v škole ako aj o primeranej životospráve, ktorá sa má dodržiavať. Osobitný zreteľ si vyžadujú dlhotrvajúce choroby, ako sú choroby srdca, diabetes, astma či onkologické choroby.

Zdravotne oslabený žiak či už ako rekonvalescent alebo ako jednotlivec, ktorého zdravotný stav oslabujú činitele prostredia sa spravidla vzdeláva v bežných školách. Avšak v niektorých prípadoch môže byť dočasne umiestnený aj v detskej ozdravovni a tam je zriadená aj materská škola a základná škola. V záujme toho, aby sa zdravotný stav jednotlivca nezhoršoval, aby sa zvyšovala jeho fyzická odolnosť a spôsobilosť, treba dbať na mieru záťaže v školských činnostiach a vhodný pohybový režim. Z tohto hľadiska majú význam primerané pohybové aktivity, ktoré sa organizujú mimo vyučovania.

Rodina

Od rodiny, ktorá má telesne postihnuté, choré a zdravotne oslabené dieťa sa očakáva, že bude tomuto dieťaťu poskytovať zdravotnému stavu a veku adekvátnu domácu opateru a uspokojovať jeho emocionálne potreby, dbať na to, aby dostávalo potrebnú zdravotnícku starostlivosť a bude plniť úlohy rodinnej výchovy.

Keďže pri integrovanej edukácii dieťa ostáva v prostredí svojej rodiny, je dôležité, aby táto rodina pravidelne spolupracovala so školou, ktorú dieťa

navštevuje. Záujem rodiny o túto spoluprácu a jej aktivita v tomto smere je základnou podmienkou úspešnosti integrovanej edukácie. V prípade, že dieťa má ťažkosti v oblasti pohybu, je potrebná spolupráca v otázke jeho dopravy do školy a zo školy.

Úlohou rodiny je oboznámiť vyučujúcich so zdravotnými potrebami dieťaťa. V otázkach jeho edukácie je prospešná vzájomná informovanosť o priebehu osvojovania vedomostí a zručností dieťaťa v danom ročníku, a spoločné riešenie vzniklých edukačných problémov.

Škola

Škola je realizátorom integrovanej edukácie, čo znamená, že má vytvárať pre ňu náležité materiálne, personálne i organizačné podmienky a zabezpečovať plnenie vzdelávacieho programu v jednotlivých ročníkoch.

Materiálne podmienky (bezbariérové prostredie, vhodný školský nábytok a didaktické ako aj kompenzačné pomôcky) predstavujú pri žiakoch s telesným postihnutím širokú problematiku, ktorej venujeme pozornosť na inom mieste tejto publikácie. Tu poznamenávame, že kým v špeciálnej škole pre žiakov s telesným postihnutím sú typické rôzne variácie úprav materiálneho prostredia a môžu slúžiť viacerým žiakom, v bežnej škole sa sledujú len potreby tých jednotlivcov, ktorí sa tu aktuálne vzdelávajú, t.j. majú sa zabezpečiť aj pre jediného žiaka.

Personálne podmienky vytvárajú pracovníci, ktorí v danej škole pôsobia. Predovšetkým sú to učitelia, ktorí by mali mať kvalifikáciu pre vyučovanie v bežnej škole, ale aj základnú špeciálnopedagogickú prípravu (a ak pôjde o špeciálnu triedu, aj kvalifikáciu špeciálneho pedagóga). K tomu sa však má pripájať aj záujem a ochota učiteľa pracovať so žiakmi so špeciálnymi edukačnými potrebami.

Špecifické úlohy plnia viacerí odborníci: školský psychológ, školský špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg a logopéd. V práci s jednotlivými žiakmi v triede sa angažuje asistent učiteľa, ktorý pomáha žiakovi pri vykonávaní niektorých školských činností a tým aj učiteľovi, ktorý vedie edukačný proces v celej triede. (Odlíšiť treba osobného asistenta, ktorý poskytuje pomoc zdravotne ťažko postihnutým pri vykonávaní bežných denných úkonov vrátane hygienických).

Organizačné podmienky predstavujú viacero opatrení, ktoré slúžia na zabezpečovanie riadneho priebehu vyučovania aj s ohľadom na žiakov so špeciálnymi potrebami. Ich edukáciu možno organizovať formou:

špeciálnej triedy (pre činnosť ktorej platia tie isté požiadavky ako pre triedu v špeciálnej škole),

individualizovaného vyučovania v bežnej triede, teda spoločného vyučovania, ktoré možno doplniť aj oddeleným individuálnym alebo skupinovým vyučovaním vo vymedzenom čase, ak si to vyžadujú také metodické postupy, ktoré sa nedajú uskutočniť v rámci vyučovania v bežnej, intaktnej triede a vzťahujú sa na niektoré predmety alebo ich časti (ako je rozvíjanie pohybových alebo dorozumievacích zručností).

Pri plnení úloh integrovanej edukácie sa uplatňuje spolupráca školy – s rodinami žiakov (formou rozhovorov, skupinových diskusií, prednášok, inštrukcií alebo písomných informácií), s lekármi pre deti a dorast, ako aj so zdravotníckymi zariadeniami v ktorých sa žiaci liečia, - s inštitúciami špeciálnopedagogického poradenstva, pomoc ktorých sa využíva najmä pri náročnejších úlohách, ako je diagnostika a špecifikácia edukačných potrieb jednotlivcov, zostavovanie individuálnych vzdelávacích programov a tvorba špeciálnych didaktických pomôcok.

4.3 Systém školských výchovno – vzdelávacích zariadení pre deti a žiakov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením

Výchova a vzdelávanie v školských výchovno-vzdelávacích zariadeniach sa uskutočňuje v súlade s § 8 školského zákona podľa **výchovného programu**, ktorý je základným dokumentom školského výchovno-vzdelávacieho zariadenia. Podľa § 161 ods. 28 školského zákona sa podľa výchovného programu postupuje v školských výchovno-vzdelávacích zariadeniach **od 1. septembra 2009**. Výchovný program školského výchovno-vzdelávacieho zariadenia sa vypracúva v nadväznosti na štátny vzdelávací program a školský vzdelávací program príslušného druhu a typu školy.

4.3.1 Školský klub detí

Školský klub detí, ktorým sa v zmysle vyhlášky č.306 / 2009Z. z. o školských zariadeniach zabezpečuje pre žiakov, ktoré plnia povinnú školskú dochádzku na základnej škole, činnosť podľa výchovného programu školského zariadenia zameranú na ich prípravu na vyučovanie a na oddych v čase mimo vyučovania a v čase školských prázdnin. Možno ho zriadiť aj pri škole pre žiakov s telesným postihnutím, ak sa táto výchova neposkytuje v podmienkach internátu. Svojou činnosťou by mal prispievať k motorickému, psychickému a k sociálnemu vývinu žiakov s telesným postihnutím.

Pokiaľ ide o školy pri zdravotníckych zariadeniach, školský klub detí je ich súčasťou. Školský klub detí v školách pri zdravotníckych zariadeniach svojou činnosťou v špecifických podmienkach zdravotníckych zariadení prispieva k lepšej adaptácii chorých a zdravotne oslabených detí na nielen nové prostredie ale aj na ich hospitalizáciu, čo má pozitívny vplyv aj na uspokojenie emocionálnych potrieb chorých a zdravotne oslabených žiakov čo veľmi úzko súvisí aj s napĺňaním liečebného režimu zvlášť u žiakov s chronickou, respektíve nevyliciteľnou chorobou.

V programe činnosti školského klubu detí pri škole pre žiakov s telesným postihnutím a rovnako tak aj v školách pri zdravotníckych zariadeniach je potrebné zohľadňovať nielen druh telesného postihnutia a jeho dôsledky ale je potrebné zohľadňovať aj špecifiká jednotlivých chorôb a z nich vyplývajúce edukačné, emocionálne, sociálne a v neposlednom rade aj adaptačné problémy, nakoľko sa činnosti v školskom klube v jednom aj v druhom prípade realizujú v špecifických podmienkach jednotlivých špeciálnych zariadení.

4.4 Špeciálne zariadenia pre telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených

Do skupiny špeciálnych zariadení pre telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených zaraďujeme:

- zdravotnícke zariadenia,
- zariadenia so zameraním na pracovnú a sociálnu rehabilitáciu a pracovné poradenstvo,
- zariadenia sociálnych služieb

4.4.1 Zdravotnícke zariadenia

Sú zamerané na poskytovanie liečby alebo doliečovania jednotlivcov telesne postihnutým, chorým a zdravotne oslabeným. Medzi zdravotnícke zariadenia patria: nemocnice všetkých typov, detské liečebne (alebo liečebné ústavy, sanatóriá) a detské ozdravovne.

Nemocnica je zariadenie pre tých jednotlivcov, ktorým nemožno poskytnúť potrebné zdravotnícke služby ambulatnou formou. Nemocnice plnia diagnostické i terapeutické úlohy- poskytujú rôzne druhy liečby od jednoduchých až po najnáročnejšie. Diferencujú sa podľa rozsahu i stupňa náročnosti liečby. Deti sa hospitalizujú buď v detskom oddelení nemocnice

alebo v samostatnej detskej nemocnici, či detskej klinike, ktorá má špecializované oddelenia. Doba hospitalizácie dieťaťa v nemocnici závisí od závažnosti choroby. Z nemocnice deti odchádzajú buď do domácej starostlivosti alebo do špecializovaného zariadenia akým je napríklad liečebňa.

Detská liečebňa / liečebný ústav, sanatórium – je zariadením pre chorých so stanovenou diagnózou a v závislosti od nej poskytuje špecifickú liečbu alebo doliečovanie. Detská liečebňa môže byť zameraná aj multiprofílovo. Na Slovensku máme niekoľko druhov liečební: rehabilitačný ústav, ústav tuberkulózy a respiračných chorôb, endokrinologický ústav, psychiatrickú liečebňu, a okrem nich aj viacero kúpeľných zariadení, ktoré sa špecializujú na liečbu širokého spektra chorôb.

Denné detské sanatórium - poskytuje zdravotnícku starostlivosť deťom a súčasne aj ich rodinám. Zriadené sú najmä sanatória pre deti so zameraním na liečebnú rehabilitáciu, na choroby tráviaceho a dýchacieho ústrojenstva. Špecifickým typom sanatória je pedopsychiatrické sanatórium.

Detská ozdravovňa - je zdravotnícke zariadenie, ktoré slúži zdravotne oslabeným jednotlivcom. Nachádza sa spravidla v prírodnom prostredí. Podľa klimatických podmienok sa rozlišujú: nížinné, podhorské a horské ozdravovne. V zdravotníckej starostlivosti v ktorej sa vo veľkej miere využíva priaznivý vplyv klímy je významným prostriedkom ozdravovania primeraná životospráva a pohybový režim.

4.4.2 Zariadenia so zameraním na pracovnú, sociálnu rehabilitáciu a pracovné poradenstvo

Zariadenia takéhoto zamerania poskytujú jednotlivcom s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením, adekvátnu prípravu na povolanie a pracovné poradenstvo.

Inštitút pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zdravotným postihnutím

Inštitút pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zdravotným postihnutím (IPR) je odborné účelové zariadenie pre občanov telesne a zdravotne postihnutých s celoslovenskou pôsobnosťou. Jeho zriaďovateľom je Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. IPR má právnu subjektivitu a z nej vyplývajúce práva a povinnosti v právnych vzťahoch s fyzickými a právnickými osobami.

Vznikol z Inštitútu pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou a predtým, do roku 1991 z Výcvikového strediska pre

občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou. Hlavným poslaním Inštitútu je výkon tej časti pracovnej rehabilitácie občanov so ZPS, ktorá predstavuje prípravu týchto občanov na pracovné uplatnenie podľa paragrafu 23. zák. č. 1 / 1991 Zb. IPR poskytuje občanom so ZPS podľa zákona SNR č. 83 / 1991 Zb. prípravu na pracovné uplatnenie, pokiaľ povaha a rozsah poškodenia zdravia týchto jednotlivcov vyžadujú špeciálnu starostlivosť, alebo pokiaľ je to z iných dôvodov účelné.

V súčasnosti Inštitút pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zdravotným postihnutím, ktorého súčasťou je stredná odborná škola pre žiakov s telesným postihnutím, poskytuje žiakom vzdelanie v učebných alebo študijných odboroch, ďalej komplexnú zdravotnú starostlivosť a liečebnú rehabilitáciu, psychologickú a sociálnu starostlivosť, celodenné stravovanie a ubytovanie v internáte.

V IPR a strednej odbornej škole pre telesne postihnutých sa pripravujú na povolanie tí telesne a zdravotne postihnutí jednotlivci, u ktorých je vzhľadom na ich zdravotný stav resp. postihnutie, predpoklad úplného zvládnutia určitej profesie. Cieľom prípravy na povolanie je pre jej účastníkov vytvoriť predpoklady, aby sa úspešne zapojili do pracovnej činnosti na trhu práce. Do IPR a strednej odbornej školy pre telesne postihnutých sa prijímajú občania so zmenenou pracovnou schopnosťou oboch pohlaví od 15 do 45 rokov, ktorí úspešne ukončili povinnú školskú dochádzku.

V IPR je jednotlivcom s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením poskytovaná komplexná rehabilitačná starostlivosť, ktorá zahŕňa:

liečebnú rehabilitáciu - zahrňujúca liečbu podporujúcu regeneráciu a prevenciu zhoršenia zdravotného stavu (napr. elektroliečba, vodoliečba, telocvik, masáže a pod.)

pracovnú rehabilitáciu - dynamický dlhodobý proces pre jednotlivcov po úraze alebo s chronickými ochoreniami s cieľom nájdania si práce, resp. zabezpečenia prípravy na nové zamestnanie, čo je zabezpečované formou ergoterapie, nácvikom pracovných zručností, zisťovanie pracovného potenciálu, odporúčaním profesionálnej prípravy alebo vzdelávania, príp. nasmerovaním na podporované zamestnávanie.

sociálnu rehabilitáciu - s cieľom integrácie občana so zdravotným postihnutím do spoločenského, osobného a pracovného života s poskytovaním podporných služieb formou poradenstva a poskytovania informácií o možnostiach kompenzačnej pomoci, ekonomického

zabezpečenia v rámci invalidity, právnej pomoci, psychologickej podpory, spoločenskej a osvetovej činnosti.

IPR pri plnení svojich úloh spolupracuje s organizáciami rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny, s organizáciami rezortu zdravotníctva, s orgánmi rezortu školstva, so zamestnávateľmi v štátnom i súkromnom sektore a so spoločenskými organizáciami, nadáciami a združeniami orientovanými na pomoc občanom so zdravotným postihnutím.

Organizačnou súčasťou IPR je Centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie (CSPR).

Centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie

Hlavným cieľom Centra sociálnej a pracovnej rehabilitácie pri Inštitúte pracovnej rehabilitácie (CSPR) je prostredníctvom poskytnutých služieb pomôcť klientom so zdravotným postihnutím čo najskôr umiestniť sa na trhu práce. Klientom sú služby poskytované na základe ich vlastného zväzenia spôsobu spolupráce a sú zabezpečované tímom viacerých odborných pracovníkov. Prostriedkami pre dosiahnutie tohto cieľa sú individuálne a skupinové motivačné, pracovné a rehabilitačné aktivity, ktoré napomáhajú klientom v rozvoji sociálnych a komunikačných zručností a smerujú ich k výberu vhodnej pracovnej činnosti.

Poskytuje poradenstvo občanom v rámci celého Slovenska týkajúce sa zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím pri ukončení pracovného pomeru občanmi so zdravotným postihnutím pri uplatňovaní si kompenzácií a pod.

Klientom CSPR môžu byť invalidní občania ktorí majú pokles schopností vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40 % (podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení), občania, ktorí majú pokles schopností vykonávať zárobkovú činnosť o 20 % ale najviac o 40 % (podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení), inak zdravotne znevýhodnení občania, zamestnávatelia, ktorí chcú a môžu zamestnať občanov so zdravotným postihnutím a organizácie a inštitúcie, ktoré sa zaoberajú starostlivosťou o občanov so zdravotným postihnutím.

Centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie svojim klientom poskytuje:

- informačné a poradenské služby pre občanov so zdravotným postihnutím, zamestnávateľov a verejnosť,
- výber a odporúčenie vhodnej pracovnej činnosti alebo vzdelávania,

- možnosť psychologického poradenstva, psychologického posúdenia, psychologickéj diagnostiky a psychologickéj podpory (intervencia krízy),
- podporu a poradenstvo počas zaškoľovania, skúšobnej praxe a sprostredkovanie podporných služieb počas zamestnania,
- diagnostikovanie schopností, zručností a návykov klienta,
- zisťovanie zostatkového fyzického pracovného potenciálu (FCE ISERNHAGEN),
- poskytovanie liečebnej rehabilitácie fyzioterapeutom (masáž, vodoliečba, elektroliečba, rehabilitačné cvičenia, tréning jemnej motoriky),
- aktivizácia občanov so zdravotným postihnutím prostredníctvom tréningu a hodnotenia zručností a návykov a pracovnej záťaže,
- odstraňovanie negatívnych vplyvov a návykov formou aktivít, zameraných na nácvik komunikačných a sociálnych zručností,
- vyhodnotenie klienta a jeho celkových schopností, znalostí a zručností v pracovnej a pracovno-sociálnej oblasti, prípadne ich zdravotného obmedzenia
- kariérne poradenstvo.

Služby poskytované klientom CSPR sú bezplatné. Odborné poradenské služby v CSPR zabezpečuje tím pracovníkov (sociálno-rehabilitačný pracovník, psychológ, fyzioterapeut, pracovný terapeut, pracovný poradca, posudkový lekár, sociálno-administratívny pracovník). Tím pracovníkov zabezpečuje odbornú pomoc - poskytnutie informácií o možnostiach kompenzačnej pomoci, o možnostiach finančného zabezpečenia v rámci invalidity, o možnostiach prehodnotenia zdravotného stavu, pri vyhľadávaní vhodného pracovného miesta a pod.

Centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie pri Inštitúte pracovnej rehabilitácie občanov so zdravotným postihnutím, poskytuje pre žiakov s telesným postihnutím poradenstvo v predprofesijnej príprave a profesijnej orientácii a profesijnej príprave.

Pracovné poradenstvo poskytuje psychológ centra sociálnej a pracovnej rehabilitácie a uskutočňuje sa dvoma spôsobmi:

- Žiakom strednej odbornej školy s telesným postihnutím prostredníctvom vypracovaného programu, najčastejšie skupinovú formou. Podľa potreby psychológ pracuje so žiakmi aj individuálne.

- Prostredníctvom **poradne pre voľbu povolania**, ktorá sa orientuje nielen na žiakov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením, psychické poruchy vrátane porúch učenia.

Poradňa pre voľbu povolania

Schopnosti a predpoklady pre zvládnutie prípravy na príslušné profesie sa u uchádzačov zisťujú v poradni pre voľbu povolania, ktorá patrí k špecifikám Inštitútu. Do poradne pre voľbu povolania (poradňa) sú počas celého školského roka pozývaní na celotýždňový diagnostický pobyt klienti, ktorí prejavili záujem o prípravu na povolanie v IPR. Postihnutí klienti veľakrát prichádzajú do poradne s predstavou budúcej profesie pre ktorú nemajú fyzické ale ani psychické predpoklady. Počas celotýždňového pobytu v poradni sa zisťujú schopnosti a predpoklady na zvládnutie prípravy pre príslušnú profesiu. Výsledkom práce poradne je odporúčenie, resp. neodporúčenie telesne a zdravotne postihnutého klienta na príslušnú profesiu. Ak klient v poradni pre voľbu povolania z akýchkoľvek príčin neuspje, poradňa mu odporučí iný typ školy, resp. vzdelávania, adekvátny jeho zdravotnému stavu a schopnostiam.

Poradňa pre voľbu povolania pri diagnostikovaní žiaka spolupracuje s odborným tímom:

- **psychológ CSPR** (zisťuje osobnostnú charakteristiku, výrazné črty pre výkon povolania, celkové predpoklady žiaka, jeho kognitívne schopnosti, motiváciu)
- **špeciálny pedagóg** (sleduje výkon žiaka z hľadiska pedagogického a výchovného),
- **lekár** (posudzuje celkový zdravotný stav a možnosti zaradenia na trh práce s ohľadom na jeho zdravotné obmedzenia),
- **vychovávateľ** (ak sa predpokladá pobyt žiaka v internáte - sleduje napr. zapojenie sa do nového kolektívu, kooperáciu a adaptabilitu na nové prostredie a nový kolektív).

U žiakov, ktorí sa zaujímajú o daný odbor, kde je nutná manuálna zručnosť alebo kreativita, uskutočňuje sa testovanie zručností s dôrazom na jemnú motoriku prostredníctvom fyzioterapeuta alebo majstra odborného výcviku.

Diagnostikovanie žiakov pre voľbu povolania trvá spravidla jeden týždeň, na záver sa vykonáva komplexné hodnotenie a odborný tím pracovníkov hodnotenie prekonzultuje so zákonnými zástupcami uchádzača.

Centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie pri Inštitúte pracovnej rehabilitácie občanov so zdravotným postihnutím spolupracuje aj s centrami

pedagogicko - psychologického poradenstva a prevencie, pri zaradovaní klientov z týchto centier do poradne pre voľbu povolania v IPR. Špecifikom IPR v edukácii jednotlivcov s postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením je tzv. prípravná trieda. Návrh učebných osnov tejto jednoročnej prípravnej triedy bol schválený MŠ SR 27. 1996.

4.4.3 Zariadenia sociálnych služieb

Slúžia fyzickým osobám, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby z dôvodu mentálneho, senzorického, telesného postihnutia alebo choroby. Svoje služby poskytujú ambulantnou alebo pobytovou formou.

Medzi zariadenia sociálnych služieb patria: domov sociálnych služieb, denný stacionár, a rehabilitačné stredisko. Pôsobnosť týchto zariadení bližšie určuje zákon zákona 448/2008 Z. z o sociálnych službách.

Domov sociálnych služieb – predtým ústav sociálnej starostlivosti, pôvodne profilovaný na starostlivosť o telesne postihnutú mládež alebo telesne postihnutých dospelých má v zmysle vyššie citovaného zákona širšiu profiláciu. Môže poskytovať sociálne služby aj iným sociálne odkázaným osobám. Tieto služby sa poskytujú v pobytovej forme a zahŕňajú: **sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, pracovnú terapiu, záujmovú činnosť, deťom aj výchovu a vytváranie podmienok pre vzdelávanie.**

Denný stacionár - poskytuje sociálne služby na určitý čas v priebehu dňa. Klientom zabezpečuje sociálne poradenstvo (aj rodine alebo inej pomáhajúcej osobe), sociálnu rehabilitáciu, pracovnú terapiu a záujmovú činnosť.

Rehabilitačné stredisko - poskytuje sociálne služby ambulantnou alebo pobytovou formou osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby v týchto oblastiach: stravovanie, osobná hygiena, sebaobslužné úkony, orientácia v prostredí, dodržiavanie a dohľad nad liečebným režimom, pohyb. Realizuje tiež sociálne poradenstvo a sociálnu rehabilitáciu rodine alebo pomáhajúcej osobe.

4.5 Kontrolné otázky a úlohy k 4. kapitole

Myslíte si, že by sa malo upustiť od duálneho systému v edukácii jednotlivcov s telesným postihnutím a prejsť výlučne na integrovaný / inkluzívny model?

Viete zhodnotiť potrebu existencie duálneho systému v edukácii jednotlivcov s telesným postihnutím na Slovensku?

Diskutujte na tém: integrácia / inklúzia jednotlivca s telesným postihnutím.

Aká dlhá je tradícia škol pri zdravotníckych zariadeniach na Slovensku a v Čechách?

Ak hovoríme, že pre úspešnú integráciu / inklúziu jednotlivcov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením v bežnej škole je potrebné vytvárať podmienky, čo to znamená?

Aká je tradícia a poslanie inštitútu pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zdravotným postihnutím?

5 PODMIENKY ŠPECIÁLNEJ VÝCHOVY TELESNE POSTIHNUÝCH, CHORÝCH A ZDRAVOTNE OSLABENÝCH

Podmienky špeciálnej výchovy sú tie skutočnosti, ktoré determinujú túto výchovu. Pre pedagogiku telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených nie sú predmetom skúmania (sú predmetom skúmania pomocných vied medicínskych, psychologických a sociologických) ale zameriava sa na ich utriedenie a vymedzenie ich vzťahov k špeciálnopedagogickým činnostiam (t.j. ako ovplyvňujú ciele, obsah, metódy a formy takýchto činností).

Podmienky špeciálnej výchovy telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených delíme na:

Vnútorne podmienky - vzťahujú sa na osobnosť samotného telesne postihnutého, chorého a zdravotne oslabeného jednotlivca a predstavujú jednak jeho somatické a jednak aj psychické zvláštnosti.

Vonkajšie podmienky - predstavuje materiálne a spoločenské prostredie, v ktorom sa uskutočňuje špeciálna výchova ako aj organizácia činnosti v špeciálnej výchovnej inštitúcii.

Podmienky špeciálnej výchovy sa menia pod vplyvom množstva činiteľov s pozitívnymi negatívnym účinkom. V špeciálnopedagogickej praxi ide o poznávanie vnútorných i vonkajších podmienok špeciálnej výchovy, ich sledovanie v priebehu nej so zámerom prispôsobovať špeciálnopedagogické činnosti aktuálnym podmienkam a súčasne tieto podmienky spätne ovplyvňovať, zámerne ich zlepšovať.

5.1 Vnútorne podmienky špeciálnej výchovy telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených

Somatické a psychické zvláštnosti telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených, ktoré podmieňujú ich výchovu, sa zisťujú v rámci diagnostických procesov medicínskeho a psychologického charakteru. Na základe získaných poznatkov je možné identifikovať špeciálne výchovné potreby jednotlivcov, aby sa nadväzne mohli uskutočňovať náležité špeciálnopedagogické opatrenia. Miera potrebných opatrení je rozličná a mení sa podľa toho, ako sa mení obraz postihnutia.

5.1.1 Somatické zvláštnosti telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených

Pri posudzovaní somatických zvláštností je východiskom medicínska diagnóza, ktorá vyjadruje druh telesného postihnutia, choroby či zdravotného oslabenia. Poučenia o ich etiológii, symptomatológii a terapii možno chápať z rozsiahleho počtu medicínskych prameňov: D. Bartko, I. Drobný (1991), J. Buchanec a kol. (2001), J. Dunovský a kol. (1991), M. Fedor, M. Minárik, P. Kunovský a kol. (2002), R. Goldmann, M. Cichá (2002), M. Janec (1991), I. Lesný a kol. (1985), I. Lesný, J. Špitz (1989), M. Šašinka, T. Šagát a kol. (1998 a,b), V. Komárek, A. Zumrová (2000), J. Kraus (2005).

Niektoré publikácie obsahujú výber relevantných poznatkov pre špeciálnych pedagógov. J. Gutwirt a kol. (1981), E. Eis (1986), J. Slezáková (2005), P. Vajda a kol. (1992), M. Záhalková (2002).

Škála telesných chýb a chorôb je veľmi široká a špeciálny pedagóg pre svoje efektívne pôsobenie sa v istom type inštitúcie potrebuje dôkladnejšie oboznámiť s tými druhmi postihnutí, s ktorými sa jednotlivci do danej inštitúcie umiestňujú.

V zariadeniach pre telesne postihnutých, keďže nie sú špecializované podľa druhu telesného postihnutia, sa nachádzajú jednotlivci s rozličnými medicínskymi diagnózami. Frekvencia niektorých telesných postihnutí alebo jednotlivých chorôb môže byť väčšia, a tak sa dá hovoriť o skupinách jednotlivcov s podobnou výchovnou problematikou. Aktuálny stav v zložení postihnutých podľa diagnóz závisí od rozvoja medicínskych vied a rozličných civilizačných faktorov.

Kým v prvých desaťročiach ústavnej starostlivosti sa Slovensku boli u zverencov ústavov najčastejšími telesnými chybami stavy po detskej obrne (poliomyelitíde) a pomerne časté boli aj stavy po kostnej tuberkulóze a rachitíde (Pamätnica, 1945), v ďalšom období sa už počet prípadov s takýmito chybami znižoval a najväčšie zastúpenie dosiahli postihnutí detskou mozgovou obrnou (Ústav pre telesne postihnutú mládež, 1967). Postihnutí detskou mozgovou obrnou tvoria najpočetnejšiu skupinu v zariadeniach pre telesne postihnutú mládež aj v súčasnosti. Ako ďalšie skupiny telesne postihnutých možno uviesť stavy po chorobách a úrazoch mozgu, myelodysplázie, vývojové anomálie končatín alebo ich deformácie po chorobe, poruchy v zakrivení chrbtice, myopatie a amputácie. Jednotlivo sú zastúpené prípady s inými aj zriedkavými diagnózami.

V zdravotníckych zariadeniach, v ktorých sa dočasne umiestňujú chorí a zdravotne oslabení jednotlivci, podmieňuje výchovu v prvom rade skutočnosť, či ide o nemocnicu, ktorá nie je užšie profilovaná, ale sa v nej

liečia deti s rozličnými chorobami, resp. nemocnicu vyššieho typu kde sa nachádzajú špecializované oddelenia alebo ide o liečebný ústav (liečebňu), ktorý je profilovaný na liečbu určitých druhov choroby (srdcovocievne, ortopedické, nervové, choroby dýchacieho ústrojenstva, endokrinné, kožné a pod.) či o detskú ozdravovňu, v ktorej sa umiestňujú zdravotne oslabení.

Ústup niektorých chorôb alebo naopak, zvyšovanie ich výskytu, prípadne objavenie sa nového druhu choroby, sa odrazí v reprofiláciách zdravotníckych zariadení (v minulosti to boli zariadenia pre liečbu tuberkulózy). To znamená aj zmeny v podmienkach špeciálnej výchovy v zdravotníckych zariadeniach.

Z hľadiska špeciálnej výchovy je dôležité poznať aktuálny stav i prognózu telesnej chyby alebo choroby, aby sa mohli individualizovane určovať aktuálne i perspektívne ciele výchovy.

Z tohto hľadiska možno rozlišovať:

Telesnú chybu

- s možnosťou dosiahnutia istého zlepšenia stavu,
- relatívne stabilizovaného charakteru,
- progredujúceho charakteru.

Chorobu

- krátkotrvajúcu,
- dlhotrvajúcu s perspektívou uzdravenia alebo zlepšenia si stabilizácie stavu,
- recidivujúcu,
- progredujúcu s nepriaznivou prognózou.

Stav po chorobe

- rekonvalescenciu.

Ďalším podmieňujúcim činiteľom špeciálnej výchovy je **stupeň postihnutia**, ktorý sa hodnotí u telesne postihnutých jednotlivcov. Pri rovnakých diagnózach môže fakt či ide o ľahký, stredný alebo ťažký stupeň postihnutia výrazne determinovať možnosti fyzického a zaťažovania, rozsahu intelektových činností, potrebu reedukácie alebo kompenzácie či uplatnenie špecifických metodických postupov alebo špeciálnych pomôcok.

Napríklad pri jednotlivých formách DMO sú prípady s ľahkou pohybovou poruchou, keď sa dieťa dokáže zapájať s istou individualizáciou do rozličných výchovných aktivít, prípady so stredne ťažkou poruchou, keď už treba dieťaťu poskytovať viac pomoci, využívať viac individualizovaných

špeciálnopedagogických opatrení pri vyučovaní i mimo neho a napokon prípady ťažkého stupňa postihnutia, keď jednotlivec je celkom závislý na pomoci iných a výchovné činnosti s ním sú výrazne zredukované.

V priebehu života jednotlivca, najmä vplyvom liečebnorehabilitačnej starostlivosti, sa stupeň postihnutia môže meniť v pozitívnom smere a tým sa stávajú priaznivejšími aj podmienky jeho výchovy. Treba však rátať aj so zhoršovaním zdravotného stavu (napr. pri myopatii) a tým aj stupňa postihnutia jednotlivca, čo si vyžiada náležité prispôsobovanie špeciálnopedagogických činností.

Špecifickým činiteľom výchovy jednotlivcov s odlišnosťami v somatickej oblasti sú **prejavy, symptómy postihnutia**, ktoré sa priamo premietajú do špeciálnopedagogickej činnosti a v rozličnej miere vyvolávajú potrebu ich prispôsobovania v obsahovej, metodickej i organizačnej oblasti. Rozsah modifikácií činností závisí od závažnosti symptómov.

Charakteristickým prejavom sú **poruchy hybnosti**, kde sa rozlišujú:

- primárne poruchy hybnosti ako prejavy patologických zmien orgánov zabezpečujúcich pohyb (centrálny nervový systém, periférne nervstvo, kosti, kĺby, šľachy, kostrové svalstvo),
- sekundárne poruchy hybnosti, ktoré znamenajú kontraindikácie – nutné obmedzenia pohybovej činnosti z toho dôvodu, aby sa nezhoršil zdravotný stav, resp. neohrozil sa život chorého (napr. pri niektorých chorobách srdca alebo obličiek).

Primárne poruchy hybnosti pri ich pestrej etiológii, aktuálnom stave a prognóze predstavujú širokú problematiku v edukačnej praxi. Vychádza sa z toho, či jednotlivec je spôsobilý:

- udržať polohu tela v sede – vzpriameného trupu a hlavy,
- udržať polohu tela v stoji – na chodidlách s oporou alebo samostatne,
- vykonávať lokomočné pohyby – premiestňovať sa iba ležením, šúchaním, prevažovaním alebo chodiť:
 - a) s pomocou (držanie sa inej osoby, zábradlia, používanie pomocných prístrojov),
 - b) samostatne (chôdza vratká, neistá, chybná, bezchybná) alebo aj bežať a skákať,
- premiestňovať sa na vozíku
 - a) len s pomocou inej osoby,
 - b) samostatne používať vozík (na rovnej ploche, na rampe, v zatáčkach, cez dvere, na ulici),

- c) uskutočňovať športovú jazdu na vozíku,
- vykonávať manuálne pohyby v oblasti hrubej motoriky (uchoopovanie, chytanie, púšťanie, podávanie, hádzanie) a v oblasti jemnej motoriky – základné pohyby ruky a prstov (flexia, extenzia, abdukcia, addukcia, opozícia palca k jednotlivým prstom), koordináciu pohybu oboch rúk.

Primárne poruchy hybnosti ovplyvňujú výkony jednotlivcov v sebaobslužných, telovýchovných, pracovných, grafických, výtvarných i hudobných činnostiach.

V rozličnej miere ich sťažujú či obmedzujú, pri nácviku pohybových zručností sa potom využívajú individualizované metodiky alebo pomôcky.

Pohybové poruchy môžu zasahovať aj tvárové svalstvo – vznikajú tak poruchy výrazových pohybov tváre (mimické poruchy). Pri niektorých diagnózach súvisiacich s poškodením mozgu sú evidentné aj poruchy činnosti rečových orgánov s následkom narušenia komunikačných schopností (označuje sa ako symptomatická porucha reči).

Sekundárne poruchy hybnosti majú individuálnu dobu trvania a individuálny je aj stupeň obmedzenia pohybu. Môže to byť vylúčenie niektorých pohybových činností alebo rozsiahlejšie pohybové obmedzenia, prípadne aj úplné vylúčenie pohybových aktivít ležiaceho chorého, keď je vo vyučovaní prípustné len slovo-názorné pôsobenie učiteľa.

Špeciálnu pozornosť si vyžadujú **ležiaci** jednotlivci, ktorí nie sú spôsobilí zúčastňovať sa v edukačných činnostiach v iných polohách alebo majú prikázanú polohu v ľahu. V tých prípadoch treba prispôbovať obsah i postupy v činnostiach tak, aby sa dali vykonávať na posteli.

Následkom dlhotrvajúcej choroby alebo pri zdravotnom oslabení inej etiológie vznikajú odlišnosti spočívajúce v **zaostávaní v pohybovom vývine a v znížení pohybovej výkonnosti a aktivity**. Jednotlivec je ľahko unaviteľný, nevie sa zapájať do pohybových aktivít rovesníkov a môže sa u neho rozvinúť záporný vzťah k pohybovým činnostiam. V bežnej škole je vtedy potrebné zohľadňovanie tohto stavu v telesnej výchove resp. zaradenie jednotlivca do zdravotnej telesnej výchovy.

Jestvujú aj prípady, ktoré nemožno zaradiť do kategórií porúch hybnosti, resp. zmien v pohybovej oblasti zo zdravotných príčin. Máme tu na zreteli špecifickú poruchu učenia, ktorá sa označuje ako dyspraxia. Spočíva v ťažkostiach zdravého jednotlivca pri osvojovaní si pohybových zručností. Táto porucha sa objaví u dieťaťa v predškolskom veku, keď si má osvojiť

lokomočné a manipulačné zručnosti. Dieťa je nápadne neobratné v bežných i hrových činnostiach. V školskom veku sa neobratnosť dieťaťa prejaví najmä v telesnej výchove, pracovnom vyučovaní, grafických činnostiach ako aj pri hrových činnostiach pohybového charakteru. Porucha sa môže prejavíť v dôsledku neobratnosti rečových orgánov aj pri ústnej komunikácii. M. Sovák (1978) pri tejto poruche učenia poukázal aj na súvislosť s narušením poznávacích (gnostických) funkcií a na jej označenie použil výraz „motorická dysgnózia“. A. Kirbyová (2000) charakterizuje takéto „nešikovné dieťa“ a venuje sa aj zvláštnostiach jeho pohybovej výchovy, ktorú pokladá za nevyhnutnú. V tom možno vidieť istú príbuznosť problematiky z oblasti pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených.

Okrem pohybových porúch a zmien, ktoré predstavujú typickú oblasť v rámci somatických zvláštností telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených jestvujú ešte **d'alšie činitele**, ktoré komplikujú priebeh špeciálnopedagogických činností.

Pri rázštepe chrčtice, s ktorou súvisí myelodysplázia, sa vyskytuje inkontinencia moču a stolice. Vtedy nie je jednotlivec spôsobilý kontrolovať vyprázdňovanie čo je spojené s istými nárokmi na hygienický režim. Žiaci s inkontinenciou, kým ešte nie sú dostatočne samostatní, potrebujú v prestávkach vyučovania sanitárnu pomoc. Do procesu špeciálnej výchovy vstupujú aj rozmanité príznaky chorôb – záchvaty (epileptické alebo astmatické), dýchavica, kašeľ, horúčka, hnačky, svrbenie, bolesti rôzneho stupňa a stavy vyčerpanosti. V dôsledku toho účasť jednotlivca vo vyučovaní alebo v iných výchovných aktivitách môže byť obmedzená v jej trvaní aj v obsahu a to v intenciách rozhodnutia zodpovedného lekára. Na zreteli je intenzita a trvanie príznakov, nakoľko narušujú či znemožňujú aktivity chorého.

Telesné postihnutie sa navonok prejavuje istou **nápadnosťou telesného zjavu**. Môže to byť najmä disproporcionalita medzi jednotlivými časťami tela (hlava, trup, končatiny) deformácie častí tela, chýbanie celých končatín alebo ich častí, malý vzrast. Ortopedicko-protetické prostriedky, ktoré slúžia okrem zdravotných účelov aj na pomoc pri vykonávaní pohybových aktivít, súčasne prispievajú aj k úprave celého zjavu osoby s telesným postihnutím. Túto úlohu má plniť tiež výchovná rehabilitácia, v rámci ktorej sa venuje pozornosť aj otázkam starostlivosti jednotlivca o svoj zovňajšok, jeho úpravu a odievanie.

Osobitnú problematiku predstavujú prípady jednotlivcov s pridruženým **senzorickým postihnutím** – zrakovým a sluchovým postihnutím. Pri

kombinácii postihnutí sa posudzuje ich závažnosť z hľadiska potreby liečby i špeciálnej výchovy. Problémy spojené s edukáciou týchto jednotlivcov sú predmetom skúmania pedagogiky zrakovo respektíve pedagogiky sluchovo postihnutých.

5.1.2 Psychické zvláštnosti telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených

Výchovná rehabilitácia je založená aj na poznatkoch o tom, akými zmenami alebo odchýlkami sa môže vyznačovať psychický vývin jednotlivca pri telesnom postihnutí, chorobe alebo zdravotnom oslabení. Tie môžu súvisieť s postihnutím priamo i nepriamo a môžu sa prejavovať krátkodobo i dlhodobo. V procese rozvoja starostlivosti o telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených otázkam ich psychických zvláštností venovali pozornosť viacerí psychológovia a tak sa možno opierať o rad starších i novších psychologických prameňov. Z. Matejček (1970), I. Hárdi (1972), GY. Illyés a kol. (1978), J. Kraus, O. Šandera (1975), O. Kondáš, I. Licko a kol. (1973), O. Kondáš, S. Heřmánek (1976), O. Kondáš (1977), I. Koluchová a kol. (1989), L. Košč, J. Marko, L. Požár (1975), J. Kvacík (1984), P. Mohapl (1992), M. Bouchal (1993), J. Mareš (1997), J. Křivohlavý (1985, 2002), P. Řičan, D. Krejčířová a kol. (2006), B. Baštecká a kol. (2003), M. Vágnerová, Z. Hadjmousová, Z. Štech (2001), V. Andreánska (2002, 2007).

Systém špeciálnej výchovy telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených jednotlivcov významne ovplyvňuje ich mentálnu úroveň. Sú to však ešte ďalšie psychické zvláštnosti, ktoré súvisia jednak so somatickými zvláštnosťami a jednak s rôznymi okolnosťami ich života, ktoré treba zohľadňovať pri individualizácii špeciálnej výchovy.

Mentálna úroveň telesne postihnutého, chorého a zdravotne oslabeného jednotlivca je tým činiteľom, ktorý treba brať v prvom rade do úvahy, keď sa hodnotia jeho edukačné predpoklady. Základný význam má poznatok, že v populácii telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených sa vyskytujú všetky stupne inteligencie - t.j. od hlbokkej mentálnej retardácie až po genialitu. Z toho plynie požiadavka, aby každý jednotlivec v procese špeciálnej výchovy, dostal možnosti rozvinúť svoj mentálny potenciál a primerane sa uspôsobil pre spoločenské zapojenie.

Jedným z kritérií diferencovania systému špeciálnej výchovy je mentálne postihnutie. Pri telesnom postihnutí cerebrálnej etiológie je vyššia pravdepodobnosť výskytu pridruženého mentálneho postihnutia (t.j. telesné i mentálne postihnutie majú rovnakú etiológiu). Oba druhy postihnutia však

môžu vzniknúť aj nezávisle (napr. mentálne postihnutý jednotlivец sa môže stať aj telesne postihnutým v dôsledku úrazu či choroby nosného a pohybového ústrojenstva).

Vo výchovnej rehabilitácii telesne a mentálne postihnutých sa aplikujú aj poznatky z patopsychológie mentálne postihnutých (I. Jakabčic, L. Pořár (1995), M. Dolejší (1973), S. Langer (1990)).

V rámci psychologickéj diagnostiky je dôležité zistiť stupeň mentálnej retardácie. Ľahká, stredná, ťažká či hlboká mentálna retardácia sa potom stávajú východiskami pri tvorbe edukačných programov pre telesne a mentálne postihnutých, ktoré sú podľa náročnosti odstupňované vo variantoch A, B, C. Proces zisťovania mentálnych dispozícií jednotlivcov s kombináciou telesného a mentálneho postihnutia je náročný, preto je dôležitá kooperácia psychológa a špeciálneho pedagóga, ktorý konfrontuje závery psychológa so svojimi zisteniami v priebehu špeciálnopedagogickej činnosti.

Dôsledkom obmedzenia pohybu a izolácie dieťaťa podnetného prostredia môže byť **oneskorený mentálny vývin**. Ide tu o sekundárny zjav, ktorý treba čím skôr odlíšiť od mentálneho postihnutia. Súčasne treba mať na zreteli, že aj pri mentálnej retardácii treba rátať aj s oneskorením a dieťa sa prejavuje ako by malo závažnejší stupeň mentálnej retardácie.

Pri oneskorení v mentálnom vývine je dôležité poskytovať dieťaťu systematickú špeciálnu výchovu s pôsobením komplexu stimulujúcich podnetov, aby mohlo napredovať primerane svojim možnostiam. S mentálnym vývinom úzko súvisí aj vývin reči, preto treba brať do úvahy aj možnosť *oneskoreného vývinu reči* ako sekundárneho zjavu, ktorý je dôsledkom nedostatočného získavania poznatkov o skutočnosti a ich nedostatočnej verbalizácii ako ja nedostatočnej pozornosti sociálneho prostredia v otázke komunikácie s dieťaťom. Prejavuje sa vtedy chudobná slovná zásoba, malá rečová aktivita a chybná reč. Tu treba odlíšiť **špecifické charakteristiky reči** pri jednotlivých stupňoch mentálnej retardácie. Osobitným typom narušenej komunikačnej schopnosti pri telesnom postihnutí alebo telesnom a mentálnom postihnutí je **dyzartria**, keď je reč ťažko zrozumiteľná až nezrozumiteľná, alebo **anartria**, keď orálna komunikácia nie je možná. Tieto stavy pôsobia ako činitele, ktoré závažne prekážajú v mentálnom rozvoji jednotlivca a vyvolávajú potrebu osobitných kompenzačných postupov. Charakteristikami narušenej komunikačnej schopnosti pri telesnom postihnutí ako aj pri mentálnom postihnutí (tzv. symptomatické poruchy reči) sa zaoberá V. Lechta (2011).

Osobitnú pozornosť v špeciálnej výchove si zasluhujú aj prípady, keď pri celkovo normálnej mentálnej úrovni sú primárne narušené jednotlivé mentálne funkcie (percepcia, pozornosť, pamäť), ktoré súvisia s cerebrálnym poškodením už aj ľahšieho stupňa. Ovplyvňujú učenie i správanie jednotlivca. Prechodne sa môžu narušiť poznávacie procesy u detí v stave choroby v súvislosti s niektorými príznakmi choroby (bolesť, horúčka, dýchavičnosť, vyčerpanosť) ako aj v súvislosti s účinkami niektorých medikamentov alebo iných druhov liečby. To, ako intenzívne a ako dlho pôsobia rušivé činitele sa premieta do obsahu i rozsahu špeciálnopedagogického pôsobenia na jednotlivcov.

Na jednej strane možno vidieť ako sme uviedli rad činiteľov, ktoré sťažujú, komplikujú špeciálnu výchovu a na druhej strane musia byť na zreteli aj potreby jednotlivcov s **nadpriemernou mentálnou úrovňou**, nadaných vo všeobecnej alebo špecifickej oblasti. Nadanie je činiteľom veľkého významu v kompenzácii telesného či zdravotného znevýhodnenia. Tu sa žiada eliminovať možné prekážky v rozvoji schopností jednotlivca a venovať zvýšenú pozornosť ich rozvíjaniu.

Reaktívne psychické zmeny sú subjektívnym odrazom postihnutia. Ide o individualizované prejavy, ktoré súvisia s postihnutím a celou situáciou, ktorá vzniká okolo neho. Sú to najmä rôzne znevýhodnenia, ktoré dané postihnutie spôsobuje - špeciálny liečebný režim, izolovanie jednotlivca od prirodzeného prostredia pri jeho umiestnení v špeciálnom zariadení, vzťah rodiny, správanie sa okolia k jednotlivcovi a i. Každý jednotlivec to istým spôsobom prežíva a reaguje. Na zreteli treba mať stavy *frustrácie*, t.j. nakoľko sa jednotlivcovi zabraňuje v uspokojovaní jeho potrieb.

Psychické zmeny, odchýlky v psychickom vývine jednotlivca sa môžu prejavíť v **emocionálnej** oblasti, v oblasti **sebavedomia** v oblasti **sociability**. Komplex činiteľov pôsobiacich na telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených jednotlivcov vyvoláva u nich postoje k sebe a k svojmu postihnutiu, k iným osobám, k sociálnemu a prírodnému prostrediu, ako aj k určitým pracovným alebo iným činnostiam. Tieto postoje za istých okolností môžu dostať charakter prejavov nežiaducich či škodlivých pre samotného jednotlivca alebo pre spoločnosť.

Jestvujú aj **poruchy správania** na organickom podklade - pri cerebrálnom poškodení sa môže prejavíť porucha v autoregulácii správania. Porucha funkcie centrálného nervového systému sa môže manifestovať v neurologických prejavoch (podráždenosť, nepokojný spánok, nočný des, tiky, enuréza).

5.2 Vonkajšie podmienky špeciálnej výchovy

5.2.1 Materiálne prostredie

Širšie materiálne prostredie tvorí okolité prostredie, v ktorom sa dané špeciálne zariadenie nachádza. Jednotlivé typy zariadení by mali spĺňať isté požiadavky z hľadiska ich lokalizácie, ktoré treba rešpektovať, ak má dané zariadenie čo najlepšie plniť svoje poslanie.

Zariadenia sociálnych služieb v rámci ktorých pôsobia aj škály pre žiakov s telesným postihnutím, keďže sa v nich umiestňujú jednotlivci, u ktorých sa predpokladá dlhodobý pobyt, by nemali byť izolované od väčších miest. Tie totiž poskytujú príležitosti na priame získavanie množstva poznatkov z rôznych oblastí života. Vhodné je ich umiestňovať v okrajových častiach mesta, aby bol možný aj kontakt s prírodným prostredím. Nevhodná je blízkosť väčších komunikácií.

Významnou požiadavkou je priestranný exteriér, ktorý by mali tvoriť ihriská a športové ihriská parková úprava a priestor na pestovanie úžitkových a okrasných rastlín, príp. skleníkov.

V zariadeniach s dlhodobým pobytom telesne postihnutých prichádza do úvahy aj ich vzdialenosť od rodín jednotlivcov, ktorí sú v nich umiestnení a z toho hľadiska je vhodná hustejšia sieť zariadení s menšou kapacitou. Môžu to byť školy internátneho typu, v ktorých sa zabezpečujú aj pravidelné liečebnorehabilitačné služby.

Zdravotnícke zariadenia môžu mať charakter nemocnice, liečebne alebo ozdravovne. Ich širšie prostredie býva odlišné. Kým nemocnice sú často situované uprostred mestskej zástavby a ich exteriéry sú menej využiteľné na výchovné účely (s výnimkou tých, ktoré majú upravené dvory ako parky, resp. sú v prostrední parku), liečebne sa nachádzajú v prírodnom prostredí, často v kúpeľných mestách a ich exteriéry poskytujú možnosti vykonávať vyučovanie i voľnočasové aktivity aj vonku. Najtesnejší kontakt s prírodným prostredím umožňujú detské ozdravovne, ktoré sa nachádzajú v nížinnom, podhorskom alebo horskom prostredí. Tým sú dané možnosti na využívanie okolia pre vyučovanie i rozličné záujmové a rekreačné činnosti. Tým cieľom slúžia ihriská pre letné i zimné telovýchovné činnosti. Vonku sa môžu umiestňovať aj školské triedy, vo vymedzenom zastrešenom priestore, kde možno vyučovať v priaznivom počasí. V rámci ozdravovacieho režimu sa v detskej ozdravovni často uskutočňujú vychádzky, účelné je budovať v okolí ozdravovne aj besiedky, resp. priestory upravené na odpočinok.

Užšie materiálne prostredie predstavujú budovy (architektonické riešenie zodpovedajúce účelu zariadenia) dostatok miestností a ich vybavenie podľa funkcie, ktorú majú plniť. Tu je v prvom rade dôležitá požiadavka, aby sa nevyskytovali architektonické bariéry, ak sa v zariadení umiestňujú jednotlivci s poruchami pohybu. Ak pri lokomócií používajú pomôcky (barly, chodítka, vozíky) potrebujú väčšie priestory, ako aj také úpravy, ako sú nízke stupne schodov, rampy, zábradlia vedľa schodísk a na stenách chodieb, vchody bez prahov, automaticky sa otvárajúce dvere.

Najvhodnejšie sú jednopodlažné budovy pavilónového typu so spojovacími chodbami. Ak sú viacpodlažné, potom majú mať priestrané výťahy, s dokola umiestneným zábradlím. Hygienické zariadenia taktiež potrebujú úpravy – v kúpeľni madlá, trojuholníkové držadlá zavesené na vodorovne umiestnenej tyči, sedadlá vo vani, a vo WC nadstavec na sedadlách, madlá.

Ubytovacia časť (internát) v domovoch sociálnych služieb pre telesne postihnutú mládež má vybavením a úpravou izieb poskytovať prostredie čo možno najviac blízke domácomu. Okrem izieb sú dôležité miestnosti slúžiace na vykonávanie rozličných voľnočasových aktivít (spoločenská miestnosť, herňa, pracovňa, knižnica). K dispozícii majú byť audiovizuálne prostriedky a hračky. Pre účely telesnej výchovy (školskej i mimoškolskej) slúži telocvičňa a bazén. Nároky na materiálne vybavenie vyplývajú z toho, že domov sociálnych služieb je zariadením s dlhodobým pobytom, nahrádza rodinné prostredie aj inštitúcie pre mimoškolskú výchovu.

Školské triedy pre žiakov s telesným postihnutím potrebujú také vybavenie, ktoré zodpovedá potrebám jednotlivcom s poruchami v oblasti statiky a motoriky. Väčší priestor okolo školských lavíc má umožňovať pohyb žiakov aj so svojimi ortopedickými pomôckami a vozíkmi. V triede sa môže využívať aj bežný školský nábytok, pokiaľ je vyhovujúci. Dôležitý je však špeciálny nábytok, upravený tak, aby žiaci mohli vykonávať rozličné školské činnosti podľa ich potrieb – t.j. v polohách v sede, v stojí, v kľaku, v ľahu. Každá trieda je potom vybavená špeciálnym nábytkom podľa toho, aké je v nej zloženie žiakov. Špeciálny školský nábytok môže byť v podobe prispôbenej potrebám jedného žiaka (čo treba brať do úvahy aj pri integrovanom vyučovaní) alebo v podobe, ktorá môže vyhovovať viacerým žiakom s podobnými potrebami.

Úprava školských stoličiek alebo kresiel spočíva v tom, že majú tvarované sedadlá, ich výška je regulovateľná, zadné operadlo môže byť predĺžené, prípadne aj s úpravou na stabilizovanie polohy hlavy, nízke operadlá na oboch bočných stranách alebo aj na prednej strane, prípadne pás na stabilizovanie

polohy trupu a regulovateľnú podložku pod nohy. Kreslo môže byť aj pohyblivé a využiteľné nie len v triede, ale aj pri činnostiach vonku a v domácich podmienkach (podľa funkcie, ktorú má plniť možno vymieňať jeho spodnú časť).

Stolíky sa upravujú tak, aby ich bolo možné sklápať a regulovať ich výšku. Na lepšie priblíženie žiaka ku stolíku slúži výrez polkruhového alebo polštvorcového tvaru na jeho prednej strane. Odkladaciu časť na školské pomôcky je vhodné umiestniť na bočnej strane so zreteľom na funkčnosť horných končatín. Stoličky a stolička môžu byť samostatné alebo spojené. Stoličky možno pripájať aj k vozíku.

Žiakom, ktorí nemôžu používať ruky a činnosti vykonávajú nohami, upravuje sa nábytok tak, aby bol pomer sedacej a pracovnej plochy opačný než pri činnostiach, ktoré sa vykonávajú rukami. Pritom sa rešpektuje výška žiaka, resp. dĺžka dolných končatín.

Pri činnostiach, ktoré sa vykonávajú v stoji sa uplatňujú stojany s pracovnou plochou (stolíkom alebo tabuľou) s regulovateľnou výškou podložky pod nohy. Stojan môže byť štvorstenný alebo skonštruovaný aj tak, aby bolo možné meniť polohu žiaka zo zvislej na šikmú (pri fixovaní nôh a trupu). Pre činnosti v kľaku sa používajú špeciálne kľakadlá alebo len jednoduché pružné valce, na ktorých žiak sedí obkročmo. Žiakom, ktorí sa vyučujú v polohe ležmo slúžia ležadlá. Môže ísť o jednoduché ležadlá, ktoré sa používajú v triede pre žiaka, u ktorého treba nakrátko zmeniť polohu na vodorovnú pričom nevykonáva pohybovú činnosť ale aj o špeciálne ležadlá pre jednotlivcov, ktorí majú prikázanú polohu ležmo na bruchu a tak sa vyučujú. To sa uplatňuje u žiakov so skoliózou v liečebniach. V takých prípadoch je plocha ležadla zvýšená v oblasti hrudníka ležiaceho a pracovná plocha je v hornej časti ležadla znížená tak, aby boli možné manuálne výkony (grafické, hrové, resp. manipulácie s malými predmetmi). Pri vyučovaní žiakov na posteliach v zdravotníckych zariadeniach sa používajú u sediacich stolíky, ktoré sa bočnými stenami kladú na posteľ a u ležiacich na chrbte stojany, ktoré sa pripevňujú na posteľ alebo sa prisúvajú k posteli.

Vybavenie triedy v materskej škole má zodpovedať skutočnosti, že v predškolskom veku sa telesne postihnuté deti často nedokážu premiestňovať samostatne inak ako štvornožky. Okrem toho sa často vykonávajú činnosti v sede na podlahe (v tzv. nízkych polohách sa môže dosiahnuť lepší efekt v niektorých praktických činnostiach). Preto majú byť podlahy pokryté kobercom a používajú sa žinenky či karimatky. Pre deti, ktoré ešte nevedia chodiť bez opory, slúžia zábradlia, umiestnené na stenách v celej miestnosti

dookola. Pre výcvik funkcie rúk je vhodný stôl s pieskom a stôl s vodou. Rozmery školského nábytku majú zodpovedať veku detí a podľa potreby majú niektoré z úprav uvádzaných vyššie.

Technické prostriedky a didaktické pomôcky, ktoré sa využívajú v bežných školách, sa v školách pre telesne postihnutých využívajú v rovnakej miere, ale v školách pri zdravotníckych zariadeniach v obmedzenej miere – podľa priestorových a režimových možností daného zariadenia.

Okrem nich slúžia žiakom ešte rozličné pomôcky, ktoré uľahčujú pri istých typoch postihnutia vykonávať školské činnosti. Takými sú: prispôbené držiaky na písacie nástroje, prispôbené rukoväte, objímky s násadcami na písacie nástroje, ktoré sa pripievňujú na kýpeť ruky, násadce do protézy ruky, spony, držiaky na učebnice, ukazovadlá, ťažidlá, zveráky.

Do materiálneho vybavenia špeciálnych škôl vôbec patrí veľa pomôcok, ktoré môžu slúžiť žiakom s rôznym druhom postihnutia. Majú úlohu rozvíjať spôsobilosti jednotlivca v oblasti gnostickej, motorickej i komunikatívnej. Existujú súbory pomôcok a hračiek, prostredníctvom ktorých sa uskutočňujú cvičenia na rozvíjanie:

- poznávania zrakom, sluchom, hmatom a orientácia v priestore,
- hrubej a jemnej motoriky, audiomotorickej a vizuálnomotorickej koordinácie,
- komunikatívnych zručností vo verbálnej i neverbálnej komunikácii.

Pre účely nacvičovania takých manuálnych úkonov ako je zapínanie a odopínanie, zaväzovanie a odväzovanie, šnurovanie, zastrkovanie, stláčanie tlačidiel a i. sa používajú cvičné panely.

Pre žiakov s pohybovými poruchami má veľký význam implementácia informačných a komunikačných technológií (alebo digitálnych technológií) do edukačného procesu vôbec, čo sa deje v ostatných desaťročiach. To umožňuje zapájať sa do didaktických činností aj jednotlivcom so závažnejšími pohybovými poruchami v tej miere, aká v minulosti nebola možná. Otázkam využívania elektronických pomôcok v špeciálnej edukácii venuje pozornosť J. Lopúchová (2010), J. Lopúchová, P. Krajčí (2014).

Dôležité je, aby špeciálne školy boli vybavené predovšetkým týmito pomôckami. Ďalším krokom je ich adaptácia podľa potreby jednotlivcov s istým druhom postihnutia. Ak máme na zreteli žiakov s pohybovými poruchami, pôjde o úpravy klávesníc (zväčšené klávesnice, kryt na klávesnice s otvormi pre jednotlivé klávesy), úpravy myši alebo používanie upravených paličiek namiesto prstov (ústne paličky, paličky pripievané na kýpťoch či na

hlave). Okrem informačných a komunikačných technológií, ktoré môžu slúžiť všetkým žiakom (v triedach alebo v tzv. počítačových učebniach) jestvujú ešte osobné komunikátory malých rozmerov, ktoré slúžia na dorozumievanie jednotlivcom s nespôsobilosťou písať alebo sa vyjadrovať ústne. Vyvinuli sa aj zložitejšie systémy, súčasťou ktorých sú spínače, ovládateľné prostredníctvom pohybov určitých častí tela (pohyb hlavy, brady, ramena, kýpťa, či deformovanej ruky, kolena chodidla) ale aj dotykom, fúknutím, srknutím a tak sa uvedie daný aparát do činnosti. Ešte v r. 1990 o nich písali americkí autori N. G. Haring a I. McCormick a tiež M. L. Hardman a kol. Postupne sa technické prostriedky fungujúce na tomto princípe rozširujú a stávajú sa dostupnejšími.

Osobitnou kategóriou sú pomôcky, ktoré síce patria do sústavy zdravotníckych pomôcok, ale ich užívatelia sa s nimi zúčastňujú aj v edukačných činnostiach, takže tiež vytvárajú materiálne podmienky edukácie. Špeciálny pedagóg má s nimi rátať a dbať na dodržiavanie istých požiadaviek na ich používanie – v intenciách predpisu lekára.

Sú to ortopedicko-protetické pomôcky, ku ktorým patria:

- ortézy horných končatín, dolných končatín a trupu, ktoré sú pripevnené na tele jednotlivca a môžu mať funkciu vyrovnávaciu, podpornú, fixačnú alebo korekčnú,
- protézy horných končatín, dolných končatín, ktoré sú náhradami za chýbajúce časti tela,
- ortopedická obuv.

Okrem nich sa používajú aj pomocné prístroje, ktoré sú prenosné a uľahčujú lokomóciu jednotlivca. Patria sme chodítka pevné a pohyblivé (pojazdné rámy, kozičky), kraulery, barly a palice. Na premiestňovanie jednotlivcov slúžia aj invalidné vozíky rozličnej konštrukcie, ktoré sa môžu využívať aj namiesto školskej stoličky.

Problematika materiálnych prostriedkov v starostlivosti o telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených je široká a venujú sa jej autori z oblasti liečebnej i výchovnej rehabilitácie: E. Eis (1986), A. Brozmanová a kol. (1990), M. Habšudová (2001), A. Gúth a kol. (2015), Z. Kubičová, J. Kubiče (2001).

5.2.2 Spoločenské prostredie

Širšie spoločenské prostredie vytvára celá spoločnosť (obyvateľstvo krajiny) so svojou hospodárskou a kultúrnou úrovňou, tradíciami, právnymi a etickými

normami. Spoločnosť dáva podmienky aj pre istú úroveň starostlivosti o telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených jednotlivcov a to prostredníctvom svojich inštitúcií (zdravotnícke, sociálne, školské, osvetové).

Telesne postihnutý, chorý a zdravotne oslabený jednotlivec sa v širšom spoločenskom prostredí v kontaktoch so skupinami osôb alebo s jednotlivými osobami stretáva s rozličnými prejavmi postojov voči sebe, ktoré môžu mať podobu ľútosť, súcitu, taktnosti, pochopenia, ústretovosti či snahy pomáhať alebo podobu zvedavosti, netaktnosti, nedôvery, ignorovania, podceňovania či odmietania. Tvoria sa tak jeho spoločenské skúsenosti, s ktorými treba rátať v jeho edukácií.

Užšie spoločenské prostredie predstavuje konkrétne prostredie, v ktorom jednotlivec žije: jeho rodina, pracovníci istého zariadenia (zdravotnícky a pedagogický pracovník a personál vykonávajúci činnosti v prevádzke zariadenia), spolužiaci v škole, spolubývajúci v domove, spolupacienti v zdravotníckom zariadení ako aj osoby, s ktorými sa kontaktuje pri voľnočasových aktivitách alebo v blízkom okolí.

Užšie spoločenské prostredie môže byť značne diferencované, predovšetkým v závislosti od toho, či ide o integrovaný alebo segregovaný systém edukácie.

Rodina ako základná spoločenská skupina má podstatný význam vo výchove telesne postihnutého, chorého a zdravotne oslabeného jednotlivca. Pri hodnotení pôsobenia rodiny sa berie do úvahy štruktúra rodiny, jej ekonomická, kultúrna a mravná úroveň ako aj štýl výchovy, ktorý sa môže charakterizovať vyváženosťou racionálneho a emocionálneho prístupu k dieťaťu alebo jeho nevyváženosťou (čo sa prejavuje náročnosťou alebo na druhej strane nadmerným ochranárstvom, úzkostlivosťou) ale môže sa vyskytovať aj ľahostajnosť, zanedbávanie až ohrozovanie vývinu dieťaťa (zneužívanie a týranie). Ak dieťa nemá prirodzenú rodinu (osirelosť či opustenie dieťaťa) môže sa dostať do adoptívnej rodiny alebo je v náhradnej rodinnej starostlivosti – v pestúnskej rodine alebo v detskom domove.

Osobitosti rodinnej výchovy u každého dieťaťa sa zaznamenávajú v rodinnej anamnéze, ktorú zostavuje špeciálny pedagóg. Tá sa postupne dopĺňa a slúži k poznávaniu špeciálnych edukačných potrieb jednotlivca. V priebehu špeciálnej výchovy majú význam rôzne formy spolupráce špeciálneho pedagóga a rodiny. Možnosti pre túto spoluprácu sú závislé na tom, či jednotlivec žije v rodine a denne dochádza do školy (bežnej alebo špeciálnej) alebo je v špeciálnom zariadení krátkodobo, resp. dlhodobo.

Pracovníci bežnej školy, špeciálnej školy alebo iného špeciálneho zariadenia, ktoré telesne postihnutí, chorí a zdravotne oslabení navštevujú alebo sa v nich umiestňujú, tvoria z hľadiska svojich pracovných pozícií rozlične štruktúrované skupiny. Dobré podmienky pre edukáciu sa vyznačujú tým, že pracovníci školy alebo iného zariadenia vytvárajú dobrú spoločenskú klímu – dobrou pracovnou disciplínou, kooperáciou a vzájomným rešpektovaním ako aj prejavmi záujmu o potreby tých, ktorým poskytujú starostlivosť.

V procese špeciálnej edukácie v podmienkach segregácie pôsobia na jednotlivca všetci ostatní telesne postihnutí, chorí a zdravotne oslabení, ktorí sa spolu s ním nachádzajú v danej škole alebo v zariadení. Tvoria tu komunitu, ktorú spájajú príbuzné problémy súvisiace so zdravotným stavom. V rámci nej pôsobia formálne skupiny (školské triedy, výchovné skupiny, záujmové útvary) ako aj neformálne skupiny, ktoré vznikajú na základe vzájomného výberu (priateľské vzťahy) a ich význam vzrastá zvyšujúcim sa vekom jednotlivcov.

Pri integrovanej edukácii v bežnej škole je činiteľ zdravotného stavu odlišujúcim činiteľom a je dôležité aby takto odlišného jednotlivca zdraví spolužiaci akceptovali a boli usmerňovaní ku spolupráci a vhodnej pomoci. Na rozdiel od segregovanej edukácie sú pri integrácii aj príležitosti pre začlenenie telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených do rovesníckych skupín alebo skupín, ktoré sa vytvárajú v rámci voľnočasových aktivít v prirodzenom prostredí. Nedajú sa však vylúčiť ani prípadne negatívne vplyvy z toho prostredia.

5.2.3 Organizácia špeciálnej edukácie telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených

Komplexná rehabilitačná starostlivosť o telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených zahŕňa komplex úloh, ktoré by sa nedali plniť bez určitého poriadku vo všetkých činnostiach, ktoré sú s týmito úlohami spojené. Je to predovšetkým režim dňa, ktorý dáva rámeč týmto činnostiam vôbec a potom sú to užšie zamerané špecifické režimy, ktoré platia pre isté úseky či oblasti starostlivosti a tvoria súčasť režimu dňa. Špeciálna edukácia predstavuje jednu nich a jej organizácia je s nimi previazaná.

Režim dňa predstavuje pravidelné časové usporiadanie činností a odpočinku za 24 hodín. V špeciálnom zariadení s komplexnou rehabilitačnou starostlivosťou sa režim dňa modifikuje podľa profilácie daného zariadenia

a so zreteľom na zdravotný stav a vekové kategórie tých, ktorým sa starostlivosť poskytuje.

V režime dňa sa nachádza presné načasovanie na odpočinok a opakujúce činnosti: ranné vstávanie a hygienické úkony, raňajky, dopoludňajšie zamestnanie (s desiatou), obed, voľno, odpoľudňajšie zamestnanie (s olovrantom), večera, voľno, hygienické úkony a nočný spánok. Pre deti v predškolskom veku a pri niektorých chorobách aj pre deti v školskom veku sa do denného režimu začleňuje aj odpoľudňajší spánok.

Z liečebného aj edukačného hľadiska je potrebné zabezpečiť vhodné striedanie činností a odpočinku ako aj striedanie druhov činností podľa ich náročnosti na telesné a duševné výkony jednotlivcov a tým zamedziť stavom preťaženia a možnému zhoršeniu ich zdravotného stavu. V rámci režimu dňa jestvujú dva špecifické režimy: liečebný a školský. Skutočnosť, že jestvujú paralelne, znamená aj požiadavku ich zladenia tak, aby sa mohli čo možno najefektívnejšie plniť úlohy liečby aj edukácie.

Liečebný režim obsahuje jednak pravidelné liečebné úkony, ako je meranie teploty, podávanie liekov, vizita, pravidelné liečbnorehabilitačné procedúry a jednak nepravidelné, špeciálne zamerané vyšetrenia a liečebné úkony rôznych druhov podľa lekárskeho indikácií. V zdravotníckych zariadeniach má liečebný režim prioritné postavenie. Všetky činnosti spojené s hospitalizáciou dieťaťa, ktoré sú realizované v škole pri zdravotníckom zariadení schvaľuje ošetrojúci lekár.

Súčasťou liečebného režimu je užšie zameraný **pohybový režim**, ktorý má osobitný význam v starostlivosti o jednotlivcov s poruchami hybnosti primárneho i sekundárneho charakteru, resp. so zmenami v pohybovej aktivite jednotlivca. Znamená také usporiadanie pohybových činností, v ktorom sa rešpektuje indikácia i kontraindikácia istých druhov pohybov. T.j. zámerne sa zavádzajú také pohybové činnosti, ktoré slúžia k celkovému zlepšeniu hybnosti alebo ku zlepšeniu hybnosti určitých orgánov a na druhej strane sa obmedzujú alebo vylučujú také pohybové činnosti, ktoré by mohli zhoršovať zdravotný stav jednotlivca. Pohybový režim sa vzťahuje aj na polohu jednotlivca pri činnostiach.

V špeciálnej edukácii jednotlivcov so zmeneným zdravotným stavom treba rešpektovať isté stupne obmedzení, ktoré súvisia s pohybovým režimom. Berú sa do úvahy vo vyučovaní aj vo výchovných činnostiach mimo vyučovania – keď sa rieši otázka primeranosti obsahu učebných predmetov alebo zložiek

výchovy ako aj metodických postupov. Môže ísť o takéto organizačné podmienky:

Jednotlivec nemôže opustiť posteľ

- leží a musí mať úplný pokoj (nemožno ho zamestnávať žiadnou edukačnou činnosťou),
- leží a nemôže vykonávať nijakú pohybovú činnosť (možno na neho pôsobiť prostredníctvom sluchových, čuchových, chuťových a hmatových podnetov, alebo prostredníctvom slova),
- leží alebo sedí a môže sa zamestnávať aj jednoduchými pohybmi činnosťami v limitovanej miere (primerané hry, grafické a ručné práce).

Jednotlivec sa môže pohybovať v miestnosti alebo aj v ostatných priestoroch interiéru zariadenia a zamestnávať sa pohybovými činnosťami didaktického i hrového charakteru podľa modifikovaného programu.

Jednotlivec sa môže resp. sa musí pohybovať vonku (v exteriéroch zariadenia alebo v jeho okolí)

- môže sa venovať menej namáhavým praktickým činnostiam a hrať v teréne a krátkym vychádzkam,
- môže vykonávať telovýchovnú a športovú činnosť pri správnom výbere a dávkovaní so zreteľom na zdravotný stav.

Ak má jednotlivec prikázanú polohu ležmo hovorí sa o tzv. horizontálnom režime, pričom môže ísť o polohu na chrbte alebo na bruchu. Napr. pri liečbe progredujúcej skoliózy sa pacienti v určitých časových intervaloch dávajú do polohy ležmo na bruchu a tak sa vyučujú.

V liečebnom režime sa môže klásť dôraz na šetrenie organizmu alebo jeho aktiváciu. Vtedy sa hovorí o *šetriacom* alebo *aktivujúcom* režime a na zreteľi pritom je nielen pohybová, ale aj mentálna a emocionálna stránka činnosti.

V procese špeciálnej edukácie sa musia rešpektovať aj následné stavy po istých zákrokoch (napr. po chirurgických zákrokoch sa na určitú dobu prerušujú edukačné činnosti) alebo po istých procedúrach (napr. po kinezioterapii či balneoterapii sa nemajú vyžadovať činnosti spojené s nárokmi na presnosť pohybov alebo s nárokmi na mentálne výkony). Treba rátať aj s povzbudzujúcimi alebo utlmujúcimi účinkami niektorých liekov na výkonnosť jednotlivcov.

Školský režim má základ v rozvrhu vyučovacích hodín. Jeho podoba závisí od toho, či sa vyučuje v školských triedach alebo v iných miestnostiach, t.j.

uplatňuje sa triednehodinový systém vyučovania alebo v nemocničných izbách kde sa vyučovanie uskutočňuje v individuálnej forme.

V prvom prípade je v každom dni pre každý ročník daný istý počet vyučovacích hodín – podľa určeného plánu škôl pre žiakov s telesným postihnutím alebo škôl pri zdravotníckych zariadeniach. Pri zostavovaní rozvrhu hodín sa má rešpektovať požiadavka na vhodné striedanie druhu školských činností z hľadiska ich náročnosti na pohybové a na mentálne výkony jednotlivcov. Dôležité je aj dodržiavanie prestávok medzi jednotlivými hodinami (na zabezpečovanie hygienických potrieb a relaxáciu jednotlivcov).

Na rozdiel od škôl pre žiakov s telesným postihnutím, kde sa v triede vyučuje jeden ročník, v školách pri zdravotníckych zariadeniach sa v jednej triede obvykle vyučujú žiaci rôznych ročníkov a ich zostava sa mení. Ak sa vyučovanie organizuje v nemocničných izbách individuálne, vyučujúci musí dbať na to, aby každý žiak v jednotlivých vyučovacích dňoch postupoval podľa jemu primeranému vzdelávacieho programu.

Liečebnorehabilitačné a výchovnorehabilitačné činnosti sa realizujú spravidla v dopoludňajších hodinách paralelne a pri riešení otázky ich časového zladenia je potrebná spolupráca zodpovedných pracovníkov. Ak ide o pravidelné liečebné procedúry, je možné v rozvrhu vyučovacích hodín vyčleniť čas, kedy sa žiaci danej triedy nevyučujú. Ak ide o nepravidelné liečebné úkony, tie sa vykonávajú prednostne.

5.3 Kontrolné otázky a úlohy k 5. kapitole

Popíšte vplyv porúch hybnosti na edukačný proces.

Aké opatrenia v edukačno procese si vyžaduje stav imobility jednotlivca?

Zhodnoťte význam intelektovej úrovne jednotlivca s telesným postihnutím respktíve jednotlivca v stave dlhodobej choroby v procese vzdelávania.

Aké emocionálne problémy môžu vzniknúť u jednotlivca s telesným postihnutím?

Uveďte príklad vybavenia školskej triedy pre žiakov s rôznym druhom telesného postihnutia.

Akú spoločenskú klímu potrebujú jednotlivci s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením, ktorí sú umiestnení v špeciálnych zariadeniach?

Diskutujte na tému využívania IKT v školskom vzdelávaní žiakov s telesným postihnutím, chorobou a zdravotným oslabením.

ZÁVER

Základy pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených je kľúčová vysokoškolská učebnica, ktorá prezentuje základné poznatky z problematiky pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. Otázky za každou kapitolou pomáhajú študentom pri samoštúdiu tejto problematiky. Zároveň ich navádzajú na samostatné a tiež aj tvorivé myslenie.

Vysokoškolská učebnica je štruktúrovaná do piatich kapitol, v ktorých sú zosumarizované dôležité informácie, ktoré sú nevyhnutné pri štúdiu problematiky špeciálnej pedagogiky a tiež aj pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených.

ZOZNAM BIBIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ANDREÁNSKA, V. 2002. *Psychologické faktory ovplyvňujúce kvalitu života jedincov s rozličnými druhmi postihnutia*. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 2002. ISBN 80-88868-81-5.
- ANDREÁNSKA, V. 2005. *Psychologické dimenzie životného štýlu jedincov s postihnutím*. Bratislava: UK, 2005. ISBN 80-223-2145-1.
- ANDREÁNSKA, V. 2007. *Telesné postihnutie*. In HERETIK Anton Jr. et al. *Klinická psychológia*. Nové Zámky : Psychoprof, 2007. s. 22
- BARTKO, D. – DROBNÝ, M.: 1991 *Neurológia*. Martin. Osveta, 1991. ISBN-13 978-80-217-0305-6.
- BARTKO, D. 1985. *Neurológia*. 2. vyd. Martin : Osveta. 720 s. ISBN 80-80-02968-4
- BARTOŠ, A., 1931. *Automobil vychovavatelem*. Praha: Jedličkův ústav
- BARTOŠ, A., 1923. *Cestou k životu*. Praha: Jedličkův ústav
- BARTOŠ, A., 1943. *Neobvyklé psaní*. Praha: Jedličkův ústav
- BLATNÝ, M. 2001. *Sebapojetí v osobnostním kontextu*. Brno: MU, 2001. ISBN 80-210-2747-9.
- BAŠTECKÁ, B.: 2003. *Klinická psychológia v praxi*. Praha Portál. ISBN 80-7178-735-3.
- BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. 440s. ISBN 80-7178-5504.
- BROZMANOVÁ, B., CMUNT, E., HADRABA, I.: 1990. *Ortopedická protetika*. Martin: Osveta, 490 s.
- BUCHANEC, J., et al. 2001. *Repetitorium pediatra*. Martin: Osveta
- BOUCHAL, M., 1993. *Psychologie v lékařství*. Brno: Masarykova univerzita, 1993
- CAPKO, J., 1998. *Základy fyziatrické léčby*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. 394 s. : i. ISBN 80-7169-341-3.
- ČERVENČÍKOVÁ, S. 1995. *Život so svalovou dystrofiou*. 2. vyd. Prievidza: Kultúrne a spoločenské stredisko. 36 s.
- EIS, E. *Ortopedie pro speciální pedagogy*. Praha: SPN, 1986.

- FISCHER, S., ŠKODA, J. 2008. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vydanie. Praha : Triton, 2008. 206 s. ISBN 978-80-7387-014-0
- GAŇO, V. 1960. *Defektné deti*. Bratislava: SPN
- GAVORA, P. 2008. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4.vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. 236 s. ISBN 978-80-223-2391-8.
- GAVORA, P. a kol. 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na: <http://www.emetodologia.fedu.uniba.sk/> ISBN 978-80-223-2951-4.
- GURSKÁ,B.: 1989. *Náčrt metodiky predmetu dorozumievacie zručnosti*. Bratislava, Pedagogický ústav, 1989.
- GÚTH, A. 2003 *Diagnostika pracovného potenciálu*. In: *Rehabilitácia pre medicínske, pedagogické a ošetrovateľské odbory*. [online]. 2003, XLVIII, č. 2 [cit. 2014-04-04.] Dostupné na: <http://www.rehabilitacia.sk>
- GÚTH, A. a kol.:2004. *Vyšetrovacie metodiky v rehabilitácii*. Bratislava Liečreh, 2004. ISBN 80-88932-13-0.
- GÚTH, A. a kol.: 2011. *Liečebné metodiky v rehabilitácii*. Bratislava Liečreh, 2011, ISBN 978-80-88932-34-5.
- HABŠUDOVÁ, M., 2011. *Špeciálne pomôcky*. Púchov: Ľ. Šeba.
- HÁRI, M.; ÁKOŠ, K.:1971. *Konduktiv pedagogia*. Budapest. Tanknyvkiadó. 1971
- HARDI, I., *Psychologická péče o nemocné*. Praha: Avicenum, 1972: 275 s
- HARČARÍKOVÁ, T. 2007. *Základy pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených*. In *Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných a vysokých škôl*. Bratislava. Univerzita Komenského, 2007. ISBN 978-80-89113-30-9.
- HARČARÍKOVÁ, T. 2008. *Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených*. Bratislava : Mabag, 2008. 102 s. ISBN 978-80-89113-54-5
- HARČARÍKOVA, T. 2007. *Edukácia detí s telesným postihnutím v prípravnom ročníku základnej školy pre telesne postihnutých ako jedna zo špecifických foriem špeciálnopedagogickej intervencie* In *Špeciálnopedagogická diagnostika, včasná intervencia a*

špeciálnopedagogické poradenstvo pre znevýhodnené osoby (s postihnutím, narušením, nadaním a talentom), Bratislava : MABAG, s.r.o., 2007 S. 215-231. ISBN 978-80-89113-38-5.

HARČARÍKOVÁ, T. 2005. Poradňa pre voľbu povolania pri Inštitúte pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou v Bratislave. In KROČANOVÁ, Ľubica et al. *Špeciálnopedagogické poradenstvo- informačný bulletin IX*. Bratislava: Metodické centrum, 2005, s. 53- 54. ISBN 80-7164-396-3. 2005.

HARČARÍKOVÁ, T. 2011. *Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených – teoretické základy*. Bratislava : IRIS, 2011. 366 s. ISBN 978-80-89238-59-0.

HORŇÁK, L.,KOLLÁROVÁ, E., MATUŠKA, O.: 2002. *Dejiny špeciálnej pedagogiky*. Prešov. Prešovská univerzita. ISBN 80-8068-122-8. 2002

HORŇÁKOVÁ, M.: 2007. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava. Občianske združenie Sociálna práca. ISBN 978-80-89185-28-3.

HUČÍK, J. 2007. *Profesijná príprava žiakov s mentálnym postihnutím I*. Martin: Osveta 2007. ISBN 978-80-8063-260-1

HUČÍK, J. 2009. *Predprofesijná príprava a profesijná orientácia postihnutých*. I. vydanie. Prešov: ZOUS, 2009. ISBN 978-80-970359-6-9.

CHLUP, J., 1935. *Dnešní stav péče o zmrzačené v Československé republice*: článek pro časopis The Crippled Child 1935. Brno: strojopis,

CHLUP, J., 1923. *Osud zmrzačeného dítěte*. Brno: Český zemský spolek péče o mládež na Moravě,

ILLYÉS, G. et.al. 1978 *Špeciálnopedagogická psychológia*. Bratislava: SPN,1978. 67-583-78 02/54.

JANKOVSKÝ, J. 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s telesným a kombinovaným postižením*. Praha: TRITON, 2001.158 s. ISBN 80-7254-192-7

JANKOVSKÝ, J. 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2.vyd. Praha: TRITON 2006. 173 s., ISBN 80-7254-730-5

- JAKABČIČ, I., POŽÁR, L. 1995 *Všeobecná patopsychológia a patopsychológia mentálne postihnutých*. Bratislava: IRIS, 1995. ISBN 80-88778-11-5
- JANEC, M., 1991 *Starostlivosť o deti s vrodenými chybami*. Martin: Osveta. 314 s. ISBN 80-217-0279-6
- JESENSKÝ, J. 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotne postižených*. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066- 941-1
- KÁBELE, F – KOLLÁROVÁ, E. – KOČÍ, J – KRACÍK, J.. 1992. *Somatopedie, Učebnice speciální pedagogiky tělesne a zdravotně postižené mládeže*, 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova Praha ISBN 80-7066-533-5
- KÁBELE, F – KRACÍK, J.. 1982 *Nárys vývoje a péče o mládež tělesně postiženou, nemocnou a zdravotne oslabenou*. 1. Vyd. Praha: Univerzita Karlova Praha. ISBN 60-120-82
- KÁBELE, F. - KOLLÁROVÁ, E. - KOČÍ, J. - KRACÍK, J.1993. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova 1993. ISBN 80-7066-533-5.
- KÁBELE, F. 1992. *Somatopedie*. Praha: Univerzita Karlova v Prahe ISBN 80-7066-533-5
- KÁBELE, F.: 1970/71. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozgovou obrnou*. In. *Otázky defektologie* 13. samostatná příloha v č. 2 10, s. 1 – 76. 1970/71.
- KAPR, J., MULLER, Č. 1986. *Kniha o nemoci*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1986. 135s. ISBN 73521-08/108-006-86.
- KAY BLUNENTHAL-BARBY a kol. 1988. *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1988. 232s. ISBN 70-002-89
- KIRBYOVÁ, A. 2000. *Nešikovné dítě : Dyspraxie a další poruchy motoriky*. Praha : Portál, 206 s. ISBN 80-7178-424-9.
- KOLLÁROVÁ, E. 2007. *Somatopédia pre učiteľov*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-2283-6.2007.
- KOLLÁROVÁ, E. 1984. *Somatopedia III*. Bratislava: Univerzita Komenského.104s. ISBN 15023/1984.

- KOLLÁROVÁ, E. 1977. *Somatopédia I*. 1. vydanie. Bratislava: Univerzita Komenského. 1977. 79 s.
- KOLLÁROVÁ, E. 1991. *Somatopédia pre učiteľov*. 1. vydanie. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 1991. ISBN 80-223-0451-4 31.00.
- KOLLÁROVÁ, E. 1993. *Základy somatopédie*. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 1993. ISBN 80-223-0715-7.
- KOLLÁROVÁ, E. 2004. *Somatopédia pre vychovávateľov*. 2. upravené vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK ISBN 80-223-1591-5
- KOLLÁROVÁ, E. 2006. *Základy somatopédie*. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK ISBN 80-223-2107-9
- KOLLÁROVÁ, E. 2007. *Somatopédia pre učiteľov*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. s. 145. ISBN 978-80-223-2283-6.
- KOLLÁROVÁ, E. HUDÁČOVÁ, V. 1991. *Základné kategórie, pojmy a termíny v somatopédii*. Zborník Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Bratislava: UK, 1991. ISBN 80 – 08 – 01033 – 9
- KOLESÁR, J. a kol. 1980. *Fyziatria*. Osveta. Martin 1980. s. 156
- KONDRÁŠ, O., LIČKO, L. a kol. 1978. *Psychológia pri ošetrovaní chorých*. Martin: Osveta
- KONDRÁŠ, O., 1977, *Klinická psychológia*, Osveta, Martin, 2.vyd.
- KOMANČEKOVÁ, D., BALOGHOVÁ, M., ČECHOVÁ, E. et al. 2006. *Fyzikálna terapia*. 2. Vydanie. Vydavateľstvo Martin : Osveta, 363 s. ISBN 80-8063-230-8
- KRAUS, J. - ŠANDERA, O. .1975. *Tělesně postižené dítě*. 2. vyd. Praha: SPN. 1975.
- KRAUS, J. a kol. 2005. *Dětská mozgová obrna*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1018-8. 2005.
- KRAUS, J., ŠANDERA, O. 1975. *Tělesně postižené dítě: psychologie, léčba a výchova*. 2. vydanie. Praha: SPN, 1975. 171 s.
- KREJČÍŘOVÁ, O. et. al. 2005. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. Praha: Rytmus, 2005. 88s. ISBN 80-903598-1-7

- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
- KUBÁT. R.:1985. *Avicenum*. Zdravotnické nakladatelství Praha. 1985 s.379
- KUBÍČOVÁ, Z. - KUBÍČE, J. 2001. *Kompenzační a didaktické pomůcky pro děti a žáky s tělesným postižením v MŠ a ZŠ*. Praha: Septima. ISBN 80-7216-166-0. 2001.
- KUBÍNKOVÁ D., KŘÍŽOVÁ A. 1997. *Ergoterapie*, Olomouc 94s.
- KUNDRÁTOVÁ, B. 2001. *Sociálnopsychologické charakteristiky postihnutých dětí integrovaných v běžných třídách ZŠ*. In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 36, 2001, č. 2. s. 130 – 138.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998, 3. prepracované a doplnené vydanie, ISBN 80-7169-195-X.
- LÁNIK, V. a kol. 1983. *Liečebná telesná výchova I*. Martin: OSVETA, 278 s.
- LECHTA, V. 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010. 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
- LECHTA, V.: a kol.2016 *Inkluzivní pedagogika*. Praha. Portál. 978 -262-1123-5
- LESNÝ, I. 1985. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1985.
- LESNÝ, I., ŠITZ, J. 1989. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: SPN, 1989. 229 s. ISBN 80-04-22922-0
- LESNÝ, I.: 1985. *Dětská mozgová obrna*. Praha: Avicenum, 1985.
- MAREŠ, J. 1995. Dětské pojetí zdraví a nemoci. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 1995, roč. 30, č.1, s. 120.
- MAREŠ, J.1997. *Dítě a bolest*. Praha: Grada Publishing, 1997. 320s. ISBN 80-7169-267-0.
- MARÔNKOVÁ, M.: 2011. *Predprofesijná a profesijná orientácia žiakov s telesným postihnutím*. Diplomová práca, Univerzita Komenského. Pedagogická fakulta UK, 2011, 92 s.
- MATEJČEK, Z. 1991: *Lehké mozgové dysfunkcie*. Praha, Psychiatrické centrum

- NOVOSAD, L., 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál
- MAUER, J. 1917. *Duševně úchylné děti*. Praha: Stálý výbor českých sjezdů pro péči o slabomyslné a školství pomocné
- MÜLLER, O. 2002 *Lehká mentální retardace v pedagogickém kontextu*. Olomouc: UP, ISBN 80-244-0207-6.
- MONATOVÁ, L., 1981. *Základy speciální pedagogiky*. Brno: UJEP.
- MICHALÍK, J.: 2000. *Školní integrace dětí s postižením*. Olomouv UP 2000. ISBN 80-244007-4
- NAWROT J., 1973. *Ergoterapia w wychowaniu dziecka upośledzonego fizycznie*. - Warszawa : Państw. Zakł. Wydaw. Lekarskich,
- OPATŘILOVÁ, D. et al. 2006. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními potřebami* 1. vyd. Tišnov SURSUM. ISBN 80-210-3977-9
- OPATŘILOVÁ, D. 2003 *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozgovou obrnou*. Brno : PF Univerzita Masarikova, 2003. ISBN 80-210- 3242-1.
- OPATŘILOVÁ, D. - ZÁMEČNÍKOVÁ, D. 2005. *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno: Pedagogická fakulta, Masarykova Univerzita, 2005. ISBN 80-2103718-0.
- PIRŠEL, D. 2013. *Osoby so zdravotným znevýhodnením v kontexte súčasnej špeciálnej pedagogiky a súvťažných vied*. In: Zborník medzinárodnej vedeckej konferencie. PF UK Bratislava: IRIS. 1. vydanie. 20. ISBN 978-80-89238-87-3.
- PFEIFFER, J., 1990. *Ergoterapie II*. Martin
- PFEIFFER, J., a kol. 1989. *Rehabilitace*. Praha.
- POPELÁŘ, B., 1957. *Systém specialní pedagogiky*. Praha
- POŽÁR, L. 1987 *Patopsychológia postihnutého dieťaťa*. Bratislava: Univerzita Komenského,
- ZÁMEČNÍKOVÁ, D. 2007. *Somatopedie*. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno. Paido. 2007. s.118. ISBN978-80-7315-137-9.
- POŽÁR, L.: *Psychológia postihnutých (patopsychológia)* Bratislava Retaas. 2005. ISBN 80-89113-21-4

- PREVENDÁROVÁ, J. 1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. 1. vyd. Nové Zámky : Psychoprof. 132 s. ISBN 80-967148-9-9
- PREVENDÁROVÁ, J. 1999. *Postihnuté dieťa v rodine*. In *Rodina a škola*, 1999, roč. 47, č. 10, str. 11.
- RENOTIÉROVÁ, M. - LUDÍKOVÁ, L. a kol.: 2004. *Speciální pedagogika*. 2.vyd. Olomouc: PF UP.ISBN 80-244-0873-2. 2004.
- RENOTIÉROVÁ, M. 2003. *Somatopedické minimum*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80- 244- 0532-6. 2003.
- RENOTIÉROVÁ, M. 2007. *Některé významné osobnosti oboru somatopedie v českých zemích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci ISBN 978-80-244-1861-2
- REPKOVÁ, K.1999. *Zdravotné postihnutie- obraz z galérie nášho poznania*. Bratislava: EPOS, 240 s. ISBN 80-8057-178-3.
- ŘÍČAN, P. - KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-168-2.
- ŘÍČAN, P. - KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.:1995. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-168-2. 1995.
- ŘÍČAN, P. 2006. *Cesta životem*. Praha, Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7.
- ŘÍČAN, P. 2007. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybe*. Praha, Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1174-4.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. 1997. *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing. 456 str. ISBN 80-7169-512-2
- ŘÍČAN,P., VÁGNEROVÁ, M. 1991. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum, 1991. 359s. ISBN 80-201-0131-4.
- SLEZÁKOVÁ J. 1998. *Chronicky choré dieťa v edukačnom procese*. In *Integrace – znamení doby*. Sborník z odborné konference. Praha: Karolínium UK. s. 102 – 109. ISBN 80 – 7184 – 691 – 0.1998.
- SLEZÁKOVÁ J. 1996. *Telesne a zdravotne postihnuté dieťa z pohľadu lekára*. In *Sborník z konference somatopedické spoločnosti*. Brno: Paido. s. 35 – 39 .ISBN 80 – 85931 – 18 – 4.1996.
- SLEZÁKOVÁ, J. 1993. *Pediatrica pre špeciálnych a liečebných pedagógov*, Bratislava: Univerzita Komenského, 1993.129 s. ISBN 80-223-0624-X

- SLEZÁKOVÁ, J. 1999. *Chronicky choré a zdravotne oslabené dieťa v edukačnom procese*. In *Perspektívy edukácie žiakov z výchovne menej podnetného prostredia*. Prešov: PdF PU. s. 58 – 61 ISBN 80 – 88722 – 55 – 1.1999.
- SLEZÁKOVÁ, J. 2002. *Potenciál komprehenzívnej podpory zdravotne postihnutých osôb* In *Paedagogica specialis XXI*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 111-114, ISBN 80-223-1715-2
- SLEZÁKOVÁ, J. 2005. *Pediatrica pre špeciálnych a liečebných pedagógov*. 2. upravené vyd. Bratislava: SEducoS - Slovak Education Service, s.r.o. ISBN 80-85757-13-3
- SLEZÁKOVÁ, J. 2007. *Chronicky choré a zdravotne oslabené dieťa – žiak v edukačnom procese na ZŠ*. In. BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M.: *Přístupy ke vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení na základní škole*. Brno. Paido. ISBN 979-80-7315-150-8.2007.
- SMOLIANINOV, A. 2010. *Neurokineziterapia ako špecifická metóda neuropsychofyzickej korekcie pre deti s postihnutiami v psychosomatických, psychomotorických a rečových oblastiach*. Kyjev 2010. 8 s., Strojopis.
- SMOLIANINOV, A.G. – VANČOVÁ, A. – HARČARIKOVÁ, T. 2009. *Komplexná rehabilitácia viacnásobne postihnutých*. In *Komplexná rehabilitácia viacnásobne postihnutých – niektoré nové metodiky a programy*, Bratislava: MABAG 2009, s. 13 – 29, ISBN 978-80-89113-43-9
- SMOLIANINOV, A.G. – VANČOVÁ, A. 2010. *Ruka – Mozg*, Kyjev: Svetoč 2010, 109 s.
- SMOLJANINOV, A.G., ŠARGOROTSKIJ V.S. 1996. *Kineziterapija detského cerebraľného paraliča*. Kyjev: Anatol', 1996. s.59
- STEHLÍK, A. et al. 1977. *Dítě s mozgovou obrnou v rodině*. Praha: AVICENUM 1977, 242 s.
- ŠPULEROVÁ, Ľ.: *Možnosti pracovnej rehabilitácie u jednotlivcov so získaným telesným postihnutím na Slovensku*. Diplomová práca, Univerzita Komenského. Pedagogická fakulta, Katedra špeciálnej pedagogiky. Vedúci diplomovej práce: doc. PaedDr. Terézia Harčariková, PhD. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 2014. 119 s.

- SEIDLER, P.: Integrácia handicapovaných žiakov do bežných škôl. In: Premeny výchovy v škole a v rodine. Nitra UKF 1997.
- SOVÁK, M., 1977. *Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství,
- SOVÁK, M., 1986. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- ŠTAMPACH, F., 1947. *O štěstí národa*. Praha : Jedličkův ústav v Praze VI.
- ŠTAMPACH, F., 1945. *Problém reedukace*, in: Pedologické rozhledy 1,1-3, Praha.
- ŠVEC, Š. a kol. 1998. *Metodológia vied o výchove*. Bratislava : IRIS, 303 s. ISBN 80-88778-15-8.
- TICHÝ, J. a kol.:1998. *Neurologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-750-X.1998.
- TIZL, B. 1998. *To byl český učitel*. Praha: Společnost Františka Bakule ISBN 80-902518-0-3
- TITZL, B.: 2000. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha UK, 2000. ISBN 80-86039-90-0
- TOMČÁNIOVÁ, B. 2003. *Prístupy k integrovanému vzdelávaniu postihnutých detí*. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 2003, 38, č. 1, s. 32-39.
- TROJAN, S. et al. 1990. *Centrální mechanizmy řízení motoriky - teorie, poruchy a léčebná rehabilitace*. Praha: Avicenu, 1990. 249 s. ISBN 80-201-0054-7
- TROJAN, S. et al. 1996. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: GRADA Publishing, 1996.175 s. ISBN 80-7169-257-3
- VÁGNEROVÁ, M. 1993. *Variabilita a patologie psychického vývoje*. Praha, KU, 1993, ISBN 80-7066-797-4.
- VÁGNEROVÁ, M. 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese – variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. s. 448. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0
- VÁGNEROVÁ, M. 2001. *Kognitivní a sociální psychologie žáků základní školy*. Praha. Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0181-8.

- VÁGNEROVÁ, M. 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
- VÁGNEROVÁ, M. 2003. *Psychologie handicapu. 2. část. Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince*. Liberec. Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-764-0.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.
- VÁGNEROVÁ, M., KOŤÁTKOVÁ, L. 1996. *Význam integrace tělesně postižených dětí pro jejich socializační rozvoj*. In *Psychológia a potopsychológia dieťaťa.*, 31, 1996, č. 2, s. 152-167.
- VAJDA, P. et al. 1992. *Špeciálna neurológia pre somatopédov*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1992. 109 s. ISBN 80-223-0411-5
- VALENTA, M.: 2003. *Přehled speciální pedagogiky a školské integrace*. Olomouc: UP 2003. ISBN 80-244-0698-5
- VANČOVÁ, A. 1999. *Viacnásobné postihnutia – aktuálny problém špeciálnej pedagogiky*. In *Pedagogika specialis X*. 1999, s.77-109, ISBN 80-223-1344-0
- VANČOVÁ, A. 2002 *Edukácia viacnásobne postihnutých* . Bratislava: Sapienta, 2002. ISBN 80-967 180-7-X.
- VANČOVÁ, A. 2002. *Niektoré špecifické problémy edukácie ťažko viacnásobne postihnutých*. In *Pedagogika specialis XXI* . Bratislava: Univerzita Komenského, s. 7-14, ISBN 80-223-1715-2
- VANČOVÁ, A. 2005. *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*, Bratislava: Sapienta, 2005. 332 s. ISBN 80-968797-6-6
- VANČOVÁ, A. 2010. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: KKT, o.z. a Pedagogická fakulta UK 2010, 173 s., ISBN: 978-80-970228-1-5
- VANČOVÁ, A. et. kol. 2007. *Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných a vysokých škôl*. Bratislava : Univerzita Komenského. 2007. 168 s. ISBN 978-80-89113-30-9 85
- VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G., a kol. 1999. *Pedagogika viacnásobné postihnutých*. Bratislava: Sapientia. 1999. ISBN 80-967180-4-5.

- VAŠEK, Š. 2006. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapientia s.r.o. 2006. 217 s., ISBN 80-89229-02-6
- VAŠEK, Š. 2007. *Základy špeciálnej pedagogiky*. 2. upravené vyd. Bratislava: Sapientia. 217 s. ISBN 80-89229-02-6
- VAŠEK, Š. 1996. *Špeciálna pedagogika*. Bratislava: Sapientia 1996. ISBN 80-967180-307.
- VÍTKOVÁ, M. 2003: *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: MSD, spol. s. r.o., 2003. 248 s. ISBN 80-214-2359-5
- VÍTKOVÁ, M. 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 283 s. ISBN 80-85424-98-3.
- VÍTKOVÁ, M. et al. 2004. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 462 s. ISBN 80-7315-071-9.
- ZEMAN, J., 1908. *Péče o abnormální*. Náchod: B. Chrastina.
- Vzdelávací program pre deti choré a zdravotne oslabené ISCED 0 – predprimárne vzdelávanie, Bratislava, platné od 1.9.2009., ŠPU. Bratislava.*
- Vzdelávací program pre žiakov s telesným postihnutím ISCED 1 – primárne vzdelávanie, Bratislava, platné od 1.9.2009., ŠPU. Bratislava.*
- Vzdelávací program pre žiakov s telesným postihnutím ISCED 2 - sekundárne a nižšie sekundárne vzdelávanie, Bratislava, platné od 1.9.2009., ŠPU. Bratislava.*
- Zákon č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene niektorých zákonov (školský zákon)
- Zákon č. 245/2008 Z. z. Zákon o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov [online]. [cit. 2010-07-06] Dostupné na: http://www.upsvarmi.sk/?q=system/files/zakon_o_sluzbach
- ZÁHORCOVÁ, V. 2003. *Dôstojný život, výchova, vzdelávanie a zamestnávanie*. In *Kde hľadať pomoc - rady pre zdravotne postihnutých*. Bratislava. 2003, s. 6-9.

ZÁHORCOVÁ, V. a kol. 2009. *Štandardy kvality podporovaného zamestnávania*. Bratislava: APZ, n. o. 2009. 36 s. ISBN 978-80-970384-6-5.

Zákon č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

Zákon č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov),

Zákona č. 283/2002 Z.z. o cestovných náhradách

Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov