

METODIKA KARIÉROVÉHO PORADENSTVÍ

PRO ŽÁKY
S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM
A ZÁVAŽNÝM ONEMOCNĚNÍM



Eva Čadová a kolektiv



Univerzita Palackého
v Olomouci

METODIKA KARIÉROVÉHO PORADENSTVÍ

**PRO ŽÁKY S TĚLESNÝM
POSTIŽENÍM A ZÁVAŽNÝM
ONEMOCNĚNÍM**

Eva Čadová a kolektiv

Olomouc 2022

Odborní recenzenti:

doc. PhDr. Mgr. Dagmar Opatřilová, Ph.D.

Mgr. Lenka Cole

Autorský tým:

Mgr. Eva Čadová (vedoucí autorského týmu)

Mgr. Dana Dvořáčková

Mgr. Karla Adámková

Mgr. Jitka Shánělová

Mgr. Petra Průchová, Ph.D.

PhDr. Dušana Chrzová, Ph.D.

PaedDr. Pavlína Baslerová, Ph.D.

prof. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.

Tato publikace vznikla v rámci projektu Systémová podpora kariérového poradenství a tranzitních programů žáků se SVP pro ČR, reg. č. CZ.02.3.62/0.0/0.0/19_077/0016805.



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



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



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

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

1. vydání

© text Eva Čadová a kolektiv, 2022

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2022

DOI: 10.5507/pdf.22.24461182

ISBN 978-80-244-6118-2 (tištěná publikace)

ISBN 978-80-244-6119-9 (online: iPDF)

Obsah

Úvod	5
1 Základní charakteristika cílové skupiny	7
1.1 Termín tělesné postižení	7
1.1.1 Obrny	9
1.1.2 Deformace, malformace	12
1.1.3 Poúrazové stavy	14
1.2 Chronická (dlouhodobá) onemocnění	16
1.2.1 Astma	16
1.2.2 Cystická fibróza	16
1.2.3 Onkologická onemocnění	17
1.2.4 Epilepsie	17
1.2.5 Diabetes	19
1.3 Vzácná onemocnění	20
2 Limity vyplývající z charakteristiky cílové skupiny	21
2.1 Dopady do vzdělávání a tělesné postižení	21
2.1.1 Předškolní věk	21
2.1.2 Školní věk	22
2.1.3 Střední škola	24
2.1.4 Vysokoškolské studium	25
2.1.5 Shrnutí dopadů tělesného postižení do vzdělávání	26
2.2 Dopady do zaměstnatelnosti	26
2.3 Dopady do sociální integrace	28
2.3.1 Socializace dětí a žáků s tělesným postižením	29
2.4 Osobnostní zvláštnosti vyplývající z postižení	33
2.4.1 Osobnost a tělesné postižení	33
2.4.2 Vyrovnávání se s postižením a chronickým onemocněním	36
2.4.3 Progresivní a letální onemocnění	37
3 Diagnostika a diagnostické nástroje v kariérovém poradenství	38
3.1 Klinické metody	40
3.1.1 Anamnéza	40
3.1.2 Pozorování	40
3.1.3 Rozhovor	41
3.1.4 Analýza prací žáka	42
3.2 Testové metody	42
3.2.1 Wechslerova inteligenční škála	43
3.2.2 Stanford–Binetův test, IV. revize	44
3.2.3 IST	45
3.2.4 Testy kognitivních schopností Woodcock–Johnson IV	45
3.2.5 Ravenovy testy	46

3.3 Diagnostika osobnostních vlastností	47
3.3.1 Dotazníky	47
3.3.2 Projektivní metody	50
3.4 Diagnostika zájmů a preferencí	51
3.5 Diagnostika motorických dovedností	54
3.6 Diagnostika dalších dílčích schopností a dovedností	54
4 Kariérové poradenství pro žáky s tělesným postižením ve škole	56
4.1 Role hlavních aktérů podílejících se na kariérovém poradenství žáka	58
4.1.1 Zákonný zástupce	58
4.1.2 Ředitel školy	59
4.1.3 Výchovný poradce	59
4.1.4 Další pracovníci školního poradenského pracoviště	61
4.1.5 Učitel	62
4.1.6 Poradenský pracovník ŠPZ	63
4.1.7 Neziskový sektor	64
4.2 Proces kariérového poradenství	65
4.3 Provázanost kariérového poradenství s klíčovými kompetencemi	71
4.4 Rozvoj specifických dovedností	73
4.5 Optimální model	74
5 Proces kariérového poradenství při přechodu na trh práce	80
5.1 Formy zaměstnávání, jejich příležitosti a rizika	82
5.2 Komunikace s potenciálním zaměstnavatelem	87
5.3 Proces přechodu ze školy na trh práce	88
6 Pro inspiraci	91
7 Shrnutí obsahu kariérového poradenství	97
Závěr	103
Slovníček pojmů	105
Seznam zkratk	114
Literatura a další zdroje	116
Přehled a charakteristika publikačních výstupů projektu	120

Úvod

Publikace, kterou vám představuje autorský kolektiv, je určena především výchovným a kariérovým poradcům na základních a středních školách a pracovníkům ve školských poradenských zařízeních, kteří se věnují kariérovému poradenství. Nabízí souhrn informací, které by čtenářům mohly usnadnit orientaci v uvedené problematice.

Kariérové poradenství tvoří systém poradenských služeb, které pomáhají jednotlivcům různého věku rozhodnout se o svém dalším vzdělávání. Kariérové poradenství u žáků s tělesným postižením není v prostředí školských poradenských zařízení novinkou. Chybí však ucelená podpora ve spolupráci klienta, školy, kariérového poradce, zákonných zástupců, případně dalších subjektů, respektive zatím není na takové úrovni, kterou by žáci s tělesným postižením potřebovali.

První kapitoly se mohou zdát čtenáři příliš rozsáhlé, ale měly by poskytovat teoretický základ pro ty, kteří jej potřebují. Ve školách se pedagogové setkávají se žáky, jejichž vzdělávání ovlivňuje velké množství diagnóz. Jedná se o širokou problematiku, a tak jsou zde popsány pouze ty druhy postižení a onemocnění, se kterými se v běžných školách můžeme setkat nejčastěji. Snahou bylo podat alespoň základní přehled tak, aby pedagogové nemuseli vyhledávat potřebné informace v dalších publikacích. Je možné, že na školách působí v rolích výchovných a kariérových poradců i speciální pedagogové, pro něž je problematika tělesného postižení známá, protože v teorii somatopedie se vzdělávali na VŠ, případně pedagogové, kteří již mají se vzděláváním žáků s tělesným postižením dlouholeté zkušenosti. V těchto případech samozřejmě není nezbytné tyto úvodní kapitoly podrobně studovat.

Za velmi důležité považujeme kapitoly zabývající se postupy kariérového poradenství ve škole, a to od role zapojených aktérů přes časovou posloupnost jednotlivých fází kariérového poradenství a přes provázání s klíčovými kompetencemi až po rozvoj specifických dovedností, zejména pracovních. Zajímavý

může být i navržený optimální model, tedy postup, jak by mohlo kariérové poradenství v praxi probíhat.

Popsán je i proces kariérového poradenství při přechodu žáka ze školy na trh práce, od různých možností zaměstnávání těchto žáků až po přiblížení vhodných postupů při komunikaci s potenciálními zaměstnavateli, včetně jiných možností uplatnění žáků mimo trh práce.

V závěru je zařazeno přehledné shrnutí obsahu procesu kariérového poradenství žáků s tělesným postižením.

Předkládaná Metodika kariérového poradenství pro žáky s tělesným postižením a závažným onemocněním vznikla na základě zkušeností s dosavadním poskytováním poradenských služeb v oblasti profesní orientace s cílem, že pomůže pedagogům v praxi jednotlivých běžných škol i škol zřízených dle § 16 odst. 9 školského zákona a bude jim užitečnou pomůckou.

Eva Čadová

1 Základní charakteristika cílové skupiny

— Eva Čadová —

1.1 Termín tělesné postižení

Termín tělesně postižený se začal používat až po roce 1925, kdy nahradil doposud užívaný název mrzák, mrzáček, zmrzačený. Stále častěji se však užívá označení jedinec, žák, dítě, mladistvý s tělesným postižením, což umožňuje oddělit osobu od jednoho z jejích znaků (Vítková, 2006). Vágnerová (1984) nachází u osob s tělesným postižením tři základní společné znaky:

- ▶ poruchy hybnosti,
- ▶ poruchy vyšší nervové činnosti,
- ▶ psychické změny vyskytující se zejména v emocionální oblasti, v oblasti sociability a celkového vývoje osobnosti.

Dle Novosada (2011) zahrnuje tělesné postižení dvě skupiny – chronické postižení a pohybové postižení, která se navzájem prolínají. Chronické postižení se vyznačuje dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a obvykle jde o dlouho léčené nebo nevyléčitelné onemocnění. Promítá se do kvality života nemocného i jeho blízkých. Člověk s chronickým onemocněním by měl dodržovat léčebná opatření a stanovenou životosprávu. Onemocnění často způsobuje sníženou výkonnost a vede k utlumení fyzických aktivit. Omezená pohyblivost člověka vzniká až jako sekundární dopad celkového zdravotního stavu. Na rozdíl od pohybového postižení nemusí být chronické onemocnění patrné na první pohled a díky tomu nemusí člověka tolik stigmatizovat, i když ani to neplatí ve všech případech.

Pohybové postižení se vyznačuje viditelným omezením hybnosti, může se jednat až o celkové znemožnění pohybu. Mezi příčiny patří poškození, orgánová či funkční porucha nosného a hybného aparátu, vývojová vada, amputace či deformace částí motorického systému či funkční poruchy hybného a nosného aparátu (Novosad, 2011).

Jednotlivé dopady tělesného postižení mají své důsledky v životních oblastech jedinců s postižením. Obtížné je především vyrovnání se s faktem postižení jak pro jedince s postižením, tak pro jeho okolí. Dopad a důsledky jednotlivých typů tělesného postižení jsou u různých jedinců rozdílné. Většinou však postižení v různém rozsahu ovlivňuje kognitivní, sociální a psychický vývoj jedince a zasahuje i do oblastí vzdělávání, profesní orientace a samostatného života. Veškerá péče o žáky s tělesným postižením by tak měla vycházet z jejich potřeb a měla by je podporovat v co nejširším možném rozvoji a sebeuplatnění.

Tělesné postižení nebo nemoc nevytvářejí samy o sobě nové zvláštní vlastnosti člověka, připravují mu však náročnější životní situaci. V průběhu svého vývoje se dítě s tělesným postižením setkává oproti svým zdravým vrstevníkům s řadou překážek, které se pojí především s jeho pohybovým omezením a s případným odlišným fyzickým vzhledem. Vlivem omezené hybnosti se dítě také může stávat příliš závislé na svých rodičích.

V průběhu vzdělávání se dostává do situací, které pro něj mohou být velice komplikované. Kvůli řadě pohybových aktivit v rámci vyučování, případně trávení volného času mimo školní prostředí se žák s tělesným postižením nemůže plně účastnit života svých vrstevníků. Kritické vývojové období přichází s nástupem puberty, která je typická tím, že se jedinec začíná hodně porovnávat se svými vrstevníky a chce se líbit, především opačnému pohlaví. Jedinci s tělesným postižením si právě v tomto období poprvé vážně uvědomují svůj rozdílný vzhled a jsou konfrontováni s nelehkým vyrovnáváním s vlastní odlišností. Pro tento věk je také důležité zmínit potřebu postupného osamostatňování od původní rodiny, což u žáků s tělesným postižením není možné zcela naplnit, a proto může docházet k opětovné frustraci či pocitům méněcennosti. Dalším stresujícím faktorem pro osoby s tělesným postižením může být jejich profesní orientace. Kvůli svému handicapu mohou mít žáci s tělesným postižením, navzdory své inteligenci a nejvyšším schopnostem, v této oblasti jen značně omezené možnosti.

Základem úspěšného začlenění do společnosti je výběr vhodného typu vzdělávání a poté profesního zaměření. Výběr povolání musí žáci s tělesným postižením přizpůsobit svým možnostem, schopnostem i očekáváním. Tato očekávání by však měla být dostatečně realistická.

Základním znakem osob s tělesným postižením je celkové nebo částečné omezení hybnosti, které může být způsobeno prvotním omezením z důvodu postižení vlastního hybného ústrojí nebo centrální či periferní nervové soustavy (amputace, deformace, vývojové vady). Poškozením střední části – nižších center, popřípadě nervových drah – vznikají chabé obrny, spastické obrny vznikají následkem patologických změn v korové a přilehlé oblasti. Do této skupiny patří i postižení způsobená poruchami extrapyramidového systému. Příčinou tělesného postižení může být poškození nosného (podpůrného) aparátu nebo jiné organické poškození. Obecně se za tělesné postižení považují takové vady pohybového a nosného ústrojí nebo takové poruchy nervového ústrojí, jejichž následkem je porušená hybnost.

Pohybové vady lze rozdělit z několika hledisek. Podle doby vzniku pohybového postižení je možné je dělit na pohybové vady *vrozené, dědičné a získané*. Dle místa postižení rozlišujeme *obrny, amputace, deformace a malformace*. Setkat se můžeme i s *druhotným omezením hybnosti*, které není způsobeno poruchami CNS ani periferního systému, ale pohyb je omezen z jiných příčin. Mezi tyto příčiny může patřit omezení z důvodu dopadů dlouhodobého a vážného onemocnění.

1.1.1 OBRNY

Velká skupina žáků s tělesným postižením, se kterými se můžeme ve školách setkat, má speciální vzdělávací potřeby vyplývající z dopadů konkrétní diagnózy, nesoucí souhrnně název obrny. Nejedná se o jeden typ postižení ani o jednoznačné dopady do vzdělávání. Obrny lze dělit dle doby vzniku na vrozené, dědičné a získané, podle stupně na parézy (částečné ochrnutí) a plegie (úplné ochrnutí) a podle místa vzniku na centrální (vznikající na základě postižení mozku a míchy) a periferní (vznikají poškozením periferních nervů). Mozková obrna (MO) u dětí (*aktualizací I. dílu MKN-10 došlo ke změně názvu: místo dětské mozkové obrny se používá termín mozková obrna, ale v dostupné literatuře i v lékařských zprávách se stále používá výše uvedený termín nebo jeho zkratka DMO*) je často doprovázena postiženími zraku, sluchu a komunikačních schopností. Typické jsou i ortopedické změny, zejména deformity. V důsledku motorických a hybných postižení se objevují obtíže s výživou, které mohou vést k závažnějším poruchám. Může dojít i k narušení kognitivních schopností a mohou se objevit i záchvaty (epilepsie). Obtíže se mohou projevat v různých kombinacích, ale není podle toho možné předpokládat úroveň poznávacích procesů či možnosti a schopnosti jedince v jakékoli oblasti. Rozsah a dopad postižení je různý a jednotlivé typy se od sebe výrazně liší. Pokud hovoříme o mozkové obrně u dětí (DMO), pak jde o poruchu vývojovou. V období prenatálním vzniká postižení zejména v důsledku infekcí, malformací mozku, genetických syndromů spojených s poškozením mozku a v důsledku nedostatečného zásobení mozku kyslíkem. Poškození v období perinatálním vznikají především následkem abnormálního porodu, infekcí matky, abnormalit placenty a dalších situací, které vedou k omezení přísunu kyslíku do mozku dítěte. V postnatálním období je postižení ve velké míře způsobeno traumatickým poraněním mozku, po požití jedu, infekcí nebo jakoukoliv situací, která vede k omezení přísunu kyslíku do mozku (tonutí, dušení, zásah elektrickým proudem). MO je možné klasifikovat z hlediska zasažení těla a končetin, poškození oblasti mozku, pohybových vzorů a stupně závažnosti poškození funkcí. Podle míry zasažení těla a končetin ji lze rozdělit na diplegii, kdy jsou zasaženy všechny čtyři končetiny, ale nohy jsou postiženy více, hemiplegii, kdy dochází k poškození poloviny těla, a kvadruplegii, která zasahuje všechny končetiny. Používá se také termín dvojitá diplegie, kdy jsou zasaženy všechny čtyři končetiny, ale jedna polovina těla je postižena více. Podle specifických pohybových vzorů se MO dělí na spastickou, dyskinetickou, ataktickou a smíšenou formu. Nejrozšířenější je forma spastická, která je charakteristická zvyšujícím se

svalovým napětím (hypertonii) a přehnanými reflexy, které vedou ke zkracování svalů a vazů. Zkracování svalů omezuje pohyblivost kloubních spojení, míru pohybu, způsobuje deformity páteře, dislokace kloubů a ovlivňuje schopnost chůze a samostatného pohybu. Končetiny jsou často v důsledku zkrácení svalů a vazů v pozici „nůžek“, kdy jsou nohy taženy přes sebe. Držení těla je abnormální a objevují se obtíže s koordinovanými a volnými pohyby. Dyskinetická forma MO zahrnuje atetózu, rigiditu a třes. Atetóza je způsobena poškozením hlubokých struktur mozku a je charakteristická mimovolnými nepředpokládanými pohyby, zejména paží, rukou a obličejových svalů. Při pokusu o pohyb se objevuje trhavý třes. Objevuje se zejména, je-li jedinec v bdělém stavu. Ve spánku dochází k uvolnění. Poškozením mozečku a dalších orgánů mozku vzniká ataxie, jejímž znakem je snížená schopnost udržet rovnováhu, což ovlivňuje schopnost samostatné chůze. Průvodním jevem u atetózy a ataxie je třes.

Průvodním znakem u jedinců s vrozenou mozkovou obrnou (MO) je v mnoha případech hypotonie. Je také často prvním příznakem, který předchází diagnostikování některé z uvedených forem dětské mozkové obrny (DMO). Svalový tonus může u všech typů DMO kolísat a znesnadňovat tak již vzniklou situaci.

Podle stupně poškození funkcí a podle míry motorických komplikací je možné rozdělit MO do tří stupňů. Při mírném stupni poškození je zachována schopnost chůze, řeči, kontroly šíje. Omezení aktivity je minimální a jedinec zvládá denní činnosti a ostatní fyzické aktivity téměř nezávisle.

Střední stupeň funkčního poškození zasahuje řeč, chůzi, kontrolu šíje i hlavy. Míra omezení aktivit je střední až těžká. Předměty denní potřeby a další aktivity jsou dosažitelné pomocí asistenčních technologií.

K úplnému znemožnění chůze, řeči, kontroly šíje a hlavy, vzniku kontraktur a deformit dochází u těžkého stupně funkčního poškození. Jedinci nemohou vykonávat denní činnosti a další aktivity bez využití kompenzačních a asistenčních technologií. V důsledku poškození CNS dochází k poškození převodu vzruchů. Informace předávané mozku mohou být neúplné, zkreslené nebo chybí docela. Dochází tak k ovlivnění funkcí spojených s pohybem, narušení citlivosti smyslů a kognitivních procesů. Pohybová omezení jsou způsobena i deformitami páteře, rukou, nohou, dlaní, kloubů a prstů, které vznikají postupným zkracováním svalů. K nápravě je využíváno chirurgických zásahů a rehabilitace. Některé svaly atrofují v důsledku nadužívání podpor a výtuh. Smyslová postižení se projevují především v oblasti sluchu a zraku. Objevuje se strabismus, nystagmus a retinopatie nedonošených (ROP). Sluch je poškozen u dětí, jejichž matky prodělaly během těhotenství infekční onemocnění. V oblasti komunikace v některých případech dochází k poškození jednotlivých složek řeči, tedy dechu, pohybu artikulačních svalů, mimických svalů, jazyka a rtů. Řeč může být nezřetelná, jednotlivá slova mohou splývat nebo je mluvčí zcela vynechává. Výsledkem pak může být narušení komunikace s okolím a potřeba využití alternativní nebo augmentativní komunikace.

Podle motorických poškození a řečových nedostatků není možné odvodit intelekt určitého jedince. Neexistuje přímá souvislost mezi jednotlivými typy DMO a poškozením intelektu, i když u některých forem mozkové obrny může být intelekt poškozen, případně mohou být komplikovány epilepsií. Obtíže v učení se projevují zejména v oblasti zrakového a sluchového zpracování podnětů a prostorové orientace. Narušení zrakového vnímání se projevuje například obtížemi při hledání slova na stránce, obtížemi s vytvářením, zapamatováním a vizuální pamětí určitých slov. Problematické jsou i koncentrace na jedno místo v textu při čtení, opisování z tabule nebo papíru, udržení sloupce při počítání a další zrakové dovednosti. Poruchy sluchového vnímání se mohou projevit při ústním zadávání pokynů, převypravování příběhu nebo odpovídání na shrnující otázky. Při poškození prostorové orientace mají jedinci potíže zejména s vnímáním polohy vlastního těla v prostoru, rozlišením pravé a levé strany, nalezením správného místa na stránce a rozeznáním, kdy zastavit před překážkou.

Ochrnutí končetin způsobují také mozkové záněty (encephalitis), jejichž příznaky většinou odezní. Následky v pohybových schopnostech se mohou objevit i po operační léčbě mozkových nádorů, kdy často dochází i k poruchám řeči a může se objevovat i epilepsie. Podobné jsou následky mozkových příhod (ictus apoplecticus cerebri), které vznikají krvácením do mozku, a mozkových embolií (embolia cerebri), způsobených nedostatečným prokrvením mozku a odumřením části mozkové tkáně v důsledku zaklínění embolu v krevním proudu. Další větší skupinou jsou traumatické obrny, které vznikají při úrazu jako následek otevřeného či uzavřeného poranění hlavy různého stupně.

Mezi postiženými týkajícími se centrálních obrn bývají uváděna i degenerativní onemocnění mozku a míchy, která se projevují v průběhu života a dochází při nich k rozpadu nervových drah a zániku nervových buněk. Mezi ně patří dědičné onemocnění mozečková heredoataxie, která postihuje jednu nebo obě hemisféry a má nepříznivou prognózu, roztroušená skleróza mozkomíšní (sclerosis cerebro-spinalis multiplex), případně i Friedreichova heredoataxie, která je podmíněna degenerací míšních provazců (objevuje se mezi 6. až 10. rokem).

Omezení pohybu může zapříčinit i obrna míchy, vzniklá následkem různých onemocnění, případně po úrazu páteře. Rozsah postižení závisí na místě a míře poškození páteře. Čím blíže krční páteři je mícha zasažena, tím je postižení těžší. Vrozeným postižením je i rozštěp páteře (spina bifida). Může se jednat o rozštěp páteře bez postižení míchy nebo jejích plen, rozštěp páteře a míšních plen (meningokéla) nebo o nezávažnější rozštěp páteře, plen a míchy (meningomyokéla). Nejzávažnějším a nejčastějším typem rozštěpu páteře je meningomyokéla. Při ní vyhřezává mícha i míšní pleny skrz poškozené obratle. Následkem je ochrnutí různého stupně, ztráta citlivosti v dolní části trupu a dolních končetinách. Léčba meningomyokély je zahájena krátce po narození dítěte. Jedná se zejména o chirurgické zásahy, při kterých jsou vyhřezlé části, pokud je to možné, vráceny zpět do původního místa. Uzavření poškozeného místa zabraňuje možným infekcím. Spolu s operacemi probíhá i ortopedická léčba jako

prevence deformit páteře, kloubů a nohou, které jsou častým průvodcem tohoto postižení a ovlivňují samostatný pohyb. Míra funkčního postižení, ochrnutí svalstva, pokles a ztráta citlivosti na dotek, teplotu, tlak, bolest, částečná nebo celková slabost v dolních končetinách, je závislá na místě poškození páteře. Mohou se objevit i poruchy vylučování. Je-li poškození lokalizováno v bederní a křížové oblasti, mohou být zasaženy páteřní nervy. Jako průvodní postižení se může vyskytovat hydrocefalus. Může být vrozený nebo se může rozvinout později. Při něm dochází k blokadě odtoku mozkomíšního moku, který se hromadí v dutinách nebo mozkových komorách. Ve všech případech je nutný chirurgický zásah, při kterém se snižuje množství mozkomíšního moku a je nutné ho opakovat i několikrát za život.

Obrny periferních nervů vznikají zejména při úrazu horních či dolních končetin, kdy dojde k přerušení nebo zhmoždění nervu přímo v končetině. Tak vzniká obrna částečná, při které bývá svalová síla či pohyblivost v různém rozsahu zachována, nebo obrna úplná, kdy končetina pouze bezvládně visí.

1.1.2 DEFORMACE, MALFORMACE

Další skupinou tělesných postižení jsou deformace (skupina vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla – může se jednat o vývojové deformity lebky, kloubů, svalů a končetin). Ze známějších lze uvést Perthesovu chorobu (typická poškozením hlavice stehenní kosti), která se projevuje mezi 5. až 7. rokem věku dítěte a jejíž příčinou je poškození cév zásobujících kloubní hlavici. Získané deformace jsou i častým následkem nesprávného držení těla. Vznikají tak různé druhy kyfóz a skolióz. Vrozené deformity páteře jsou pak trvalé a stálé.

K dalším diagnózám způsobujícím tělesné postižení patří achondroplazie (malý vzrůst a změněné tělesné proporce) nebo akromegalie (nadměrný růst okrajových částí těla i po ukončení růstu) – poruchy růstu kostí. Dále jde o osteogenesis imperfecta, postižení s genetickou příčinou, při kterém dochází ke zvýšené lomitosti kostí. Může také vést k oslabení svalů, křehkosti zubů, deformacím páteře nebo ztrátě sluchu kvůli poškození středoušních kůstek.

K poruchám hybnosti může dojít také následkem poruchy přímo ve svalu, tzv. myopatiemi. Tato postižení jsou způsobena genetickými faktory nebo zevními vlivy, metabolickými faktory atd. Nejčastěji se vyskytují progresivní svalové dystrofie, kdy dochází k degeneraci svalových vláken a jejich nahrazení tukovou tkání. Svaly pak ztrácejí svoji funkčnost. Jednotlivé typy se liší dobou vzniku, rychlostí progresu a způsobem dědičnosti. Svalová dystrofie je další ze závažných diagnóz, se kterou se při vzdělávání žáků s tělesným postižením můžeme setkat. Jedná se o degenerativní onemocnění, které je typické postupnou ztrátou schopnosti pohybu a tělesných aktivit. Jedná se o skupinu primárních svalových onemocnění, která nejsou ovlivněna poruchami CNS. Nejobvyklejším typem svalové dystrofie je Duchenneova svalová dystrofie. První příznaky onemocnění je možné

pozorovat již mezi 2. až 6. rokem života dítěte. Počáteční obtíže se objevují především při chůzi po schodech a při běhu, postiženy jsou nejprve dolní končetiny a pánev. Jako výsledek oslabení zádových svalů je v pozdějších stadiích průvodním jevem skolióza. V důsledku progresive onemocnění jsou jedinci postupně odkázáni na přesuny pomocí vozíku. Omezení pohybu se dále projevuje na horních končetinách při pohybech rukou a prstů. Postupně se ztrácí i schopnost udržet vzpřímeně hlavu.

Do skupiny progresivních onemocnění patří svalové atrofie (SMA). SMA je genetické, progresivní a často terminální vzácné onemocnění, které postihuje schopnost člověk chodit, jíst, a nakonec i dýchat a ovlivňuje člověka v různých věkových kategoriích – od kojenců a dětí po dospívající a dospělé – s různou úrovní závažnosti. U novorozenců a kojenců je největší pravděpodobnost vzniku infantilní SMA, což je nejtěžší forma onemocnění, která může vést k paralýze a selhávání základních životních funkcí, jako je například polykání nebo držení hlavy. Pozdější nástup SMA se nejčastěji objevuje u dospívajících a dospělých, u kterých se může projevit významnou svalovou slabostí a invaliditou, například neschopností stát nebo samostatně chodit. U této formy klinicky dominuje proximální svalová slabost zejména v oblasti pletenců dolních končetin. Postupně dochází k rozvoji svalových atrofií, kontraktur a k rozvoji skoliózy. Svalová slabost je progresivní, často vede ke ztrátě schopnosti samostatné chůze. U těžších forem slabost generalizuje a vede k rozvoji respirační insuficience s nutností umělé plicní ventilace a v některých případech i k předčasnému úmrtí. I přes pokrok v oblasti výzkumu se jedná o kauzálně neléčitelné onemocnění. V posledních letech se díky narůstajícím znalostem o patogenezi a průběhu nemoci významně zlepšuje možnost symptomatické péče, zvyšuje se kvalita života a prodlužuje věk dožití pacientů se SMA. Nadějí do budoucna jsou experimentální klinické studie léčby. Spinální svalová atrofie je po Duchenneově svalové dystrofii druhé nejčastější neuromuskulární onemocnění. Klinicky se dělí nejčastěji na tři, event. čtyři či pět základních typů, a to dle věku počátku obtíží a dosaženého motorického maxima pacienta.

SMA typ I (m. Werdnig–Hoffmann) je těžká a nejčastější klinická forma. Obtíže jsou často patrné již při narození, nebo se rozvíjejí do 6 měsíců věku. Ve většině případů se ke konci 1. roku objevují obtíže s polykáním a příjmem stravy, je nutné sondování. U této formy je po stanovení diagnózy a pohovoru s rodinou na rodičích zásadní rozhodnutí, a to rozhodnutí o invazivitě budoucí léčby. Je možné jít cestou neinvazivní léčby v rozsahu paliativní péče, nebo cestou invazivní symptomatické léčby – zavedení umělé plicní ventilace, a tím možnosti zásadního prodloužení věku dožití až do dospělosti. V případě rozhodnutí o invazivní léčbě je pacient celoživotně odkázán na umělou plicní ventilaci, a tím na 24hodinovou pomoc druhých.

SMA typ II je středně těžká a druhá nejčastější klinická forma. Děti nikdy nejsou schopny samostatné chůze. Obtíže pomalu progredují, je zde vysoké riziko

respirační insuficience s nutností umělé plicní ventilace. U této formy je vysoké riziko rozvoje kontraktur.

SMA typ III (m. Kugelberg–Welander) je lehčí klinická forma. Tíže fenotypu této formy je velmi variabilní, obecně platí, že čím dříve se nemoc projeví, tím těžší je fenotyp. Prvním příznakem je porucha chůze. Oslabení je symetrické s pomalou progresí. Je zde riziko rozvoje kontraktur, zejména v oblasti lýtek, a rozvoje skoliózy.

SMA typ IV je lehká klinická forma, kdy se první obtíže objevují až v dospělosti.

Další závažné omezení pohybu způsobuje choroba Charcot–Marie–Tooth (dále jen „CMT“), která se projevuje v dětském věku a je nejčastější dědičnou neuropatií. Je charakteristická distální svalovou slabostí s postupným rozvojem atrofií svalstva nejprve na dolních, později i horních končetinách, spojenou s hyporeflexií až areflexií a distální poruchou cití. Jedná se o následek poškození periferních nervů, kdy kvůli nedostatečné stimulaci svalů periferními nervy dochází k postupnému slábnutí svalů. Obvykle se jako jeden z prvních znaků objevuje vysoko klenutá noha, postupně přibývají i další deformity nohou. Vlivem onemocnění nastupují problémy s chůzí: časté jsou přepadávání a podvrtnutí kotníku, problémy s během a udržením rovnováhy; člověk zakopává, a proto při chůzi zvedá vysoko kolena. Mohou slábnout i svaly rukou, časté bývají problémy s jemnou motorikou. Na horních i dolních končetinách dochází ke zhoršování senzoric-kých nervů, a tedy k poruchám citlivosti na dotek, vnímání bolesti, hlubokého cití nebo rozlišení tepla a chladu. CMT je většinou autozomálně dominantně dědičné. Závažnost onemocnění je poměrně variabilní, a to i v rámci jedné rodiny.

Jestliže se některé části těla vyvíjejí patologicky, jedná se malformaci. Částečné chybění končetiny označujeme jako amélie, úplné jako fokomélie. Řadí se do skupiny vrozených vývojových vad. K amputaci, tedy umělému odnětí části končetin, dochází většinou následkem úrazu. K amputacím však může dojít i u některých typů onemocnění. Příčinami mohou být zhoubné nádory a také úrazy, mezi něž patří následky těžkých popálenin, případně septické stavy.

1.1.3 POÚRAZOVÉ STAVY

Těžký úraz dítěte zasáhne samozřejmě nejen je samotné, ale celou rodinu, a to jak psychicky, tak i ekonomicky a sociálně. Minimálně jeden rodič se musí o dítě starat, v případě trvalých následků i po celý život. Jsou potřeba speciální pomůcky, úpravy bytu, speciální péče. Další členové rodiny se musejí změněné situaci přizpůsobit. Každý úraz má i značný dopad na psychiku dítěte a v případě vážného poranění s trvalými následky často komplikuje jeho zařazení zpět do společnosti a plnohodnotného života.

Mezi zdravotní následky úrazů může patřit nevratné poškození mozku, ztráta končetiny, snížená pohyblivost, jizvy po popáleninách, opařeních, poleptání,

narušení somatického vývoje, dlouhodobá bolest. Kromě zdravotních následků mohou být po úrazech i dopady do psychosociální oblasti, mezi něž patří narušení psychického vývoje v důsledku prožívání extrémního stresu dítětem, narušení rodinných vztahů i sociálního zařazení (jizvy, deformace); rizikem je zejména opakující se dlouhodobý pobyt v nemocnici.

Pokud bychom chtěli vybrat nejčastější typy úrazů, půjde o autonehody, úrazy ve sportu a pády, které způsobují vysoký počet lebečních zlomenin a poranění CNS. Rizikové jsou také stavy po tonutí, popáleninách, opařeních a otravách (toxické látky z přípravků používaných v domácnosti, rostlin, léků).

Trvalé následky úrazů, které zasahují zcela nebo částečně mobilitu dítěte, ztěžují jeho výchovu a vzdělávání. Zranění hlavy podle své intenzity může být zcela bez následků, nebo může naopak způsobit těžké zhmždění mozkové tkáně, spojené například se zlomeninou kostní tkáně lebky.

Mozková kontuze (zhmoždění) vzniká působením většího zevního násilí, např. při dopravním úrazu nebo střelném poranění. Postižený mívá příslušné následky podle místa poranění. Z hybných poruch to bývá spastická hemiparéza či spastická paraparéza. Časté jsou okohybné poruchy, kdy vzniká dvojité vidění. Při poškození předních částí čelního laloku mozku vznikají různé duševní poruchy. K poškození mozku traumatem může dojít i sekundárně. Může se na něm podílet i poúrazová infekce. Při rozsáhlém poškození mozkových hemisfér může dojít k dezintegraci mozkových funkcí, k vážnému narušení propojení korových oblastí a mozkového kmene při zachování jeho aktivit. Tento stav je označován jako apalický syndrom. Jedná se o stabilizovaný následek těžkého postižení mozku. Základní reflexy jsou zachovány (pacient polyká, sám dýchá, srdeční akce je normální). Při dokonalé péči o vnitřní prostředí, prevenci infekcí a dekubitů žije nemocný týdny, měsíce i roky. Prognóza je však nepříznivá.

Z výše uvedeného vyplývá, že mezi hlavní příčiny poškození mozku patří úrazy hlavy (traumata), cévní mozková příhoda, mozkové nádory nebo také neuroinfekce. K nejčastějším příčinám úrazů mozku a míchy patří automobilové a cyklistické havárie, sportovní úrazy a pády z výšek.

Eliminace poúrazových stavů vyžaduje týmovou spolupráci všech specialistů, kteří se jimi zabývají (odborných lékařů, psychologů, speciálních pedagogů, ergoterapeutů, fyzioterapeutů, sociálních pracovníků), ale také spolupráci rodičů je-dinců s postižením. Terapie neurologicky nemocných je dlouhodobý proces. Míra dosažitelného zlepšení či úpravy mozkových funkcí může být velmi rozdílná a nebývá ani stejně rychlá, u nemocných po poranění mozku se motorické funkce někdy zlepšují rychleji než funkce kognitivní. Důležitou součástí péče je neuropsychologická rehabilitace, která je zaměřena na rozvoj a zlepšení zachovalých funkcí. Terapie je dlouhodobá a náročná, ale měla by vést k sociálnímu, zdravotnímu i vzdělávacímu a později také pracovnímu znovuzařazení.

1.2 Chronická (dlouhodobá) onemocnění

Chronická (dlouhodobá) onemocnění jsou charakteristická dlouhodobým nepříznivým vlivem na celou osobnost člověka, přičemž primární postižení v tělesné oblasti se sekundárně negativně projeví i v psychické oblasti. S diagnózami, které výrazně ovlivňují vzdělávání i volbu povolání, se ve školách setkáváme také velmi často.

1.2.1 ASTMA

Mezi nejrozšířenější patří astma. Onemocnění se může začít rozvíjet již v dětství, nebo se první příznaky objevují až později, a to s následky, které jsou buď mírné, nebo naopak život jedince ohrožují. Příčinou onemocnění je přílišná přecitlivělost na drobné částičky prachu a další dráždivé látky, které zůstávají ve vzduchu a způsobují při vniknutí do plic respirační reakci – astmatický záchvat. Dalšími faktory způsobujícími přehnané reakce organismu jsou i respirační infekce, citlivost na alergenů, rodinná zatíženost – dědičnost a pohlaví. Astma je výsledkem imunitní reakce organismu, kdy tělo odpovídá na vniknutí antigenu do organismu produkcí hlenu, stažením svalů a otoky a také omezuje dýchání a proudění vzduchu v plicích. Hlavními symptomy jsou pískání, kašel, pocení a stažení hrudníku. Opakované záchvaty mohou zvyšovat citlivost na podněty. Léčba je zaměřena především na předcházení záchvatu. Základem je zjištění, co přesně přehnané dýchací reakce způsobuje, a omezení kontaktu s alergeny v prostředí. Pedagogičtí pracovníci, kteří s astmatiky pracují, by měli být schopni přicházející záchvat rozeznat. Delší astmatické záchvaty mohou vyvolat změny na plicích. Velký dopad má onemocnění i na psychosociální funkce, opakované astmatické záchvaty mohou způsobit negativní emocionální a sociální reakce od ostatních, případně vyvolávat přílišné ochrannářské reakce učitelů a rodičů. Astma neovlivňuje intelekt jedince, žáci jsou však častěji vystaveni zvýšené únavě a absencím. Výběr zaměstnání by pak měl být podmíněn prostředím, ve kterém je vykonáváno.

1.2.2 CYSTICKÁ FIBRÓZA

Cystická fibróza, se kterou se také ve školách setkáváme, je dědičné a progresivní onemocnění, které zasahuje plíce a ostatní důležité tělní orgány. Jedná se o postižení vyměšování žláz s vnitřní nebo vnější sekrecí. Obvykle je diagnostikována brzy po narození nebo v dětství. Výsledkem může být nadměrná tvorba hlenu v plicích, jejímž důsledkem je ucpaní drobných dýchacích cest. Nutná je odpovídající léčba, která zamezí plicnímu kolapsu. Nemoc také omezuje činnost slinivky, která produkuje trávicí enzymy, čímž zamezuje dostatečnému využití živin přijímaných v jídle a může vést k podvýživě. Léčba je zaměřena na potlačení symptomů onemocnění, zejména na podporu plic a trávicích funkcí. Děti s cystickou fibrózou mohou zaostávat vzrůstem za svými vrstevníky. Péče o děti

s tímto onemocněním je velmi náročná. Požadavky na lékařskou péči, ale i častější návštěva toalety a kašel ve škole mohou dětem způsobovat psychosociální obtíže. Dlouhodobější hospitalizace nebo pobyt doma může narušit sociální vztahy ve škole a žáci se mohou cítit ze školního života vyloučení. Výběr zaměstnání je omezen únavou a zvyšujícími se dýchacími omezeními.

1.2.3 ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Mezi dlouhodobá onemocnění patří i onkologické nemoci, charakteristické růstem a rozšiřováním abnormálních buněk, které se shlukují v nádory. Prorůstáním rakovinotvorných buněk vznikají metastázy. U dětí se objevuje častěji rakovina podpůrných (opěrných) tkání (svalů a kostí) a lymfatické tkáně. Každý typ postihuje jinou část těla a způsobuje odlišné obtíže.

Při postižení páteře se objevují potíže s rovnováhou, ztráta citlivosti, poruchy vylučování, ochrnutí a závratě. Mozkový nádor způsobuje zvracení, ztrátu rovnováhy a koordinace, vizuální problémy a změny chování. U jedinců s leukémií jsou obvyklé bolesti kloubů a kostí a také sklon k tvorbě modřin.

Některé typy nádorového onemocnění mohou u dětí způsobit tělesné a kognitivní změny. Léčba je spojena se zvyšující se únavou. V některých případech je narušen imunitní systém a děti by se měly vyvarovat styku s infekčními nemocemi. Sociální chování okolí může být ovlivněno strachem, který tento typ onemocnění často vyvolává. Vliv má také jakákoli změna fyzického vzhledu. Účinnou prevencí nepřiměřeného chování vrstevníků je jejich seznámení s nemocí a jejím průběhem.

Průběh vzdělávání je ovlivněn průběhem a specifiky léčby. Klíčem k úspěšnému vzdělávání je jeho flexibilita a zachování celistvosti vzdělávacího programu. Děti se lépe přizpůsobují nemoci, jestliže znají své možnosti a výhledy. Při výběru zaměstnání je nutné vycházet z realistických cílů a plánů.

1.2.4 EPILEPSIE

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

Velký vliv na dopad do výuky žáka s epilepsií ve škole mohou mít antiepileptické léky, které děti pravidelně užívají (mohou být pod jejich vlivem náladové, více unavitelné, mohou se u nich projevat poruchy chování). Je nezbytné žáka příliš nezatěžovat a poskytnout mu dostatečný čas na učení i odpočinek. Přiměřené tělesné aktivity mají pro žáky velký význam. Mnoho těchto aktivit mohou dělat i žáci s diagnózou epilepsie. Mezi ty oblíbené patří např. kolektivní míčové hry a mnoho dalších, ale je nutné dbát na bezpečnost takového žáka. Pedagogové, kteří s ním budou pracovat, by měli být s problematikou epilepsie seznámeni.

Epileptické záchvaty mohou mít různou formu.

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

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

U žáka se správně léčenou epilepsií je pravděpodobnost epileptického záchvatu nízká, ale může k němu dojít vlivem různých výše uvedených faktorů. V ideálním případě by tedy měl být každý učitel připraven v případě epileptického záchvatu k poskytnutí pomoci.

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

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

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

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

Rodiče by škole měli poskytnout následující informace:

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

1.2.5 DIABETES

Ve školách se setkáváme i s další diagnózou, jejíž dopady mohou ovlivnit průběh vzdělávání i další vzdělávací cestu žáka. Diabetes mellitus I. typu (DM I. typu) patří mezi častá a závažná chronická onemocnění. Je řazen mezi autoimunitní nemoci. Léčba musí být vždy komplexní, přitom individualizovaná a musí respektovat vývojové charakteristiky každého dítěte. Zahrnuje léčbu inzulinem, dietou, ale i pravidelnou pohybovou aktivitou.

Při léčbě inzulinem je používán humánní inzulin, který je složením identický s přirozeným lidským inzulinem. Inzulinový režim je volen tak, aby co nejvíce napodoboval přirozenou dynamiku sekrece inzulinu zdravého člověka. Tomu odpovídá systém aplikací inzulinu během dne, kdy většina dětí aplikuje inzulin s rychlým nástupem účinku 3krát denně před hlavními jídly a inzulin s pomalým účinkem večer před spaním. K aplikaci je využíváno inzulinové pero nebo inzulinová pumpa. Strava diabetika se v zásadě neliší od racionální výživy, ale musí být pravidelná a rozdělena do šesti denních porcí vzhledem k dynamice účinku inzulinu (je třeba správně počítat obsah sacharidů ve stravě). Potřebné živiny dávkuje tak, aby odpovídaly stupni vývoje a pohybové aktivitě. Pohyb, který je přirozeným projevem všech živých organizmů, může v přiměřené intenzitě a trvání pozitivně ovlivnit utilizaci glukózy ve tkáních a tím kompenzaci diabetu. Diabetes nijak neovlivňuje intelektuální ani pohybové aktivity žáka. Ten se může bez omezení účastnit výuky i mimoškolních aktivit, nicméně v průběhu svého pobytu ve škole vyžaduje občasnou pomoc.

Děti s diabetem jsou dnes většinou velmi dobře kontrolovány, nicméně může se stát, že hladina krevního cukru bude v průběhu vyučování kolísat a bude třeba zasáhnout. I v průběhu vyučování je třeba zajistit možnost změřit podle plánu nebo podle potřeby glykémii glukometrem. Řada dětí monitoruje svůj krevní cukr pomocí kontinuálního monitoru glykémie, který jim umožňuje mít přehled o aktuální glykémii. Při příznacích tzv. hypoglykémie (tj. nízké hladině krevního cukru, glykémie < 4,0 mmol/l), musí být dítěti neodkladně umožněno se najíst. Mezi příznaky hypoglykémie patří třes rukou, bledost v obličeji, studený pot, hlad, celková slabost a spavost. Pokud by vyučující sám rozpoznal u žáka/studenta některý z uvedených příznaků, měl by jej vyzvat, aby si okamžitě změřil hladinu glykémie a dále postupoval podle dohody s rodiči (mladším žákům je třeba poskytnout podporu). Při zjištění vysoké glykémie je třeba reagovat podáním inzulinu. Z tělesné výchovy děti s diabetem není třeba osvobozovat. Při těchto hodinách je třeba zajistit možnost měření glykémie a dodávky jídla pro případ

hypoglykémie. Při stravování ve školní jídelně by děti s diabetem neměly čekat na jídlo ve frontě, aby se neprodlužovala doba mezi aplikací inzulínu a samotným jídlem. Výběr jídel je v kompetenci rodičů žáka.

1.3 Vzácná onemocnění

Mezi onemocnění, která mohou výrazně ovlivnit vzdělávání žáka, patří i vzácná onemocnění. Jsou to klinicky různorodá, převážně dědičná (či vrozená) multisystémová onemocnění s velmi nízkým výskytem (prevalencí) v populaci, která mají dopad na kvalitu života a sociální začlenění žáka, popř. ohrožují jeho život. Často mají závažný až život ohrožující průběh. Ne u všech pacientů se podaří v dětství správně určit diagnózu. Péče o pacienty se vzácnými onemocněními stále ještě není dostupná všem a v takové míře, v jaké by bylo potřeba. Specializovaná centra jsou jen ve velkých městech a mají omezenou kapacitu. Chybí také odborníci, kteří by přebrali starost o nemocné v dospělosti.

Vzácná onemocnění mohou postihovat všechny orgánové systémy, proto existuje i více různých klasifikací, podle kterých se vzácná onemocnění dále rozdělují. Mezi diagnózy, se kterými se lze ve školách setkat, patří cystická fibróza a spinální svalová atrofie, které jsou popsány již výše. Setkat se můžeme i s hemofilií, což je geneticky podmíněné onemocnění projevující se poruchou srážlivosti krve; navenek se projevuje chorobnou krvácivostí, krevními výrony do svalů či kloubů a omezenou schopností organismu krvácení zastavit. Výrazné dopady do vzdělávání má i diagnóza epidermolysis bullosa congenita neboli nemoc motýlích křídel, při níž jsou kůže i sliznice pacientů křehké a lehce zranitelné a vznikají na nich bolestivé puchýře a rány. Má čtyři základní typy a třicet podtypů. U každého dítěte s nemocí motýlích křídel se může tato nemoc projevovat odlišně. Někdy je její průběh lehčí, nemoc dítě tolik neomezuje v každodenních činnostech a rodina zvládá ošetřování lépe. U pacientů se závažnými formami naopak zabere ošetřování několik hodin denně a je tak narušena kvalita života celé rodiny.

Celkový počet vzácných onemocnění se v současné době udává mezi 5–8 tisíci samostatných klinických jednotek. Podat vyčerpávající přehled o všech těchto nemocech, nebo i jen jejich pouhý výčet, je mimo rámec této publikace.

SOUHRN

V první kapitole je charakterizována cílová skupina, což jsou žáci s různou mírou tělesného postižení (TP) a různými druhy závažného onemocnění. Jejím cílem je čtenářům poskytnout alespoň základní informace o diagnózách tělesného postižení a o onemocněních, se kterými se pedagogové mohou ve školách setkávat nejčastěji. Vzhledem k tomu, že na žádné ze škol nebudou pravděpodobně žáci se všemi zmíněnými diagnózami najednou, není nutné, aby všichni čtenáři z řad pedagogů první kapitolu podrobně studovali, ale mohou si zde najít informace, které pro svou práci se žáky s TP aktuálně potřebují.

2 Limity vyplývající z charakteristiky cílové skupiny

— Petra Průchová, Jitka Shánělová,
Karla Adámková, Dana Dvořáčková —

2.1 Dopady do vzdělávání a tělesné postižení

Vzdělávání (či také edukace) je v nejobecnějším významu jakákoliv situace, při níž probíhá edukační proces, tedy jakákoliv činnost, při níž se subjekt učí (Průcha et al., 2009).

Specifika tělesného postižení se objevují od raného období. Čím dříve se s jakoukoli terapií začne, tím lépe. Je potřeba využít plasticity dětského mozku a jeho schopnosti kompenzovat vzniklá postižení. Není-li v rané fázi vývoje dítěte nabídnuta adekvátní podpora, je velmi složité, často až nemožné, určité potíže napravit.

Na podpoře vývoje dítěte v raném věku se obvykle podílejí zdravotnická a sociální zařízení – odborné poradny (rehabilitace, ergoterapie, fyzioterapie, lázeňská péče atd.) a instituce rané péče. K této formě péče poté přistupuje podpora školských zařízení (zahájení péče je legislativně od tří let, v praxi však mnohdy dříve). Dítě začíná navštěvovat kolektivní zařízení (školky, dětské skupiny) a dostává se do péče školských poradenských zařízení (obvykle speciálněpedagogického centra – SPC).

2.1.1 PŘEDŠKOLNÍ VĚK

Výběr předškolního zařízení není často tak snadný jako v případě zdravých vrstevníků. Je třeba vzít v úvahu zdravotní stav dítěte – omezení pohybových možností a míru samostatnosti, resp. závislost na pečovateli. Mnoho mateřských škol se také často obává přijetí dítěte se zdravotními problémy do kolektivu. Stále narážíme na malé zkušenosti s výchovou a vzděláváním této cílové skupiny.

Vývoj dítěte s tělesným postižením má svá specifika a je velmi individuální. Často probíhá nerovnoměrně, mnohé vývojové oblasti jsou výrazně opožděné. Postižení motoriky a opožděná lokomoce sekundárně brzdí i rozumový vývoj dítěte, dochází k podnětové deprivaci. U dětí s organickým poškozením mozku bývá pravidlem rychlejší unavitelnost CNS, poruchy pozornosti apod. Nezřídka se setkáváme i s opožděným vývojem řeči, protože mluvení je vlastně také motorický akt.

Je třeba pečlivě posoudit zdravotní stav dítěte a jeho vývojovou úroveň a upravit jak organizační, tak edukační podmínky. Často bývá potřeba upravit prostorové podmínky tak, aby vyhovovaly motorickým schopnostem dítěte. Výhodou je bezbariérové prostředí, případně výtah, dostatečně prostorná třída, přizpůsobené sociální zařízení (vhodná velikost, madla, přebalovací koutek atd.), využití relaxační místnosti a specifických pomůcek. Některé děti potřebují i úpravu jídla (mixovaná strava, speciální dieta apod.).

Vzdělávání v mateřské škole by mělo být především zážitkové, formou hry a řízené činnosti. Dítě poprvé vstupuje do kolektivu vrstevníků, učí se vhodně s ostatními dětmi spolupracovat a navazovat adekvátní sociální vztahy. Malé děti obvykle přijímají děti s postižením přirozeně, bez předsudků. Je zde příležitost k tomu, seznámit děti s rozdílnostmi.

Dítě s těžším tělesným postižením potřebuje podporu asistenta pedagoga, především pro zajištění lokomoce a bezpečnosti, ale i pro dopomoc v oblasti sebeobsluhy (oblékání, příjem potravy, hygienické úkony atd.). Vinou zvýšené unavitelnosti u některých dětí je zapotřebí větší míra individuální práce, jiný způsob střídání činností, více času na odpočinek, relaxaci atd. Asistent pedagoga také pomáhá se začleněním dítěte, které může mít vinou svého handicapu omezené komunikační možnosti, do kolektivu. Pokud je to jen trochu možné, snažíme se o to, aby dítě docházelo do mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu. Hlavním cílem docházky do MŠ je naučit dítě adekvátně fungovat v kolektivu vrstevníků, postupně přijímat řízenou činnost a osvojovat si dovednosti a znalosti předškoláka.

2.1.2 ŠKOLNÍ VĚK

Cílem školství České republiky je vytvořit takové školní prostředí, které by poskytovalo všem žákům stejné šance na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a zajistilo právo na rozvoj jejich osobních předpokladů. Snahou je integrovat žáky se speciálními vzdělávacími potřebami do všech typů škol a školských zařízení (Vítková, 2006, s. 158). Docházka do školy je povinná pro všechny děti bez výjimky a cílem ŠPZ a školy je nastavit takové podmínky, aby dítě co nejlépe prospívalo.

Prvním krokem při zahajování povinné školní docházky je posouzení vhodnosti integrace do školy hlavního vzdělávacího proudu. Je vhodné provést psychologické a speciálněpedagogické vyšetření za účelem posouzení specifických

vzdělávacích potřeb žáka. Každý typ postižení vyžaduje jiný přístup, každý klient je jedinečný. Ne pro každého klienta je integrace vhodná; někteří mají natolik komplikované postižení či specifické osobnostní rysy, že zařazení do běžné školy by bylo spíše kontraproduktivní. Nezdařená integrace může napáchat mnoho nenapravitelných škod (demotivace k dalšímu vzdělávání, psychická dekompenzace apod.).

Při výběru vhodné školy musíme vycházet jednak ze zdravotního stavu dítěte, jednak z úrovně jeho rozumových schopností. Neméně důležitým hlediskem je i vzdálenost konkrétní školy od místa bydliště žáka a možnosti rodičů zajistit případně každodenní dojíždění např. i několik desítek kilometrů. Mnozí jedinci mají k tělesnému postižení přidružený i mentální handicap. V takovém případě musíme zvážit, do jakého vzdělávacího programu bude žák zařazen a kterými školami je příslušný vzdělávací program poskytován.

Zdravotní omezení mohou být velmi různorodá. Posuzujeme míru schopnosti samostatného pohybu (ve školách jsou žáci s mírně omezenou mobilitou až plně imobilní), dovednosti jemné motoriky, grafomotoriky, komunikační schopnosti, samostatnost v oblasti sebeobsluhy, úroveň koncentrace a míru unavitelnosti, další aspekty vyplývající z dané diagnózy (např. eliminaci některých smyslových podnětů při epilepsii apod.).

Při vřazování žáků s tělesným postižením či kombinací postižení je nezbytné vzít v úvahu, že většina těchto žáků se potýká s rychle nastupující únavou, pomalejším pracovním tempem, omezením mobility – lokomoce.

Tito žáci vinou dopadů tělesného postižení potřebují během školní docházky podporu asistenta pedagoga a dopomoc zejména při:

- ▶ přípravě pomůcek,
- ▶ rýsování,
- ▶ přípravě sešitů a materiálů pro psaní – (širší linky, psaní pomocí PC),
- ▶ sebeobsluhy – krmení, přebalování, použití WC, oblékání, svlékání,
- ▶ sociálním začleňování do kolektivu (vinou závislosti mají menší sociální zkušenosti),
- ▶ běžném fungování – často nemohou fungovat samostatně, mají omezení v samostatném navazování vrstevnických vztahů, zpravidla jsou více závislí na podpoře dospělých.

Znevýhodnění žáků s tělesným postižením a jejich složitější zapojení do kolektivu je ovlivněno právě dopady diagnóz:

- ▶ jejich projev mnohdy provází zvýšená salivace a další doprovodné nepříjemné projevy (např. ataktické projevy);
- ▶ psychický stav žáka s tělesným postižením může být ovlivněn tím, že mnoho věcí nezvládá, nebo se jedná o progresivní onemocnění s nepříznivou prognózou;
- ▶ setkáváme se s častějšími absencemi – lázně, operace, pravidelné terapie; žáci mohou ze zdravotních důvodů i opakovat ročník.

Vzhledem k tomu, že je u nás legislativně zakotvena povinná školní docházka, je třeba vytvořit takové podmínky, aby ji žák zvládl co nejlépe. Škola nemůže žáka odmítnout nebo vyloučit s tím, že nemá podmínky pro jeho vzdělávání: musí se je snažit spolu se školským poradenským zařízením (dále „ŠPZ“) vytvořit. To už však neplatí v případě sekundárního vzdělávání, které by mělo být přípravou na výkon budoucí profese, a tato realita žákům se zdravotním postižením nemalou měrou ztěžuje výběr vhodného oboru pro další studium.

2.1.3 STŘEDNÍ ŠKOLA

Výběr vhodné SŠ je třeba začít zvažovat již průběhu docházky na 2. stupeň ZŠ. Nezbytné je posoudit celkovou motorickou, mentální i psychickou úroveň žáka a vždy zvažovat možnosti zvoleného studijního oboru i možnosti uplatnění v dalším profesním životě. Za vhodnou považujeme realizaci psychologického vyšetření, které pomůže ujasnit jak žákovi, tak jeho zákonným zástupcům směr a obor dalšího studia.

V praxi se setkáváme se situacemi, kdy žáci (často s průměrným i nadprůměrným prospěchem) již nejsou k dalšímu studiu dostatečně motivováni, a to ani ze strany svých zákonných zástupců. Nezřídka vidíme úzkostnou a ochrannou péči ze strany rodičů a z ní plynoucí vliv zvýšené závislosti na pečovateli, která je v rozporu s vývojovou touhou po osamostatnění jedince. Tato nedostatečná motivace vyplývá z obavy ze změny kolektivu, prostředí, z toho, jak bude jedinec přijat novými vrstevníky, z obavy z jejich reakcí na postižení, z rivality či šikany. Reakce mladých dospívajících nebývá již tak bezprostřední a vstřícná jako reakce dětí předškolního a mladšího školního věku. Z těchto důvodů je důležité začít pracovat s tělesně postiženým žákem i s jeho zákonnými zástupci včas.

Pokud se žák rozhodne v dalším studiu nepokračovat, bývá výsledkem jeho sociální izolace, omezené sociální začleňování, nedostatečné navazování vhodných sociálních kontaktů, snížená možnost volnočasových aktivit a omezení pohybu.

Dalšími neméně důležitými aspekty jsou dostupnost a dojezdová vzdálenost z místa bydliště (zda je žák schopen samostatně zvládat denní dojíždění, samostatné fungování na internátu...), bariéry samotné budovy školy a zejména i ochota ředitele školy a pedagogického sboru přijmout jedince se SVP (jejich ochota vstoupit do nové situace, určité nejistoty a z jejich pohledu i rizika). Nevýhodou pro výběr SŠ a nástup na ni se zdá i skutečnost, že vzdělávání na SŠ již není součástí povinné školní docházky, a tak se nezřídka stává, že pokud má škola dostatek jiných vhodnějších uchazečů, není z její strany motivace měnit zaběhnutý systém, řešit nastavení PO a pracovat v nestandardním režimu.

Často by docházku žáka se SVP (např. vozíčkáře) umožnila pouhá organizační změna a přesunutí výuky do vhodnějších (bezbariérových) prostor budovy. V těchto případech je důležitá role ŠPZ, kdy lze na základě jednotlivých PO a na základě konzultace se školou nabídnout určitá prostorová i organizační řešení, po jejichž realizaci by byla docházka jedinci umožněna.

V praxi se velmi často stává, že obavy ze strany školy jsou po nástupu studenta rychle rozptýleny a vedení školy zmiňuje velký přínos a obohacení pro všechny zúčastněné, jak pro pedagogický sbor, tak samotné studenty. Svého rozhodnutí tak školy nelitují, protože jejich nejistoty většinou vycházejí z neznalosti a neinformovanosti o dané problematice.

Jako vhodné se jeví ještě před podáním přihlášky na konkrétní obor studia uspořádat společné informativní setkání za účasti vedení školy, žáka i jeho zákonných zástupců a odborníka ŠPZ, kde by měly zaznít jak konkrétní požadavky na studenta ze strany školy, tak možnosti a potřeby žáka. Stává se, že některá ze zúčastněných stran podmínky a možnosti budoucího studenta chybně vyhodnotí, uchazeč sice na školu nastoupí, ale po krátké době ze školy odchází. Tento případ nastává i ve chvíli, kdy škola nemá přístup ke komplexním informacím o uchazeči, popřípadě z různých důvodů chybí metodické vedení ze strany ŠPZ.

Střední školy se někdy brání přijímání uchazečů s potřebou podpory asistenta pedagoga. Tato neochota vyplývá z obavy přítomnosti cizí osoby ve vyučovacím procesu. Mnohé školy nejsou dostatečně informovány o dalších možnostech podpory (opakování ročníku ze zdravotních důvodů, kombinace prezenční a distanční výuky, prostorová úprava učebny, nákup kompenzačních pomůcek na podkladě PO, zkrácení doby přítomnosti studenta ve škole atd.).

V praxi se setkáváme i se skutečností, že školy rigidně trvají na splnění požadavků stanovených ve ŠVP a nezvažují možnosti dílčích úprav pro studenty se SVP (např. studentka na základě primární diagnózy diparézy HK není schopna plnit předepsaný limit v psaní na klávesnici). Zde je nezbytné vždy zvážit individuální možnosti studenta a se zástupci školy domluvit vhodné a možné úlevy, které umožní absolvování daného oboru bez vážnějších zásahů do předepsaných výstupů.

Některým uchazečům brání v podání přihlášky na vhodný obor studia i absence podpory asistenta na internátech. Máme určité procento žáků se zdravotním postižením, kteří se bez osobní asistence neobejdou a nemohou bez ní pobývat mimo domov. Tato skutečnost je v přímém rozporu s faktem, že intelektově by studium zvládli, uplatnili by se i na trhu práce, ale fakticky na studium z tohoto důvodu nedosáhnou.

V těchto případech je nezastupitelná funkce ŠPZ a je nezbytné školu o možnostech asistence na internátech a během studia na středních školách informovat zároveň s podáním přihlášky ke studiu.

Jako žádoucí se jeví, aby každá SŠ u nabídky studijních oborů zveřejnila konkrétní údaje o prostorovém uspořádání školy, jejich bariérách a také klíčových kompetencích nezbytných pro uchazeče o konkrétní obor studia.

2.1.4 VYSOKOŠKOLSKÉ STUDIUM

Pro vysokoškolská studia se předpokládají nadprůměrný intelekt, odpovídající sociální dovednosti a schopnost komunikace, tzn. dopomoc pouze v oblasti

lokochoce a sebeobsluhy. Důležité je však vybrat vhodný obor s ohledem na možnosti budoucího praktického uplatnění – posoudit, co vyžaduje konkrétní práce, zda je možnost práce z domova, jak dlouho je jedinec schopen pracovat (8hodinový úvazek) atd. Pro studenta je podstatná i skutečnost, zda se jedná o (bez) bariérovou školu. Při výběru vhodného oboru předpokládáme, že jedinec je již dostatečně orientován a dokáže reálně posoudit své možnosti a okolnosti, které mu studium umožňují, popřípadě dokáže objektivně zhodnotit nástrahy, které by mu studium a další profesní uplatnění znemožnily.

Ke studiu vysoké školy nelze již využít doporučení podpůrných opatření ŠPZ, avšak případné úpravy prostředí, termíny konzultací a úpravy studijních plánů lze dojednat s příslušným studijním oddělením.

2.1.5 SHRNU TÍ DOPADŮ TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ DO VZDĚLÁVÁNÍ

Stejně jako se můžeme při vzdělávání žáků s tělesným postižením a se závažným onemocněním setkat s velkým množstvím diagnóz, tak se tyto diagnózy mohou různým způsobem promítat i do vzdělávání těchto žáků a negativně jej ovlivňovat. Na prvním místě jde o narušení motoriky, které je již popsáno výše a které se snažíme ve školách i v běžném životě kompenzovat pomůckami. Bohužel se však ve školách nesetkáváme u žáků s výše zmíněnými diagnózami pouze s omezením motoriky hrubé a jemné, pohybovým neklidem a nerovnoměrným vývojem. Dopady především neurologicky podmíněných diagnóz se projevují v mnoha dalších oblastech, mezi něž patří nesoustředěnost, zvýšená pohyblivost, těkavost, nedokonalost vnímání, nedostatečná představivost, časté vady řeči, střídání nálad, výkyvy duševní výkonnosti, překotné a impulzivní reakce a mnoho dalších problémů. I když mají dva žáci stejnou diagnózu, nemusí to mít v obou případech stejný dopad do zvládnutí výuky. Vždy záleží na mnoha faktorech, mezi něž patří prostředí, žák a jeho osobnostní předpoklady, ale především rozsah poruchy (onemocnění) a oblasti, které jsou jí ovlivněny.

2.2 Dopady do zaměstnatelnosti

Osobou se zdravotním postižením (OZP) se rozumí osoba, která trpí dlouhodobým fyzickým, duševním, mentálním nebo smyslovým postižením. Toto omezení může bránit jedinci spolu s dalšími překážkami v plnohodnotném zapojení do společnosti. Tělesné postižení je vada pohybového a nosného ústrojí. Jedinec s tělesným postižením se nezdá stávat zvýšeně závislým na svém okolí. Každé tělesné postižení ovlivňuje a omezuje člověka nejen po stránce fyzické, ale i sociální a psychické.

Práce je nezbytnou součástí pro utváření osobnosti člověka. Je prostředkem pro začlenění do společnosti a pro navazování sociálních interakcí. Možnost využití vlastních schopností a vloh vede jedince k osobní spokojenosti, naplnění, postavení ve společnosti a finanční nezávislosti. Pokud jedinec tuto možnost

dlouhodobě postrádá, může to znamenat negativní dopad na celou jeho osobnost jak po stránce psychické, tak i fyzické, což může vést až k jeho sociálnímu vyloučení.

Je naprosto zřejmé, že lidé se zdravotním postižením mají ztíženou pozici na trhu práce. Pokud se takovému jedinci podaří vhodné pracovní místo najít, znamená to většinou kladné sebehodnocení a zvýšení osobní spokojenosti. I přesto, že je v české legislativě zapracována úprava podmínek pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, nemůže nemalá část těch, kteří o zaměstnání stojí, vhodnou pozici na trhu práce nalézt.

Navzdory snahám Úřadu práce ČR motivovat zaměstnavatele k vytváření nových pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením jsou v této oblasti ještě značné rezervy.

Při zaměstnávání osob se zdravotním postižením bývá mnohdy nezbytná úprava jejich pracovního prostředí a přizpůsobení pracovní doby. Výjimkou není ani jejich zvýšená nemocnost. Na to je třeba klást důraz a je patrné, že právě tyto skutečnosti velmi často potenciálního zaměstnavatele odradí.

Tuto otázku by proto bylo vhodné řešit komplexně na úrovni vlády a Parlamentu České republiky.

Lidé s tělesným postižením jsou na trhu práce velmi křehcí. Do budoucna je tudíž třeba vytvořit pro zaměstnavatele takové podmínky, aby měli snahu jedince s handicapem podpořit, pomohli jim překonat počáteční obavy a nejistoty a dali jim možnost stát se nadějnými a platnými zaměstnanci.

V této problematice mají nezastupitelnou roli úřady práce, které disponují přehledem nabídek pracovního uplatnění pro jedince s postižením a mohou také pružně reagovat na aktuální poptávku po určitých pracovních pozicích. Mohou spolupracovat při hledání a přizpůsobování pracovních míst a pracovních podmínek pro konkrétní osoby.

To, jakou šanci uplatnění bude jedinec s tělesným postižením v profesním životě mít, je podmíněno řadou faktorů. Jedná se zejména o stupeň, druh a rozsah postižení, samotnou osobnost jedince a jeho charakterové vlastnosti, vnitřní i vnější motivaci a jeho schopnost vyrovnat se s překážkami. Důležitým aspektem je přístup a výchova v rodině a přijetí diagnózy všemi osobami, které se na výchově jedince podílejí. Na jeho budoucí uplatnění má podstatný vliv to, jakou měrou byl veden a motivován k samostatnosti, soběstačnosti a samostatnému profesnímu životu.

Pohybové postižení je často příčinou omezení samostatnosti, vzniká při něm závislost na pomoci jiných lidí. Je také překážkou pro získávání mnoha zkušeností, s čímž souvisí omezení socializace. Závažnější pohybové postižení může mít za následek podnětovou i citovou deprivaci. Ze zkušenosti lze říci, že k tělesně postiženému člověku se také vztahují obvykle nižší očekávání, bývá častěji podceňován, na druhé straně jsou jeho projevy ve větší míře tolerovány,

a tak jej často nic nemotivuje ke změně. Možnost zaměstnatelnosti se výrazně snižuje s výskytem závažných komplikací, zvláště pak v případech vícečetných komplikací.

Tělesné postižení má nejčastěji dopad na vykonávání těžké fyzické práce. Závažné omezení vykonávání fyzicky náročných prací lze považovat v kontextu často nízkého vzdělání za velmi problematické. Další dopady zdravotního postižení představují omezení v životosprávě, nutnost dělat častější přestávky či problém dlouhého setrvání v jedné poloze a další omezení.

Vliv jednotlivých dopadů na zaměstnanost se různí, ale má-li jedinec s tělesným postižením více závažných dopadů diagnózy, nebo pokud se u něj souběžně vyskytuje výrazné omezení intelektu či psychické problémy, má problém s bariérovostí, případně vyžaduje asistenta, má velmi malou pravděpodobnost, že najde zaměstnání.

Vždy velmi záleží na postoji zaměstnavatelů, které by se daly shrnout do několika výroků a přístupů. Pasivní a odmítavý přístup, vyjadřovaný slovy: „Nemáme prostor ani příležitost uplatnění, jsme orientovaní na výkon a nechceme to měnit i za cenu odvodů státu.“ Často lze slyšet i výrok: „Péči o znevýhodněné považujeme za úkol státu a specializovaných organizací za naše daně a příspěvky na státní politiku zaměstnanosti.“ Lze se však setkat i s konstruktivními názory: „Není pro nás rozhodující, zda zaměstnanec má nějaké znevýhodnění, pokud je schopen se začlenit a osobně rozvíjet, neděláme rozdíl.“ Nebo s podobně pozitivním přístupem: „Přiveďte nám člověka s postižením, řekněte, jak s ním zacházet a rádi jej zaměstnáme.“ Slyšet jsou o pragmatická vyjádření typu: „Bude-li energie vynaložená navíc kompenzována úsporou odvodů, daňovou slevou, případně finanční podporou, jsme ochotni vytvářet podmínky pro zaměstnávání postižených, zejména pokud nám někdo prakticky pomůže.“

2.3 Dopady do sociální integrace

Sociální integrace je nejvyšší úrovní socializace, jedná se o proces začleňování jedince do společnosti. V průběhu života a prostřednictvím mezilidské interakce si jedinec osvojuje specificky lidské formy chování, jednání, jazyk, hodnoty, zkrátka takové vlastnosti, které mu umožňují život ve společnosti. Průběh socializace je ovlivňován mnoha faktory, plynoucími z biologických dispozic, prostředí i osobnosti člověka.

Socializace probíhá po celý život. Z úplné závislosti na svém sociálním prostředí v době po narození se dítě postupně vymaňuje, osamostatňuje, navazuje další sociální kontakty, zařazuje se do skupin vrstevníků, získává přátele, navazuje intimní vztahy, hledá své pracovní uplatnění, v dospělosti zakládá vlastní rodinu. Základním prostředkem socializace jsou mezilidské vztahy. Socializace se realizuje především sociálním učením, sociální komunikací a vzájemnými vztahy. Všechny sociální zkušenosti získává dítě během procesu sociálního učení. Jedinec se

učí společným činnostem, sociální interakci, komunikaci, přejímá sociální role. Během sociální interakce působí jeden člověk na druhého, navzájem se přizpůsobují, ovlivňují, soupeří spolu nebo spolupracují. Důsledkem socializačního procesu může být jak sociální adaptace, tak sociální maladaptace. Každý jedinec je nucen se během svého života adaptovat na nové podmínky, se kterými se setkává, přizpůsobovat se nejrůznějším životním situacím, vnějšímu prostředí i světu vnitřnímu světu. Adaptabilita je schopnost osoby řešit situace, a to doma, ve škole, ve volném čase, v celém životě. Adaptační potíže se ve větší míře mohou vyskytnout zejména na počátku školní docházky a na počátku dospívání.

Nejvýznamnějším a prvním prostředím, které dítěti zprostředkuje socializaci, je jeho rodina. V rodině si dítě buduje první vztahy k druhým lidem, učí se komunikovat, osvojuje si hodnoty. Základem socializace je proto přijetí dítěte rodinou. Pro starší děti je důležitá rovněž vrstevnická skupina. Dítě v ní získává zkušenost s přijetím a odmítáním, úspěchem a neúspěchem, učí se reagovat na tyto podněty a také své reakce kontrolovat. Přejímá nějakou roli ve skupině – třídního šprta, šaška, roli úspěšného nebo neprospívajícího žáka aj. Na základě pozice ve skupině vrstevníků se u dítěte vytváří sebehodnocení a sebezpetí.

2.3.1 SOCIALIZACE DĚTÍ A ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Proces socializace probíhá vlivem tělesného postižení obtížněji, liší se i dosažená míra socializace u každého jednotlivce. Socializace jednotlivců s tělesným postižením anebo zdravotním znevýhodněním je nepříznivě ovlivněna zejména omezeními motorických schopností, nápadnostmi ve vzhledu, ale také narušenou komunikační schopností, snížením intelektových schopností, případně kombinací postižení.

Narození dítěte s tělesným postižením ovlivňuje život celé rodiny. Je to závažný stresový faktor, který může mít velký dopad na jednotlivé členy rodiny i na jejich životní styl, hodnoty, sociální status, ekonomickou situaci. Pro rodiče je dítě fyzickým a psychickým rozšířením sebe sama. Pokud dítě s tělesným postižením tuto potřebu a očekávání rodičů nenaplnuje, nemusí být svými rodiči emočně přijato a v extrémním případě je mohou zcela odmítnout.

Poněkud jiná je situace v rodinách dětí, jejichž vývoj probíhal do určitého věku normálně a postižení nebo závažné onemocnění se projevilo až později. V tomto případě není tolik narušena rodičovská role, ale pro rodinu to může znamenat náhlou změnu v jejím životě, nutnost podřídit jej zdravotnímu stavu dítěte, v některých případech i nutnost opustit zaběhlý způsob života či zaměstnání. Hrozí i snížení příjmů rodiny. Rodiče také musí změnit svá očekávání a představy o budoucím životě a uplatnění svého dítěte. Péče o nemocné dítě bývá často fyzicky i psychicky značně vyčerpávající. Pro pečujícího rodiče to nezřídka znamená, že se musí vzdát své kariéry, způsobu trávení volného času, přitom ne vždy efekt péče odpovídá vynaloženému úsilí. Pokud rodič nemá podporu ve svém okolí, může u něj dojít až ke vzniku syndromu vyhoření.

Dle Říčana et al. (2006) není u dětí s dlouhodobým onemocněním, trvalým postižením nebo s rizikem progresu zdravotního stavu proces adaptace rodiny na tuto situaci prakticky nikdy ukončen. Každá změna nebo zhoršení znamená pro rodinu další šok, často ještě horší než při prvním sdělení diagnózy.

To, jak se rodiče vyrovnají s postižením svého dítěte, jaké jsou reakce a podpora jejich okolí, se potom může promítat do výchovných přístupů k dítěti s tělesným postižením.

Typy výchovných přístupů, které jsou nejčastěji popisovány v literatuře:

- ▶ **Výchova příliš úzkostná** – rodiče zaujmají k dítěti příliš ochranný přístup, aby si neublížilo. Strachují se o něj, brání mu v jeho iniciativě, v kontaktech s vrstevníky, v aktivitách, o kterých si myslí, že by je nezvládlo.
- ▶ **Výchova rozmazlující** – rodiče nadměrně lpí na svém dítěti, svou láskou a péčí mu chtějí vynahradit to, o co je připraveno svým postižením. Své dítě nadměrně oceňují i za to, co by u zdravého dítěte prošlo bez povšimnutí. Podřizují se přáním a požadavkům dítěte, „posluhují“ mu. Svým chováním brání dítěti v osamotňování, udržují jej v závislosti na sobě.
- ▶ **Výchova perfekcionista** – rodiče mají na dítě přehnané nároky, jejich očekávání na jeho výkon je neadekvátní, neodpovídá jeho možnostem a schopnostem.
- ▶ **Výchova protektivní** – je výchova nadměrně ochranná. Rodiče se snaží, aby bylo dítě ve všem co nejlepší, dosáhlo vysokých cílů, ale pomáhají mu v tom, pracují za něj a od ostatních vyžadují ohledy. Snaží se dítě prosazovat do různých aktivit, zařídit mu vše, aby dosáhl svého cíle. Dítě je v důsledku takové výchovy nesamostatné a obtížně se začleňuje do kolektivu.
- ▶ **Výchova zavrhuje** – zanedbávající. Navenek je o dítě dobře pečováno, ale rodiče nejsou schopni vnitřně přijmout dítě s postižením a současně přijmout identitu rodiče dítěte s postižením. Dítě je pro rodiče zátěží, nadměrně je vyčerpává, vynaložené úsilí nemá očekávaný efekt.

Neadekvátní výchovné působení může vést k neurotickým reakcím a k poruchám chování.

Obtížná může být situace zejména v rodině, kde jeden z partnerů neunese skutečnost, že je dítě postižené, případně se matka příliš zaměří na péči o postižené dítě a dojde k rozpadu rodiny. V řadě těchto případů zůstává pečující rodič sám, může se ocitnout v sociální izolaci (chybějící nebo nefungující širší rodina, menší možnosti sociálních kontaktů, vyhýbání se kontaktům s rodinami, které nemají stejnou zkušenost s postiženým dítětem, menší sociální akceptace a tolerance okolím apod.). Rodiče (nebo alespoň jeden z nich) v některých případech nemohou po rodičovské dovolené nastoupit zpět do práce, protože jejich dítě vyžaduje celodenní péči. Může se zhoršovat ekonomická situace rodiny a to zase vést k omezování sociálních kontaktů (rodič si nemůže dovolit cestovat, navštěvovat s dítětem různé akce apod.).

Tělesně postižené nebo chronicky nemocné děti mohou mít chudší sociální kontakty než děti zdravé. Příčinou může být omezená hybnost dítěte (a architektonické

bariéry v okolí), zdravotní stav, který nedovoluje nebo omezuje pobyt dítěte v kolektivu, ale možný je i vliv situace rodiny (chybějící nebo omezené kontakty s širší rodinou, sociálním okolím, přílišné zaměření na dítě a jeho „ochrana“ před vlivy okolí). Některé děti bývají dlouhodobě hospitalizované a jejich sociální zkušenosti a kontakty se kromě členů rodiny omezují jen na zdravotnický personál nebo jiné hospitalizované děti. Jejich sociální zkušenosti jsou proto odlišné od zkušeností dětí zdravých.

Nástup do školy je ve vývoji tělesně postiženého dítěte jedním z klíčových období. Lze hovořit o první krizi identity postiženého dítěte, protože je touto změnou zatěžováno více než děti zdravé. Pro rodiče je to mnohdy první významná situace srovnávání vlastního dítěte s jeho zdravými vrstevníky. Děti s tělesným postižením snadněji vzbuzují extrémní postoje jak u dospělých, tak u druhých dětí. Mohou být ve třídě odmítány, izolovány, stát se objektem posměchu, šikany, nebo jen ignorovány, ale na druhé straně bývají také svými spolužáky častěji ochraňovány. Žáci s TP v běžné škole mají často menší kompetence, zejména v sociálně vysoce hodnocených aktivitách, což je způsobeno např. pohybovým omezením, komunikační nezkušeností a přetrvávající závislostí na dospělých. Pro žáka s TP může být obtížné přispět k sociální interakci ve vrstevnické skupině. To může vyvolat ztrátu motivace dítěte tyto vztahy udržovat, anebo naopak jeho tendenci zviditelnit se jakýmkoli způsobem. Nepopularita mezi dětmi představuje sama o sobě zvýšenou psychickou zátěž, která může vést ke snižování sebehodnocení. Potíže v začlenění dítěte s postižením do skupiny mohou být také způsobeny jeho negativní zkušeností s navazováním kontaktů z dřívějšího a strachem z odmítnutí. Velký význam pro sociální akceptaci a pro rozvoj sebehodnocení má ve školním věku viditelný tělesný nebo estetický defekt. Odlišné tělesné schéma vyvolává změnu sociálních reakcí a může být i příčinou sociálního vyloučení.

Pokud žák navštěvuje speciální školu pro tělesně postižené, případně internátní školu, získává odlišnou sociální zkušenost. Omezená je možnost volného výběru vrstevníků. Ocítá se v menší skupině dětí s podobnými sociálními zkušenostmi. Sociální role se v této skupině téměř nemění, děti mají menší možnost rozvoje různých zkušeností, způsobů chování, norem a sociálních rolí. Omezená je v tomto případě i možnost začlenění dítěte do jiné vrstevnické skupiny, např. v místě bydliště. Sociální nezralost žáka s TP může vést k tomu, že má lepší sociální vztahy s mladšími dětmi než s vrstevníky.

V období dospívání roste subjektivní význam vzhledu. Zjevné fyzické postižení nebo odlišnosti mohou vyvolávat pocit nejistoty a nízké atraktivity, což může vést k omezování sociálních vztahů až k sociální izolaci.

V období adolescence nabývá na významu potřeba seberealizace a otevřené budoucnosti. V případě tělesně postižených se tato potřeba uspokojuje obtížněji. Tělesný handicap i vážné somatické onemocnění zásadním způsobem limitují možnosti profesní orientace, čímž omezují jedince v oblasti potřeby seberealizace. Můžeme se setkat s nerealistickými ambicemi, co se týče volby studijního

oboru. Výběr profese může být velmi omezen. A v řadě případů i po ukončení studia nebo učebního oboru existuje vysoké riziko neúspěšnosti v hledání pracovního uplatnění. Mnozí zejména těžce tělesně postižení poté bývají fakticky izolováni a osamoceni.

Specifika socializace u jednotlivých typů postižení:

Diagnóza DMO má řadu forem, lišících se stupněm narušení hybnosti od lehkého postižení chůze až po imobilitu či neschopnost ovládat pohyby. Často se může přidružovat další postižení – epilepsie, smyslové vady, narušení řeči, mentální retardace. To vše ztěžuje začlenění dítěte do kolektivu. Poškození mozku u dětí s DMO vede ke zvýšené citlivosti ke stresu a zátěži. Děti s DMO ji špatně snášejí, jsou přecitlivělé. Děti s DMO bývají infantilní, pasivnější, méně průbojné a uzavřenější. Mohou mít méně empatie a sociální citlivosti. V souvislosti s nereálným očekáváním se mohou chtít prosazovat za každou cenu a působí pak egocentricky.

U dětí se získanými postiženími (např. amputace, mozková obrna po operaci mozku, svalová nebo nervová progresivní onemocnění) záleží na době počátku postižení, na tom, jak je postižení závažné a jak výrazně se změnila kvalita života jedince.

Děti s chronickým somatickým onemocněním reagují na nemoc odlišným způsobem než dospělí. Ohrožení života či následky pro další život si děti uvědomují až v období dospívání. Mladší děti reagují na aktuální pocity a situace, které s sebou nemoc přináší, na pobyt v nemocnici, lékařské zákroky, léčebný režim, ale také na změněné chování rodičů, kteří se o ně bojí. Velmi emocionální reakci vyvolává zejména bolest. Dítě se často musí vyrovnat s tím, že ho nemoc a její léčba bude provázet dlouhou dobu nebo i po celý život, že se mohou dostavit některé nepříjemné vedlejší důsledky léčby, změny vzhledu, že bude třeba dlouhodobě dodržovat režimová opatření (diety, omezení pohybu). Zvládání této situace má stejné fáze jako u dospělých. Vlivem onemocnění a hospitalizace ztrácí dítě možnost kontaktu se zdravými vrstevníky a možnost získání běžných sociálních zkušeností. Závažná choroba mění sociální pozici dítěte. Mění se jeho role v rodině, stává se objektem péče, nemůže plnit běžné povinnosti, ale ani se věnovat svým koníčkům, dosavadním zájmům. Dlouhodobá a opakovaná hospitalizace bez doprovodu rodičů může někdy vyvolávat stav subdeprivace. Bolestivé a nepříjemné zážitky během lékařských vyšetření v batolecím období mohou vyvolávat „strach z lidí v bílém“, který může přetrvávat v dalších věkových obdobích. Chronické onemocnění může u mladších dětí vyvolávat pocity viny. I po vyléčení (např. onkologických nemocí) přetrvává například snížená imunita, a je proto třeba dodržovat některá opatření. Život ohrožující onemocnění dítěte může vést u jeho rodičů k nejistotě a obavám z remise nemoci. To potom vede ke změnám postojů rodičů k dítěti a stylu výchovy.

Děti s epilepsií tvoří širokou skupinu, lišící se frekvencí záchvatů, jejich typem a průběhem. Změny v jejich chování a osobnosti jsou vyvolány nejen samotnou

nemocí, ale i medikací. Ta může ovlivňovat psychomotorické tempo dítěte, jeho schopnost soustředění i paměť. Oslabení v těchto oblastech (i při dobrém intelektu) může negativně ovlivňovat výkon dítěte ve škole a v důsledku i jeho sebehodnocení a studijní ambice. Zejména velké záchvaty a jejich dramatický průběh mohou mít negativní vliv na začleňování dítěte do kolektivu. Nepříznivý vliv má také časté vylučování dětí s epilepsií ze společných aktivit (školy v přírodě, sportování, dětské tábory apod.). Epileptické záchvaty, vázané na spánek, také mohou velmi negativně ovlivňovat průběh práce dítěte (během nočních záchvatů si dítě nemůže kvalitně odpočinout). Tento typ epilepsie není ve škole na první pohled patrný, ale jeho dopad do vzdělávání může být masivní – i když se dítě učí, vynaložené úsilí potom neodpovídá výkonu, což může vést k rezignaci dítěte na učení.

K sociálně handicapujícím momentům patří také například nutnost cévkování nebo přebalování u inkontinentních dětí, stomie, kožní projevy nemocí. Setkáváme se s tím, že některé tělesně postižené děti raději omezují příjem tekutin, aby nemusely žádat o pomoc při vykonávání potřeby. Handicapem pro sociální začlenění dítěte také může být přítomnost asistenta ve třídě. Spolužáci postiženého dítěte asistenta někdy považují za neoprávněnou výhodu, která u nich vyvolává závist či pocit nespravedlnosti.

2.4 Osobnostní zvláštnosti vyplývající z postižení

V psychologické literatuře se můžeme setkat s mnoha definicemi pojmu osobnost. Obecně se jedná o souhrn a uspořádání jednotlivých psychických jevů v každém jedinci a současně i o odlišnost jedince od ostatních lidí.

Osobnost lze poněkud zjednodušeně definovat jako komplexní a relativně stabilní systém, který funguje jako celek, skládá se ze vzájemně propojených somatických a psychických vlastností a projevuje se v reakcích na různé podněty a situace, resp. v interakci s nimi (Vágnerová, 2010, s. 13).

Osobnost člověka je mnohonásobně podmíněna a vytváří se v průběhu celého vývoje jedince. Je podmíněna zejména biologicky, ale podstatným faktorem pro formování osobnosti je také faktor sociální – množství a kvalita podnětů, které dítě v sociálním prostředí obklopují, především v nejbližší rodině. K formování představy o sobě a sebehodnocení přispívá vlastní aktivita jedince, jeho reakce na okolní svět a prožívání vlastní činnosti.

2.4.1 OSOBNOST A TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Zdravotní postižení má bezpochyby značný vliv na utváření osobnosti jedince. Záleží na mnoha okolnostech, například na době vzniku postižení, na reakcích a postojích okolí. Na první pohled viditelná tělesná odlišnost, estetický handicap

nebo omezení pohybových možností může vyvolávat u okolí reakce a postoje, jejichž sociální (často negativní) význam může být větší, než je vliv samotného postižení. Nápadné změny a odlišnosti vzhledu snižují sociální status postiženého jedince a mohou mít negativní vliv na jeho přijetí a sociální hodnocení společností. Tělesně postižený často vzbuzuje extrémní postoje, od odmítání a izolace po nadměrnou ochranu a péči. Může se stát objektem posměchu či šikany. Častá jsou nižší očekávání (např. jedinec s narušením motoriky, které závažně omezuje jeho soběstačnost, může být okolím hodnocen jako méně inteligentní nebo kompetentní i v dalších oblastech). Objevuje se i generalizace v oblasti hodnocení osobnosti, vlastností (např. jedinci s poruchou růstu se v dřívějších dobách uplatňovali jen jako dvorní šašci a role šaška či baviče od nich může být očekávána i dnes). Tyto reakce a postoje okolí ovlivňují zpětně chování, postoje a sebehodnocení takto postižených, mohou u nich posilovat pasivitu a závislost na druhých osobách.

Vrozené postižení ovlivňuje vývoj jedince ve větší míře, ale není tak traumatizující jako postižení získané. Vrozené postižení omezuje dítě v získávání určitých zkušeností, může snižovat možnosti jeho sociálních kontaktů a socializačních procesů.

Získané postižení představuje větší trauma, protože jedinec si více uvědomuje ztráty a limity, které postižení přineslo. Výhodou mohou být zkušenosti a dovednosti nabyté před změnou zdravotního stavu. Získaným postižením se mění dosavadní sociální vztahy. Rodiče často zaujímají nadměrně ochranný postoj, který může vést až k závislosti dítěte na jejich péči a k jeho pasivitě. Jedinec se musí na svoji novou situaci adaptovat, mění se jeho potřeby, hodnoty, postoje ke světu. Zažívá značnou intrapsychickou tenzi a pocit nespravedlnosti nad svou situací. Tyto pocity potom ventiluje svým chováním navenek. Zejména v počátečním období se může ke svému okolí chovat neadekvátně, což může narušit až přerušit jeho dosavadní vztahy s vrstevníky.

Každé postižení na osobnost jedince působí podle toho, jak jej postižený prožívá, jaký má k němu postoj a jaké způsoby volí při řešení své situace. Může se stát, že reálná závažnost postižení neodpovídá prožívané závažnosti. Sekundární postižení psychiky může být těžší než samotný handicap, pokud se s ním postižený hůře vyrovnává. Zejména změny vzhledu a zážitky s odmítáním kvůli němu mohou vést k pochybnostem o sobě samém, k nízkému sebehodnocení, nejistotě, nižší frustrační toleranci, případně i ke komplexům méněcennosti. S tělesným postižením se dle Vágnerové (2004) hůře vyrovnávají dívky. Bývají citlivější, vnímavější na reakce okolí, mívají nižší sebehodnocení a sebejistotu. Bývají emočně nevyrovnané a více zranitelné, častěji utíkají do světa fantazie.

Postižené nebo závažně nemocné děti mají celkově zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí. Emoční podpora může eliminovat jejich obavy a pocity ohrožení. Z toho vyplývá jejich intenzivnější fixace na matku nebo jiné blízké osoby. Proto se mohou hůře adaptovat na nové prostředí a obtížněji se v něm orientovat.

Závislost na dospělých může mít v některých případech až regresivní charakter. Na druhou stranu může k nesamostatnosti dítěte vést také nadměrně úzkostná a ochranná výchova, která brání v jeho osamostatňování a udržuje jej v závislosti na rodině. U některých dětí můžeme pozorovat i projevy tzv. naučené bezmocnosti. K psychické deprivaci může vést separace, při níž dochází k přerušení specifického vztahu mezi dítětem a jeho stabilním sociálním prostředím, zejména odloučením od matky (např. při dlouhodobé hospitalizaci). Pokud je dítě dlouhodobě hospitalizováno, může dojít nejen k narušení sociálních vazeb, ale i k zastavení vývoje až k vývojovému regresu. Odloučením od rodiny může dítě nejen citově strádat, ale současně se mění jeho pozice v rodině, neboť se neúčastní každodenního všedního života rodiny.

Děti citově deprivované mívají v sociální interakci potíže plynoucí z nedostatku pozitivních emočních zkušeností. Citově deprivované děti mívají k lidem povrchní vztahy, často bez schopnosti empatie; jsou zvýšeně egocentrické. Nejčastější projevy chování a sociálních vztahů deprivovaných dětí:

- ▶ sociální hyperaktivita (snadno a rychle navazují kontakt, dožadují se pozornosti, jejich vztahy jsou povrchní a chybí jim sociální inhibice);
- ▶ sociální provokace (domáhají se pozornosti dospělých záměrnou provokací, agresivním nebo destruktivním chováním);
- ▶ útlumový typ (jsou v sociálním kontaktu pasivní, časté bývá náhradní uspokojování).

V období dospívání se mění postoj jedince k vlastnímu postižení nebo nemoci. Začne si ve větší míře uvědomovat omezení, která jeho zdravotní stav přináší v různých oblastech života. Uvědomuje si, o co přichází ve srovnání s vrstevníky, je kritický ke své situaci, která jej neuspokojuje. Svůj stav může přijmout jako součást své identity, ale může se proti ní i bouřit a odmítat ji (Vágnerová, 2004). Mění se potřeba seberealizace, která je pro postižené děti hůře dosažitelná. Někteří dospívající si stanoví určitý cíl a věnují jeho dosažení velké úsilí. To dává jejich životu smysl a pro ně samé je zdrojem sebevědomí a sebehodnocení. Někteří jedinci se více upínají na své pečující blízké, setrvávají v roli „nemocného“, na kterého jeho okolí neklade žádné nároky na výkon a plnění povinností.

V procesu profesní a studijní orientace mohou být žáci s tělesným postižením nebo chronickým onemocněním nerozhodnější než žáci zdraví. Může to být dáno jejich pasivitou, menším zájmem o vlastní budoucnost a uplatnění, rezignací na profesní ambice, ale také menší sociální zkušeností s různými profesemi. Někteří děti nemají jasnou představu o tom, co dělají jejich blízcí (typicky žák s omezenou mobilitou, maminka je pečující osobou a kvůli omezené mobilitě není možné realizovat návštěvu na pracovišti otce nebo jiné blízké osoby). Najdou se jedinci, kteří kvůli zdravotnímu stavu nemohou vykonávat vysněné povolání, ale ztrácejí zájem hledat jinou cestu. Rezignace může pramenit také z omezené nabídky vhodných učebních a studijních oborů v místě bydliště. Menší ambice mají také žáci, kteří se během dosavadní školní docházky setkávali s opakovaným

selháváním a negativním hodnocením svých schopností od vrstevníků i dospělých. Osobností nezralost, nižší frustrační tolerance a závislost na pečující osobě brání některým žákům v hledání školy i mimo bydliště, protože představa internátního ubytování u nich vyvolává značnou úzkost a stres. Zejména u žáků s neadekvátním sebehodnocením se objevují nereálné představy o dalším vzdělávání, přičemž tyto představy bývají někdy ještě podporovány rodiči.

2.4.2 VYROVNÁVÁNÍ SE S POSTIŽENÍM A CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Každý tělesný handicap nebo chronické onemocnění znamená v osobnosti člověka také změny duševní. To, jakým způsobem jedinec zpracovává své onemocnění, záleží na více faktorech – typu onemocnění a z něj plynoucích omezeních (např. vliv na mobilitu, odlišnosti vzhledu, závislost na péči druhých apod.), na typu osobnosti člověka a na jeho sociálním okolí. Adolescenti již dokážou podobně jako dospělí uvažovat o budoucnosti, o důsledcích postižení nebo nemoci pro svůj další život.

Každé onemocnění vyvolává i změněné emoční prožívání. Závažné onemocnění nebo postižení vyvolávají strach a úzkost, které jsou reakcí na pocit ohrožení, na bolest a nepříjemné situace, které zdravotní stav nebo léčba přinášejí. Dostává se také smutek, protože si jedinec uvědomuje, o co přichází ve srovnání se zdravými. Tento smutek může přejít až do deprese. Pokud se jedinec nedokáže se svou ztrátou vyrovnat a propadá beznaději, mohou se objevit i sebevražedné tendence.

Míra odolnosti vůči zátěžovým situacím, schopnost vyrovnávat se s nimi je označována jako frustrační tolerance. Ta je u každého jedince jiná – co je pro někoho neúnosným stavem, může jiný běžně zvládat. Záleží na mnoha faktorech, ke kterým patří např. vrozené předpoklady, individuální zkušenosti, to, jak jedinec subjektivně situaci hodnotí a prožívá, jestli jej zátěž aktivizuje a bere ji jako výzvu apod. Důležitá je rovněž podpora okolí.

Obrany, které člověk v zátěžové situaci používá, vycházejí ze dvou základních, fylogeneticky starých mechanismů, kterými jsou útok a únik.

Útok je aktivní obranou. Jde o tendenci s ohrožující situací nějakým způsobem bojovat. Agrese může být namířena proti zdroji ohrožení, na náhradní objekt i vůči sobě samému. Agrese mívá formou verbální nebo neverbální. Jednou z forem této reakce u dítěte může být i tendence k upoutávání pozornosti za každou cenu.

Únik je obrannou reakcí, spočívající např. ve změně postoje, rezignaci, kompenzaci, vyhnutí se nepříjemnostem, popření, v úniku do světa fantazie. Únikem je také izolace, uniknutí do nemoci, regrese, substituce. Jednotlivé přizpůsobovací techniky se často překrývají.

2.4.3 PROGRESIVNÍ A LETÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ

Nevyléčitelné onemocnění je závažným stresorem jak pro nemocného, tak pro celou jeho rodinu. Smrt dítěte je vnímána jako něco nepřírozeného, nepochopitelného. Onkologická onemocnění a úrazy patří k nejčastějším příčinám úmrtí dětí.

Způsob, jak chápe smrt dítě, se liší od chápání dospělého a závisí na věku dítěte a úrovni jeho rozumového vývoje. Rodiče se většinou dozvídají o závažnosti onemocnění dříve než dítě a snaží se je před touto nepříznivou informací chránit. Děti ale z různých náznaků často vytuší, že se s nimi něco děje. V období adolescence jsou si většinou vědomi závažnosti nemoci i možnosti smrti (Říčan et al., 2006). Zejména v poslední době, kdy mohou využívat jako zdroj informací internet a sociální sítě. Tyto informace mohou být někdy nepřesné, zavádějící a vzbuzovat u nemocného pocity masivní úzkosti. Proto je nezbytné, aby bylo dítě vhodným způsobem o své nemoci a postupu léčby informováno rodiči nebo lékařem za přítomnosti rodičů. Dítě by nemělo získat pocit, že je na svou nemoc samo nebo že si ji zavinilo, proto je důležité s ním mluvit o jeho pocitech a být mu oporou. Kvalitní komunikace s lékařem, případně klinickými psychology je důležitá pro spolupráci dítěte při léčbě a pro zvládnání nemoci.

Pro zvládnání chronického onemocnění v adolescenci je důležitá spolupráce dítěte, která je podmíněna zejména jeho motivací. Další podmínkou je také adekvátní informovanost jak rodičů, tak i dítěte. U chronicky nemocných dětí je značná souvislost mezi zdravotním stavem a psychikou. Zejména u onemocnění, která povedou k trvalým následkům, mohou dospívající děti upadnout do deprese, které mohou vést k suicidálním pokusům (Říčan et al., 2006).

SOUHRN

Vzdělávání je ovlivněno faktory vnějšími a vnitřními. Mezi vnější faktory patří vliv prostředí v nejširším významu, tzn. sociální a kulturní zázemí, vliv vrstevnické skupiny, prostředí rodiny, školy atd. Faktory vnitřní jsou přímo spojeny s osobností dítěte, jeho zájmy, ambicemi, preferencemi, volnými vlastnostmi a v případě tělesného postižení také s jeho zdravotním stavem a z něho plynoucími limity. Ve druhé kapitole jsou specifikovány limity žáků s tělesným postižením a závažným onemocněním a dopady jejich diagnóz do vzdělávání, zaměstnatelnosti, sociální integrace. Popsány jsou i osobnostní zvláštnosti žáků vyplývající z tělesného postižení a závažného onemocnění, a to i vzhledem k jejich věku.

Osoby s tělesným postižením se musí od útlého dětství vypořádávat s celou řadou překážek. Jejich vzdělávací cesta směřující k výběru povolání a úspěšnému pracovnímu uplatnění vyžaduje často velkou míru podpory, nejen od rodiny, ale i od učitelů a dalších pedagogických pracovníků, kteří se na jejich vzdělávání podílejí.

3 Diagnostika a diagnostické nástroje v kariérovém poradenství

— Petra Průchová —

Diagnostika je jednou z důležitých součástí komplexního procesu kariérového poradenství. Profesionální volba je v životě člověka zásadním rozhodnutím, protože z profesionální role plyne budoucí sociální pozice ve společnosti, společenská prestiž, životní úroveň i celková životní spokojenost. Úkolem kariérového poradenství je doporučení vhodné profese, která vyhovuje možnostem i očekávání daného klienta.

Proces kariérového poradenství je týmovou záležitostí. Podílejí se na něm všichni, kteří pracují se žákem s tělesným postižením. Jsou to pedagogové, odborní pracovníci školních poradenských pracovišť, odborní pracovníci speciálněpedagogických center i rodina. Školní psycholog nebo psycholog speciálněpedagogického centra pro žáky s TP napomáhají kariérovému poradci ve škole v řešení problémů související s volbou povolání.

Speciální pedagog, psycholog, výchovný poradce a třídní učitel by měli zjišťovat a hodnotit schopnosti a dovednosti žáků v závislosti na jejich věku. Úkolem všech odborníků ve škole je podporovat zdravý vývoj těchto dovedností a vést rodiče, aby dětem umožnili tyto dovednosti cvičit. Motivace a pozitivní postoj k pracovním činnostem velmi přispívá k dobré volbě dalšího vzdělávání vedoucího ke zvolené profesi.

U žáků s tělesným postižením je důležité, aby měli možnost se v praxi seznámit s jednotlivými pomůckami a základním nářadím, které je k jednotlivým pracím nezbytné. I děti s TP by měly být přirozeně zapojovány do prací v domácnosti, na zahradě, při údržbě a opravách, měly by také poznávat různé materiály na výrobu věcí kolem nás. Seznamujeme je tak i s profesemi dospělých.

Ze strany školy se klíčovým při volbě povolání stává opakovaný rozhovor se žákem. Na počátku je rozhovor se žákem a jeho rodiči o budoucím povolání, takto je možné mapovat profesní zaměření již na 1. stupni ZŠ. Je nutno probrat s rodiči jejich představy o uplatnění dítěte. Při zjišťování možné profesní volby žáka je důležité zohlednit dopad TP a také zdravotní obtíže, aby u vybraného profesního zaměření bylo jisté, že žák bude schopen zvolenou profesí vykonávat. V průběhu vývoje se představa o budoucím povolání proměňuje. Mnoho žáků s tělesným postižením je zájmově nevyhraněno. Diagnostika napomáhá vyjasnit, které předpoklady pro různé pracovní činnosti žák má. Někdy rodiče nemají reálnou představu o schopnostech svého dítěte. Diagnostika schopností jejich dítěte jim může v tomto pomoci, aby viděli, k čemu má jejich dítě nejlepší předpoklady. Velmi důležitý je i rozhovor o aktuálním stavu tělesného postižení, zda se jedná o vadu stacionární, nebo zda lze očekávat zhoršení některých funkcí. Diskuse o omezeních vycházejících z tělesného postižení nám může dát zpětnou vazbu o tom, jak je žák orientovaný v limitech daných dopady tělesného postižení. Průběžně je nutné mapovat dovednosti a schopnosti u žáka, probrat s ním jeho zájmy, přání a vize, jak sám sebe vnímá, zda reálně má schopnosti a předpoklady pro zvolenou profesi. Užitečné je také pozorování žáka při různých činnostech a při práci ve třídě.

Další rozhovory by měly probíhat nejen se samotným žákem a s jeho rodiči, ale i s pedagogy, s výchovnými a kariérovými poradci. Výchovní a kariéroví poradci předkládají žákům a jejich rodičům přehled aktuálně otevřených oborů a škol. Všechny školy mají již své webové stránky, takže je možné snadno získat hodně informací o daném oboru. Žáci mají možnost si na webových stránkách jednotlivých škol a učilišť vyhledat podmínky, za kterých budou přijati ke studiu.

Primární je stanovení úrovně a struktury intelektových schopností, protože toto je základní rámec, který limituje výběr vhodné střední školy a následně i budoucí profesi. U všech žáků, nejen těch s tělesným handicapem, se výběr střední školy odvíjí od jejich rozumových schopností. Existují střední školy s různě náročnými obory a různou délkou studia. Uchazeči si mohou vybrat jak ze škol, jež připravují k dalšímu studiu na vysoké škole (jejich studijní program je tedy náročný co do hloubky i šíře učiva), tak ze škol, které jsou spíše prakticky zaměřené a cíleně připravují studenta k výkonu určitého povolání. Existují i školy pro absolventy základních škol s mentálním postižením, kde je kladen důraz především na prohlubování praktických dovedností potřebných k běžnému životu a rozvoj samostatnosti.

Dalšími diagnostikovanými oblastmi jsou osobnostní vlastnosti, oblast zájmů a preferencí a u klientů s tělesným handicapem samozřejmě i jejich funkční dovednosti v souvislosti s motorickým postižením. Vzhledem k tomu, že pod pojem „tělesné postižení“ se ve školské legislativě řadí i jedinci s různými druhy zdravotních potíží (např. epilepsie, cukrovka atd.), je třeba také pečlivě lékařské diagnostiky a doporučení, co daný jedinec smí dělat a čemu by se měl raději vyhnout.

Psychologickou a speciálněpedagogickou diagnostiku provádíme pomocí testových i klinických metod, standardizovaných i nestandardizovaných.

3.1 Klinické metody

Klinické metody jsou takové postupy, které nejsou podloženy psychometricky. Získané údaje jsou kvalitativní, jejich cílem je poznat jedince v jeho komplexnosti a celistvosti. Soustředí se na jedince v dynamice jeho vývoje, berou v úvahu okolní kontext. Použití a interpretace klinických metod jsou velmi závislé na zkušenosti a schopnostech každého examinátora.

Mezi klinické metody patří anamnéza, pozorování, rozhovor, analýza produktů klienta.

3.1.1 ANAMNÉZA

Anamnéza je získávání takových informací z minulosti jedince, které mají významný vztah k jeho současnému stavu, pomáhají nám jej objasnit. Obvykle se provádí formou řízeného rozhovoru. Získáváme informace z různých oblastí (o rodině klienta, jeho vývoji, zdravotním stavu, školním prospěchu, jeho zájmech apod.) a od různých subjektů (rodičů, samotného klienta, pedagogů, případně dalších odborníků, např. lékařů, logopedů, ergoterapeutů apod.).

Z hlediska kariérového poradenství jsou pro nás relevantní školní úspěšnost, zdravotní stav a případná zdravotní omezení, zájmy a přání žáka. Školní prospěch je důležitým ukazatelem, avšak nelze ho brát absolutně. I přes jednotně stanovené učební výstupy nelze zcela srovnávat hodnocení jednotlivých škol a učitelů, v každém hodnocení je kus subjektivity. Obecně je však dobré, když hodnocení na 2. stupni základní školy odráží reálné schopnosti a dovednosti žáka a není již tolik motivační jako na 1. stupni.

Dle školní úspěšnosti se utváří postoj žáka k dalšímu vzdělávání – zda půjde spíše studijním směrem, nebo se bude orientovat na získání praktických dovedností a výkon manuálního povolání. Je také třeba si uvědomit, že školní známky nezahrnují jen vědomosti a prokázané dovednosti, ale i postoj žáka k práci, danému předmětu potažmo konkrétnímu učiteli, žákovu snahu a motivaci, vytrvalost, domácí přípravu i případnou trému či nepozornost.

3.1.2 POZOROVÁNÍ

Pozorování má při práci s klientem velkou důležitost. Nejde o pouhé „vnímání“ jedince a kontakt s ním, ale o jeho vědomé sledování za účelem získání konkrétních informací. Pozorování může být volné, orientační, kdy není předmět pozorování přesně vymezen; víme, že máme sledovat danou situaci, ale ještě přesně nevíme, čeho si všimat. Naproti tomu zaměřené, kontrolované pozorování má

svůj přesný objekt, plán. Soustředíme se na určitý jev a neregistrujeme chování, které s daným jevem nesouvisí.

Pozorování může být krátkodobé, střednědobé či dlouhodobé, může být součástí jiného procesu (např. psychologického vyšetření, rozhovoru) či ho můžeme využít jako samostatnou diagnostickou metodu. Aby splňovalo základní diagnostické podmínky, je třeba dodržet tyto zásady (Svoboda et al., 2001): plánovitost, systematickosti, přesnost a objektivitu. Je třeba předem stanovit nějaký plán a obsah pozorování, je třeba objekt sledovat soustavně, v přesně určeném časovém vymezení, vymezit kritérium posuzování, způsob záznamu, nezávislost na pozorovateli.

Čím více je prostředí, ve kterých můžeme klienta pozorovat, tím cílenější a přesnější mohou být naše doporučení. Žáka je možné sledovat při skupinové i individuální činnosti, ve škole, doma, v zájmovém kroužku, při práci i hře atd. Každá aktivita a každé prostředí má svoji informační hodnotu. Pro proces kariérového poradenství je nejdůležitější získat informace o fungování klienta ve školním prostředí při plnění povinností a o jeho chování v různých sociálních situacích a interpersonálních interakcích.

3.1.3 ROZHOVOR

Rozhovor se může zdát jako jednoduchá metoda, avšak pozor na to, abychom nezaměňovali běžnou konverzaci s diagnostickým rozhovorem. Rozhovorem získáváme informace o názorech, postojích, přáních, myšlenkách, pocitech klienta, které nám pozorování poskytnout nemůže.

Rozlišujeme dva základní typy rozhovoru, řízený a neřízený. Při neřízeném rozhovoru má klient volnost ve výběru tématu, schéma rozhovoru není předem plánováno. Naopak při rozhovoru řízeném získává vyšetřující systematickým a organizovaným způsobem konkrétní informace, které potřebuje pro splnění daného diagnostického či terapeutického cíle. Při kariérovém poradenství využijeme spíše rozhovor řízený. Řízený rozhovor dále můžeme rozdělit dle míry standardizace na volný, částečně standardizovaný a standardizovaný.

Při rozhovoru je velmi důležité počáteční navození kontaktu s klientem. Je třeba zajistit bezpečnou atmosféru a přiměřenou důvěru, klient by neměl být v tenzi, nepohodě. Zároveň by se měl vyšetřující naladit na úroveň vyjadřovacích schopností klienta, přizpůsobit svůj slovník danému jedinci (samozřejmě při dodržení pravidel slušnosti a s přihlédnutím ke konkrétní sociální situaci). Je třeba znát jednotlivé techniky vedení rozhovoru, abychom klientovi nekladli např. sugestivní otázky, abychom jej zbytečně neznervožňovali, abychom získali relevantní informace, dokázali se držet podstaty tématu atd. Pozor na nesprávné interpretace získaných informací.

Jako oporu pro začínající poradenské a pedagogické pracovníky, kteří potřebují podporu při vedení rozhovorů, lze využít informace získané studiem publikací

vedených v seznamu literatury na konci metodiky (např. publikace Milana Mikulaštica).

3.1.4 ANALÝZA PRACÍ ŽÁKA

Analýza prací žáka zahrnuje rozbor školních sešitů, různých výrobků a výtvo-
rů. Můžeme hodnotit jak spontánní práce, tak výtvo-ry zhotovené dle instrukcí.
Za spontánní produkt lze považovat i písmo klienta. Rozbor písma, sešitů apod.
nám poskytuje obraz jednak o motorických schopnostech žáka, jednak o je-
ho pečlivosti, trpělivosti, estetickém cítění, fantazii, zájmech apod. Pokud žáka
pozorujeme při samotném kreativním procesu, můžeme navíc získat informace
i o jeho pracovních vlastnostech a úrovni koncentrace.

Výtvo-ry jsou různorodé, individuální, jejich posuzování má výrazně klinický cha-
rakter. Samotná analýza produktů samozřejmě nestačí k vyslovení diagnostické-
ho závěru, ale je cenným zdrojem doplňkových informací, které těžko získáme
jiným způsobem.

3.2 Testové metody

Testové metody představují standardizovaný způsob zisku informací, při kte-
rém je nutné dodržovat určitá pravidla. Používají se jednotné pomůcky, je třeba
nastavit pro všechny klienty stejné podmínky vyšetření a výsledky jednotným
způsobem interpretovat. Je ale nezbytné zdůraznit, že kromě kvantitativní „stan-
dardizované“ interpretace je zapotřebí také interpretace kvalitativní, zvláště
u klientů s nějakým „omezením“ či zdravotním postižením.

Mezi testové metody patří různorodé testové baterie a dotazníky, jimiž se sna-
žíme stanovit jak všeobecnou míru intelektových předpokladů, tak osobnostní
vlastnosti, zájmy a další specifické dovednosti (např. motorické).

Úroveň intelektových schopností, které řadíme mezi tzv. obecné schopnosti, mů-
žeme standardizovaně posoudit pouze prostřednictvím výkonu, k čemuž používá-
me tzv. výkonové testy. To znamená, že klient musí splnit určitý úkol za předem
jasně stanovených podmínek (ty by měly být identické pro všechny). Odpovědi
probandů lze hodnotit v dimenzích ano–ne, dobře–špatně či lepší–horší. Testy lze
zadávat individuálně i skupinově, některé však pouze individuálně, u některých
metod jsou možné obě varianty. Obecně ale platí, že pokud chceme získat další
informace, tedy nejen údaj o aktuálním výkonu v konkrétním čase, je nezbytná
individuální administrace s klientem.

Je třeba vzít v potaz, že výkon dítěte není ovlivněn jen intelektem, ale také mimo
intelektovými faktory, jako např. osobnostní specifika (nejistota, úzkostnost, sebe-
vědomí, extravertní vs. introvertní ladění atd.), volní vlastnosti (cílevědomost, trpě-
livost, schopnost překonávat překážky ad.) a v neposlední řadě i aktuální psychický

stav (únava, tréma, emoční vykladění aj.). Je důležité všimnout si i těchto projevů a zahrnout je do celkového hodnocení klienta, popisu jeho osobnosti a způsobu práce.

Dále je třeba si uvědomit, že všechny inteligenční testy byly standardizovány na běžné populaci, tzn. na kohortě zdravých jedinců. Nejsou k dispozici žádné nástroje standardizované na skupině jedinců s tělesným postižením; klienta s handicapem tak srovnáváme se skupinou zdravých vrstevníků. Na jedné straně tak sice dostaneme důležitou informaci, jak je na tom klient ve standardizované situaci (tzn. za stejných podmínek) ve srovnání s mainstreamovou populací, na straně druhé však případné selhání nemusí být důsledkem absence určité schopnosti či dovednosti, nýbrž klientovi pouze nevyhovuje způsob, jakým danou dovednost zjišťujeme. Neznamená to, že tuto dovednost nemá, pouze ji nedokáže prokázat určitým způsobem. Typickým příkladem jsou časově limitované úlohy náročné na jemnou motoriku (to, že klient nesloží kostky v časovém limitu, ještě neznamená, že nemá dobře rozvinutou prostorovou představivost). Někdy je třeba upravit testový materiál (zvětšit pomůcky apod.), rozdělit vyšetření na více sezení apod. Všechny odchylky od standardizované administrace je třeba pečlivě popsat ve zprávě z vyšetření, včetně důsledků a doporučení týkajících se praktického života.

Výsledek testu nesmíme chápat rigidně jako jedno konečné číslo. Je třeba počítat s reliabilitou každého konkrétního testu, intervalem spolehlivosti a dalšími statistickými ukazateli. Je proto lepší výsledek diagnostického testu hodnotit pomocí určitého rozmezí (pásmo) než pouze pomocí jednoho výsledného čísla. Jak již bylo řečeno, kromě kvantitativní interpretace je dále nezbytná interpretace kvalitativní, tzn. rozbor dílčích výsledků a z nich vytvořený „kognitivní profil“ (struktura schopností a dovedností). Stejný konečný výsledek totiž může být syntézou naprosto odlišných dílčích hodnot.

3.2.1 WECHSLEROVA INTELIGENČNÍ ŠKÁLA

Mezi nástroje používané ke stanovení intelektových schopností i v rámci kariérového poradenství patří komplexní diagnostické baterie, tj. soubory různorodých úkolů. Jedním z nejčastěji používaných testů je Wechslerova inteligenční škála (WISC-III) určená pro děti ve věkovém rozmezí 6–16 let. Skládá se celkem ze 13 subtestů, pro stanovení inteligenčního kvocientu by jich mělo být administrováno alespoň deset. Zbylé úkoly se používají pro výpočet hodnot tzv. indexových skóre.

Subtesty Wechslerovy škály lze rozdělit na verbální a názorové. Především s těmi názorovými mohou mít klienti s tělesným postižením problém, protože mnoho z nich vyžaduje manipulaci s drobným materiálem a jsou časově limitované. Obecně je třeba při interpretaci výsledků vzít v úvahu, který z výkonů je více závislý na učení, který na kvalitě pozornosti, který je ovlivněn pohybovými dovednostmi atd.

Je taktéž nutné si uvědomit, že klient přicházející do kariérového poradenství se blíží horní hranici věkové normy, pro kterou byl test standardizován (např. u klientů s odkladem školní docházky, po opakování ročníku atd.). Musíme tedy pečlivě zvážit, zda je daný nástroj v tomto případě vhodný, či zda raději použijeme jinou testovou baterii.

Pokud vyšetřujeme klienta staršího, můžeme použít Wechslerovu inteligenční škálu pro dospělé WAIS-III. Test lze použít u probandů starších 16 let. Jeho struktura je velmi podobná jako u testu WISC-III, baterie navíc obsahuje subtest Matrice, celkem má tedy 14 subtestů. Ke stanovení celkového IQ by mělo být administrováno 11 subtestů, zbylé opět potřebujeme pro výpočet indexových skóre.

Doba vyšetření Wechslerovou baterií se udává na 50–70 minut u WISC-III, 60–90 minut u WAIS-III. V praxi je však vhodné počítat s delší dobou. Klienti s tělesným postižením (a nejen oni) mají obvykle pomalejší pracovní tempo. Někteří klienti mohou být úzkostní, pomaleji se adaptují na nové prostředí atd. Všechno toto jsou cenné diagnostické poznatky. Navíc pokud nám nejde jen o mechanické standardizované zadání, ale snažíme se získat další diagnostické informace (např. zda by pomohla změna instrukce, delší časový limit nebo pokud požadujeme zdůvodnění nějakého řešení apod.), doba administrace se logicky prodlužuje.

3.2.2 STANFORD-BINETŮV TEST, IV. REVIZE

Jedná se o další individuálně administrovanou komplexní baterii s dlouhodobou historií. Poprvé byl test publikován již v r. 1905. V současné době se používají IV. a V. revize testu, v poradenských zařízeních se nejčastěji setkáme se čtvrtou revizí. Pro diagnostiku kariérového poradenství se však tento nástroj obvykle nepoužívá, maximálně jako doplňkový. Vzhledem k široké rozšířenosti ve školských poradenských zařízeních však považujeme za užitečné se o něm zmínit.

Testová baterie se skládá z 15 různorodých úkolů seskupených do čtyř větších skupin (verbální myšlení, abstraktně-vizuální myšlení, kvantitativní myšlení, krátkodobá paměť). Ne všechny subtesty lze použít pro všechny věkové skupiny, celé věkové rozpětí pokrývá pouze šest subtestů.

Výhodou testu je široké věkové rozpětí norem, zahrnuje populaci od 2 let do dospělosti (v praxi spíše od 3 let). Střídají se různé typy úkolů, takže lze dítě udržet aktivizované, navíc jsou úkoly pro děti obvykle zábavné. Předností testu také je, že lze použít subtesty jen určitého kognitivního modulu, samozřejmě je ale třeba tomu přizpůsobit interpretaci. Nevýhodou jsou zastaralé normy, které jsou v současnosti považované za nadhodnocené (zhruba o 10–15 bodů), test je třeba interpretovat s jistou opatrností. V nejmladší věkové skupině je zařazeno poměrně málo úkolů, metoda tedy není dostatečně spolehlivá k diagnostice lehkých a středně těžkých poruch intelektu. Je také nutno si uvědomit, že mnoho úkolů je vázáno na obrázkový materiál, výsledky tedy mohou být hůře vypovídající u dětí s poruchami zraku.

Při zadávání úkolů je důležité zvolit správnou vstupní úroveň. Nemusíme začínat vždy první položkou, ale dle věku a předpokládaných schopností dítěte můžeme začít na obtížnější úrovni. U většiny dětí bez handicapu obvykle začínáme na úrovni těsně pod hranicí chronologického věku, u dětí s odlišným vývojem a různými zdravotními problémy musíme vstupní úroveň odhadnout na základě informací, které máme k dispozici (anamnéza, pozorování, předchozí zprávy apod.).

Administrace trvá v závislosti na počtu použitých subtestů. Při využití všech možných úkolů by neměla přesáhnout 90 minut. Použití zkrácené verze, která zahrnuje čtyři subtesty, trvá průměrně 30–40 minut.

3.2.3 IST

U dětí končících základní školu se často jako metoda měření intelektu používá Test struktury inteligence (IST). Jedná se o jeden z mála komplexních inteligenčních testů, které jsou určeny pro skupinové využití (avšak lze samozřejmě administrovat i individuálně), jde o test typu tužka-papír.

Metoda je určena pro klienty od 13 let, v praxi je vhodné používat ji spíše u klientů s průměrným a nadprůměrným intelektem. Kromě hodnocení celkového rozumového nadání umožňují výsledky analyzovat i profil klienta. Získáme informace o jeho verbálních, názorových, početních a paměťových schopnostech, můžeme využít i doplňkový test všeobecných znalostí. Administrace základního modulu trvá 90 minut, doplňkový subtest znalostí dalších 10 minut.

Výsledek testu je ovlivněn školním vzděláním a sociokulturním zázemím dítěte. Vzhledem ke své citlivosti vůči školním dovednostem je tedy vhodný k měření předpokladů školního úspěchu, na druhé straně se příliš nehodí pro použití u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Obtížný může být kvůli svému charakteru tužka-papír pro děti s většími obtížemi v grafomotorice, nevhodné je užití u dětí se zrakovým postižením. Naopak může vyhovovat klientům s problémy v sociální interakci, protože je zde kontakt s examínátorem méně intenzivní než při jiných diagnostických metodách.

3.2.4 TESTY KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ WOODCOCK-JOHNSON IV

Jedná se v českém prostředí o relativně novou metodu, která se do poradenských zařízení dostala až po r. 2000. Jde o ucelený systém úkolů, z kterých vyšetřující vybírá ty, které potřebuje pro zjištění určitých skutečností. Administrace je individuální. Uplatňuje se proto nejen ve školní praxi, ale i v poradenství, klinické psychologii, výzkumu apod.

Baterie W-J obsahuje celkem 18 různých testů, z nichž některé mají další dva nebo tři subtesty. Jedná se tedy v současnosti o nejrozsáhlejší metodu pro měření intelektových schopností v České republice. Položky v jednotlivých úkolech jsou řazeny dle vzrůstající obtížnosti, proband nemusí splnit všechny, ale lze začít až

od vyšší úrovně. Stejně tak jsou přesně stanovena pravidla ukončení úkolu tak, aby klient nemusel plnit všechny položky. Doba testování se tak zkracuje na nezbytné minimum a zároveň se předchází frustraci žáka z neúspěchu.

Úkoly 1–10 jsou součástí standardní baterie, vhodné je administrovat prvních sedm jádrových subtestů. Úkoly 11–18 pak představují rozšířenou verzi testu. Administrovat však lze i jen specifické testy související s tím, co je potřeba zjistit. Kombinací testů získáme údaje o konkrétních kognitivních oblastech. Výsledky celkem spolehlivě odhalují silné a slabší stránky klienta a ukazují jeho kognitivní profil.

Testovou baterii lze použít pro klienty ve věkovém rozpětí 5–60 let, minimální doba administrace jádrových testů je 35 minut, zadání každého dalšího úkolu trvá zhruba 5 minut.

3.2.5 RAVENOVY TESTY

Ravenovy testy patří mezi tzv. jednodimenzionální testy inteligence, to znamená, že nám nedají informaci o struktuře intelektu, ale „pouze“ o jeho určité oblasti, v tomto případě o úrovni tzv. fluidní inteligence (o schopnosti analogického myšlení a schopnostech více závislých na vrozených dispozicích). Základním předpokladem pro nalezení správného řešení je pochopení vztahů mezi prvky matice. Podněty jsou prezentované vizuálně, výsledek tedy může být zkrácený u klientů se zrakovým postižením, důležitá je samozřejmě i kvalita pozornosti. Pokud je některá z těchto oblastí deficitní, odrážíjí výsledky testu spíše poruchu pozornosti a oslabenou zrakovou percepci. V případě, že je test administrován individuálně, lze probanda požádat o zdůvodnění určitého řešení, abychom pochopili, jakým způsobem uvažuje a řeší dané úlohy.

Výhodami Ravenových testů jsou snadná administrace a vyhodnocení, malá časová náročnost (vyplnění trvá obvykle do 45 minut) a nezávislost na sociokulturním prostředí dítěte. Testy jsou neverbální povahy. Lze je zadávat skupinově.

Existují tři verze Ravenových matic: Barevná verze pro děti, Standardní progresivní verze a Progresivní matice pro pokročilé. Verze pro děti má normy od 5 do 11 let, přičemž stávající normy považujeme v dnešní době za značně nadhodnocené. V oblasti kariérového poradenství tuto verzi obvykle nepoužíváme, lepší je využití standardní verze. Ta se skládá z pěti oddílů po 12 položkách a lze ji využít u skupiny probandů ve věkovém rozpětí 8–60 let. Doba snímání testu není stanovena, ale dle zkušeností trvá vyplnění 30–45 minut. Matice pro pokročilé se v poradenské praxi nevyužívají.

Vzhledem k tomu, že test je již starší a nepodává komplexní informaci o struktuře inteligence, je vhodnější použít jej pouze jako doplňkový. Úkoly tohoto typu bývají i součástí komplexních diagnostických baterií, např. WAIS-III.

3.3 Diagnostika osobnostních vlastností

Vyšetření osobnostních vlastností potřebných pro výkon určitého povolání by mělo být samozřejmou součástí kariérového poradenství. Nejprve je nutné si uvědomit, jaké vlastnosti jsou vůbec pro vybranou profesi nezbytné. Některá povolání již explicitně určité vlastnosti vyžadují (např. komunikativnost u obchodního zástupce), u jiných profesí nejsou požadavky na osobnostní vlastnosti přesně stanoveny.

Musíme tedy vzít v úvahu všechny údaje. Nestačí mít jen dobrý prospěch a intelektové předpoklady, je třeba také dobře promyslet pravděpodobnou úspěšnost a předpokládané zvládnutí nároků jak při studiu, tak především při praktickém výkonu povolání. Ten bude totiž trvat mnohem delší dobu než školní příprava.

Obecně je zapotřebí mít rozvinuté určité pracovní vlastnosti a smysl pro zodpovědnost. Je vhodné zvážit např. to, zda je daný uchazeč schopen týmové práce, respektuje autoritu, reaguje adekvátně na úspěch a neúspěch, dokáže akceptovat komplimenty a kritiku, dokáže dostát stanovenému pracovnímu tempu, zvládne pracovat pod časovým tlakem, umí požádat o pomoc, zda je samostatný či nakolik potřebuje dohled a přesné instrukce, zda si dokáže zorganizovat vlastní činnost, zvládne provádět více činností najednou, je či není přecitlivělý na určité druhy podnětů, nakolik je empatický, pečlivý, svědomitý, perfekcionista apod.

3.3.1 DOTAZNÍKY

Při popisu osobnosti vycházíme z jejich vnějších projevů. Z pozorovaných projevů vyvozujeme závěr o přímo nepozorovatelných rysech, vlastnostech a charakteristikách. Ve školní poradenské praxi se nejčastěji využívají různé dotazníky. Dotazníky jsou jedno- či vícedimenzionální podle toho, zda hodnotíme jednu konkrétní vlastnost, nebo více vlastností najednou. Dotazník je založen na subjektivní výpovědi klienta, avšak existují i metody, kdy chování klienta hodnotí jiný pozorovatel (nejčastěji v tomto případě rodič či pedagog).

Dotazníky mají různou formu. Obvykle bývají formulovány jako otázky, na které klient odpovídá ano-ne, případně nevim, přičemž škála ano-ne může mít více stupňů (spíše ano, většinou ano apod.). Je důležité zmínit, že v tomto případě nejsou správné nebo špatné odpovědi. Každý jedinec je jiný, svébytný a různé odpovědi jsou tak zcela v pořádku. Toto je dobré na počátku testování zmínit, protože někteří klienti jsou nervózní a obávají se neúspěchu.

Kromě otázek s formou odpovědi na škále ano-ne mohou mít tyto diagnostické nástroje formu oznamovací věty, s kterou klient buď souhlasí, anebo ne (potom nehovoříme o dotazníku, ale o tzv. inventáři). Jiné formy dotazníků zase zahrnují volbu z několika možností (dvou či více), přičemž se klient musí rozhodnout pro tu z nich, která je mu nejbližší.

Testovaná osoba samozřejmě může mít tendenci výsledky záměrně zkreslit, aby se jevila tak, jak by ráda (sociálně žádoucnější). Za tímto účelem má větší na dotazníků zkonstruovanou tzv. lži-škálu, která by tuto tendenci měla odhalit. Některé dotazníky ji však nemají, je proto třeba tuto skutečnost znát a při interpretaci ji vzít v úvahu. Dalším úskalím dotazníků je subjektivnost odpovědi probanda; dotazníky totiž nehodnotí, jaký jedinec doopravdy je, ale jak se vidí, nebo dokonce jak by se vidět chtěl. Je proto vhodné získané výsledky porovnat s ostatními údaji (výsledky dalších testů, pozorováním, anamnézou atd.) a brát je pouze jako jeden ze střípků komplexní mozaiky o klientovi.

Použití dotazníkových metod předpokládá, že testovaný jedinec umí dobře číst a psát a zejména porozumět otázkám, že umí zformulovat odpověď a je schopen alespoň jisté míry introspekce. Proto není vhodné jejich využití u klientů s těžšími poruchami učení nebo se sníženými intelektovými schopnostmi. Problematiké může být využití u jedinců, kteří mají kromě tělesného postižení nebo onemocnění i problémy zrakové, poruchy pozornosti (je u nich riziko, že odpovědi zaznamenají k jiným položkám), dále u jedinců s narušenou jemnou motorikou rukou nebo pomalým psychomotorickým tempem.

V poradenské praxi lze využít např. B-JEPI (Eysenckův osobnostní dotazník). Tvoří jej celkem 78 položek a je standardizován pro věkové rozpětí 9–14 let.

Měří následující dimenze:

- ▶ škála E (extraverze–introverze) – družnost, společenskost, přátelskost, hořovnost;
- ▶ škála N (labilita, neuroticismus) – úzkostlivost, utrápenost, starostlivost, sklony k depresi, psychosomatické potíže, poruchy spánku;
- ▶ škála P (psychoticismus) – samotářství, lhostejnost ke druhým, malá míra adaptace, nedostatek empatie, hostilita, agresivita, necitlivost k lidem i zvířatům, absence pocitů viny, ztížená socializace;
- ▶ škála L (škála lži) – je mírou deziderability, snahy jevit se v lepším světle.

Lze jej snímat skupinově i individuálně. Časový limit není určen, ale obvyklá délka administrace nepřekročí 20 minut. Proband u jednotlivých otázek pouze zakroužkuje odpověď „ano“ nebo „ne“. Při vyhodnocování testu je nutné určit počet skórovaných odpovědí vztahujících se k jednotlivým výše uvedeným dimenzím.

DOPEN (vychází z Eysenckových závěrů) obsahuje 86 otázek vztahujících se k postojům, názorům, chování a prožívání, na které proband odpovídá „ano“ nebo „ne“, podle toho, které tvrzení jej lépe vystihuje.

Je vhodný pro středoškoláky a je cílen na mapování tří osobnostních dimenzí – extraverze/introverze, neuroticismus, psychoticismus.

Psychoticismus – hodnota tohoto skóru vypovídá o míře schopnosti začlenit se do společnosti. Pokud je skóre probanda vysoký, má problém s přizpůsobením se okolí, je nepřátelský, směřuje ke konfliktům, nerespektuje autority a dodržuje

svá vlastní pravidla. Pokud je skóre naopak nízký, osoba probanda je přizpůsobivá, snadno se podřídí společenským normám, pravidlům, je konformní.

Neuroticismus – hodnoty této dimenze vypovídají o emocionální vyrovnanosti. Pokud jsou skóre probanda vysoké, značí emocionální nevyrovnanost, osoba je značně citlivá na emoční výkyvy a snadno se dostává do emočního stresu. Oproti tomu jedinci, jež stresové situace z rovnováhy jen tak lehce nevyvedou, skórují v této dimenzi poměrně nízko.

Extraverze – vysoké skóre poukazují na extravertní osobnost, která snadno reaguje na osoby ve svém okolí, komunikuje, pohotově reaguje a má zájem na interakci s okolím. Nízké skóre jsou typické pro introvertní osobnost, takový člověk je zaměřen spíše do svého nitra, je hloubavý, nevyhledává tolik lidských kontaktů jako extrovert, prioritou je pro něj jeho vnitřní svět.

Čtvrtou oblastí, kterou dotazník zjišťuje, je lži-skór.

Lži-skór – jeho hodnota orientačně určuje validitu testu, ale vždy je nutné sledovat i hodnoty ostatních tří dimenzí. Například vysoká hodnota lži-skóru, ale zároveň vysoká hodnota neuroticismu a nízká hodnota psychoticismu nemusejí nutně znamenat vědomé lhaní probanda.

Komplexnější obraz osobnosti přináší např. Catellův Osobnostní dotazník pro mládež HSPQ, vyhrazený klientům ve věku 13–17 let. Test je určen pro individuální i skupinové použití. Je vhodný pro dospívající ve věku 12 až 18 let (normy v ČR jsou oproti původnímu věkovému rozpětí upraveny o rok). Možnosti využití jsou velmi široké. Metoda získala své místo v základním výzkumu osobnosti, v aplikovaném výzkumu i v praktické psychologické diagnostice. Slouží jako základní komponent baterií pro výběr povolání a plánování osobního rozvoje, při klinickém rozhodování a predikování vzorců chování v životě, v rodinném poradenství, školské psychologii a rovněž při práci s mladistvými delikventy. Osobnostní dotazník HSPQ patří mezi vícedimenzionální dotazníky, které jsou orientovány na zjištění více dimenzí osobnosti. Vychází z předpokladů, že odpovědi získané otázkami na citové prožitky, zájmy, chování a názory probandů mohou být indikátory relativně stálých vlastností osobnosti. Dotazník měří 17 osobnostních rysů, z toho 14 faktorů prvního řádu a 3 faktory druhého řádu. Faktory jsou vymezeny polárně, pól (+) označuje vlastnosti osobnosti, které získaly vysoký skór na příslušné stupnici, pól (–) ty vlastnosti, které získaly nízký skór. Podrobný popis jednotlivých faktorů je uveden v příručce.

Používá se i Mikšíkem vytvořený dotazník SPARO. K jeho administraci je možné použít metodu tužka–papír nebo počítačový program. Nezbytností je zadání základních údajů – jména, data narození a pohlaví probanda, data vyšetření. Doba administrace pak není časově omezena, orientační čas na vyplnění je 60 minut. Při zadání je vhodné testované osoby seznámit s obecnými principy osobnostních dotazníků, smyslem a způsobem práce s nimi – v případě dotazníku SPARO jde o vyjadřování souhlasu nebo nesouhlasu s uvedeným zněním výroku. Dotazník má celkem 300 tvrzení.

Užitečné mohou být také metody na zhodnocení úzkostných tendencí klienta, např. KSAT, ŠAD, CDI, či další dotazníky, které se zaměřují na sebezpojetí školní úspěšnosti.

Využívá se i dotazník SPAS, který poskytuje informace o postoji dítěte k vlastnímu školnímu výkonu. Obsahuje 48 položek rozdělených do 6 škál (obecné schopnosti, matematika, čtení, pravopis, psaní, sebedůvěra). Umožňuje řešit problematiku školního prospěchu a adaptace na školu. SPAS je užitečný u dětí, které mají nějaké školní problémy, to znamená u dětí celkově neprospívajících, u dětí se specifickými školními poruchami, jako jsou dyslexie či ADHD, a u dětí s poruchou adaptace na školu. Je vhodné ho použít i u dětí, jejichž problémy zdánlivě se školou přímo nesouvisejí, ale podrobnějším vyšetřením zjistíme, že škola zde přece jen hraje významnou úlohu (např. dítě s tělesnými potížemi, jako jsou bolesti břicha nebo hlavy, které má sice dobrý prospěch, ale trvalou úzkost, že si svoje známky neudrží). Používá se individuálně i skupinově a doba administrace je 15 minut.

Na trhu existují i metody vytvořené primárně za účelem zjištění těch charakteristik osobnosti, které jsou potřeba v pracovním životě, např. Bochumský inventář profesních charakteristik osobnosti BIP, Dotazník motivace k výkonu LMI atd.

■ Z praxe

Dlouhodobý klient SPC byl vyšetřen na školním pracovišti v rámci profesního poradenství. Na základě dotazníkového šetření (zájmového dotazníku) byly doporučeny pracovní oblasti: vzdělávání, školství, poradenství, zdravotnictví, management a prodej, oblast obchodu. Jednalo se o celkem široký záběr možných profesí (doporučován byl např. delegát cestovní kanceláře). Při jejich zvažování ale bylo třeba brát v úvahu další faktory – chlapec má menší sebedůvěru, obtížněji zvládá stresové situace, přetrvává u něj vada řeči (zadrhávání) a vlivem zdravotního stavu má nerušenou stabilitu a koordinaci chůze. Chlapec sám měl již v té době zájem o studium obchodní akademie, úspěšně vykonal přijímací zkoušky a byl přijat.

3.3.2 PROJEKTIVNÍ METODY

Na vlastnosti osobnosti můžeme usuzovat také pomocí různých projektivních metod, které tvoří svébytnou kategorii diagnostických postupů. Jedná se o metody, jež se snaží poznat jedince v celé jeho šíři a komplexnosti. Jejich podstata spočívá v konfrontování klienta s nějakou podnětovou situací, která je obvykle neurčitá, nejednoznačná, málo strukturovaná a na kterou klient odpovídá podle smyslu a subjektivní důležitosti, kterou pro něj tato situace má. Základ projekční techniky spočívá v tom, že nestrukturovaný podnět u testované osoby vyvolává různé reakce, jimiž tato osoba vyjadřuje dojmy ze svého vlastního vnitřního světa a projevuje svoji osobnost.

Odpovědi testovaných jedinců jsou samozřejmě různorodé a zcela jedinečné, což znemožňuje jednotné skórování, a jejich vyhodnocení nelze provést pomocí

psychometrických postupů. Interpretace těchto metod velmi závisí na zkušenosti psychologa, mnohé metody lze dokonce používat až po složení atestace z klinické psychologie a ve školní poradenské praxi je tudíž jejich využití minimální.

Ani ve škole a školním poradenském zařízení však není třeba se projektivních metod vzdávat, jen je nutno si uvědomit vlastní kompetence a meze. Získané výsledky bychom měli v diagnostickém procesu využívat především k získávání hypotéz, které pak v případě potřeby musí být ověřeny objektivnějšími metodami. Projektivní techniky mají samozřejmě i svůj terapeutický potenciál.

Projektivní metody dělíme na verbální, grafické a manipulační. Mezi verbální metody patří např. slovní asociační experiment, nedokončené věty, metoda Tři přání apod. Nejznámější a nejpoužívanější grafickou metodou je Test kresby lidské postavy, který je součástí snad každého psychologického vyšetření. Dále je často používán např. Test kresby stromu, Kresba začarované rodiny, Test hvězd a vln a další. Je nutné si uvědomit, že v kresbě se odrážejí jak další psychické a kognitivní procesy, tak i úroveň motorických schopností, senzomotorické koordinace, vizuální percepce apod.

Mezi manipulační projektivní metody patří takové činnosti, při nichž proband manipuluje s konkrétním materiálem, staví jej a něco z něj vytváří, případně jej vybírá a řadí dle různých preferencí. K manipulačním projektivním metodám patří např. Lüscherova klinická diagnostika, Scénotest, Test světa apod. Manipulační projektivní metody se v rámci kariérového poradenství uplatňují minimálně.

3.4 Diagnostika zájmů a preferencí

Do procesu kariérového poradenství nepochybně patří zhodnocení zájmů a preferencí klienta. Zájem a motivace k výkonu konkrétního povolání je jednou z klíčových složek, která ovlivní konečné rozhodnutí. Pozitivní postoj k vybranému studijnímu oboru a následnému povolání má vliv na studijní prospěch, volní vlastnosti, vytrvalost a celkovou úspěšnost. Podílí se také na všeobecné spokojenosti klienta, a tím ovlivňuje vlastně celý jeho život. Je proto vhodné k zájmům dítěte přihlížet v co nejvyšší možné míře, pokud jsou tyto zájmy a preference reálné.

Metody pro zjišťování zájmů mají různou podobu. Může se jednat o různé formy dotazníků, ať už s typem odpovědi ano–ne, nebo s nucenou volbou odpovědi (výběrem z několika variant). Mezi metody s nucenou volbou odpovědi patří např. Test profesních zájmů BIT, který je vhodný pro žáky od 14 let a může být použit skupinově i individuálně. Pokud je testování skupinové, je vhodné použít rozdílné verze, aby od sebe žáci neopisovali. Dotazník má dvě různé verze a diferencují se ve způsobu přemýšlení o vlastních zájmech a přednostech. První verze se dá nazvat jako cestování po 81 křižovatkách. Na každé křižovatce jsou 4 políčka s rozdílnými aktivitami. Žák vždy označuje jednu jako nejzajímavější a jednu

jako nejméně zajímavou. Toto testování nutí žáky vždy k volbě odpovědi. Druhá varianta obsahuje také 81 aktivit, které jsou řazeny do seznamu a žáci se k jednotlivým aktivitám vyjadřují na pětibodové škále, přičemž odpověď se pohybuje od hodnocení velmi rád(a) až po velmi nerad(a). Je možno při testování použít obě varianty, nebo vybrat jednu v závislosti na okolnostech. Výsledky jsou převáděny na percentily a zaznamenávají projevy zájmů v různých oblastech, jako je například technická zdatnost, umělecká zdatnost, potravinářství, obchodnická povolání, úřednická povolání, sociální péče a výchova a další.

Jako podporu lze využít i dotazník volby povolání a plánování profesní kariéry. Jedná se o sebeposuzovací dotazník volby povolání a plánování profesní kariéry s cílem pomoci s výběrem povolání na základě toho, jaké činnosti žák preferuje, jaké má schopnosti, jaká povolání jsou mu sympatická a jak odhaduje úroveň svých schopností a znalostí v porovnání se svými vrstevníky. Nástroj dále nabízí možnost hlubšího vyhodnocení prostřednictvím grafického profilu a seznamu otázek zjišťujících, nakolik si je testovaná osoba svou volbou jistá a co by jí mohlo eventuálně rozhodnutí ještě ztížit. Dotazník tedy má své praktické využití ve fázi rozhodování žáků o volbě dalšího vzdělávání navazujícího na povinnou školní docházku a v oblasti dlouhodoběji koncipované profesní orientace žáků. Mohou ho využít také starší studenti hledající směr svého dalšího studia. Základní myšlenka je taková, že existuje 6 různých typů osobnosti a každému osobnostnímu typu odpovídá skupina povolání, která danou osobnost v zásadě zajímají a odpovídají jejím schopnostem. Vhodná volba povolání logicky vede k vyšší pracovní spokojenosti. Dotazník je proto tvořen 6 škálami představujícími jednotlivé osobnostní typy: (R) realistický, (I) investigativní/vědecký, (A) umělecký, (S) sociální, (E) podnikavý a (C) konformní. Tyto osobnostní typy jsou uspořádány do hexagonálního modelu a ke každému je přiřazena odpovídající skupina pracovních činností: (R) řemeslně-technické, (I) vědecko-výzkumné, (A) umělecko-tvořivé, (S) vychovávající a pečující, (E) vůdčí a prodávající a (C) uspořádávající a spravující. Zmiňovaný hexagonální model vyjadřuje míru shody osobnostních rysů se skupinami pracovních činností – čím kratší je vzdálenost mezi osobnostním typem a skupinou pracovních činností, tím bližší je jejich vztah, a tedy i vhodnost práce v určité oblasti pro konkrétní testovanou osobu. K administraci je potřeba dotazník, dále arch sloužící k vyhodnocení výsledků a tužka.

Dalším využitelným dotazníkem ve školní poradenské praxi je Test struktury zájmů AIST-R. Jeho revidovaná verze byla vytvořena pro účely kariérového poradenství, které je poskytováno dětem a mládeži školního věku. Je však všeobecně použitelná i pro adolescenty a dospělou populaci. Cílem použití testu je usnadnit profesní orientaci žákům zejména základních a středních škol, vést je k sebepoznávání vlastních dovedností, zájmů a osobnostních předpokladů a současně jim poskytnout široké spektrum informací o možnostech jejich profesního uplatnění v řadě relevantních povolání, která korespondují s aktuální strukturou jejich profesních zájmů. Test je založen na Hollandově hexagonálním modelu profesí

a osobnostních typů. Jeho součástí je šest základních typů orientovaných na určitý životní styl:

- ▶ Osobnost s motorickou (manuální či manuálně technickou) životní orientací (Realistický typ – R).
- ▶ Osobnost s investigativní či vědeckou životní orientací (Investigativní typ – I).
- ▶ Osobnost s uměleckou životní orientací (Umělecký typ – A).
- ▶ Osobnost se sociální životní orientací (Sociální typ – S).
- ▶ Osobnost s podnikavou životní orientací (Podnikavý typ – E).
- ▶ Osobnost s konformní životní orientací (Konvenční typ – C).

Výsledky testu jsou prezentovány v grafické a slovní podobě a jejich součástí je i doporučení vhodných povolání.

Využívány jsou i obrázkové testy zájmů, kdy klient řadí obrázky dle svých preferencí nebo do různých skupin dle definovaných kritérií. Mezi ně patří Obrázkový test profesní orientace (OTPO), který je zaměřen na profesní či studijní orientaci žáků základních a středních škol. Obsahuje pro účely skupinové administrace testový sešit se 114 různými profesemi (resp. 114 karet umožňujících individuální administraci a explorační rozhovor). Vykazuje v mnoha směrech charakteristiky dotazníkové metody, ale současně překonává řadu omezení, která tuto diagnostickou metodu provázejí. Test je schopen poměrně stabilně diagnostikovat individuální profesní zaměření žáka a orientovat ho na skupinu velmi podobných povolání, která se nacházejí v příbuzné vertikální a horizontální profesní oblasti. Vcelku je použití OTPO možné chápat jako jeden z významných, ale stále jen dílčích zdrojů informací, které jsou schopny diagnosticky zachytit základní profesní či studijní orientaci žáků. Součástí obrázkového testu je nejen diagnostický test, ale i soubor didaktických her, jejichž cílem je konfrontovat aktuální aspirace žáků s komplexem mnoha požadavků, nároků a podmínek, které jsou s výkonem určité skupiny profesí nutně spojeny a které mají přímý vztah k volbě povolání a orientační analýze profesního zaměření mnoha oborů vyskytujících se na současném trhu práce. Svou platnost má didaktická část testu zejména u žáků, kteří nevykazují výrazné profesní zaměření v žádné ze sledovaných oblastí.

S obrázkovým testem profesní orientace mohou pracovat nejen psychologové v ŠPZ, ale zejména výchovní poradci, školní psychologové a učitelé na 2. stupni základní školy, například v rámci orientačního vyšetření žáků při jejich první směrové volbě v 7. a 8. ročníku ZŠ. Získané výsledky mohou pomoci všem uvedeným skupinám odborných pracovníků nejen při diagnostice profesní orientace žáků ve vyšších ročnících 2. stupně základní školy, ale i při získávání informací o individuálních rozdílech žáků v jejich v motivačních a zájmových dispozicích.

V poradenské praxi není možné spoléhat jen na testové metody. Stejně jako u zjišťování informací z dalších oblastí je i v tomto případě nenahraditelný rozhovor s klientem a ostatní klinické postupy.

3.5 Diagnostika motorických dovedností

Posouzení motorických schopností a dovedností je u klientů s tělesným postižením klíčové. Jejich zhodnocení neleží pouze na bedrech poradenského psychologa či speciálního pedagoga, ale důležité bývá především vyjádření odborného lékaře.

Existuje mnoho metod na zhodnocení úrovně motorických schopností, rychlosti a přesnosti, senzomotorické koordinace, např. Loeweho pyramida, Soeweho kostka, Tvarový skládací test, Test ohýbání drátu apod., v poradenských zařízeních se však obvykle nevyužívají. Pro zhodnocení motorických schopností a identifikace motorických obtíží je ale k dispozici např. Test motoriky pro děti, relativně nová metoda, vydaná na českém trhu v r. 2014. Jedná se o standardizovanou zkoušku motoriky pro děti od 3 do 16 let. Test zahrnuje dva diagnostické přístupy – jednak kvantitativní zhodnocení výkonu v pohybových úlohách, které je vztaženo k věkovým normám, jednak kvalitativní vyhodnocení způsobu provedení jednotlivých úkolů. Test obsahuje tři věkové verze: 3–6 let, 7–10 let a 11–16 let, každá z nich má osm položek. Položky hodnotí jednu ze tří oblastí – manuální dovednost (tj. jemnou motoriku), hrubou motoriku a rovnováhu. Společné vyhodnocení položek ukáže celkovou úroveň motoriky.

Informace o motorických dovednostech klienta dále získáváme jeho pozorováním při školní práci, při psaní, rýsování, pracovních činnostech apod., dále rozhovorem s rodiči a pedagogy, rozbořem prací jedince, případně anamnestickými údaji.

3.6 Diagnostika dalších dílčích schopností a dovedností

Pro výkon mnoha profesí a povolání jsou potřebné i další schopnosti a dovednosti, které nelze dostatečně přesně posoudit v rámci vyšetření inteligence, zájmů, motoriky aj. Někdy na jejich úroveň nelze usuzovat ani ze školního prospěchu. Jedná se např. o sociální inteligenci a interpersonální dovednosti, výtvarné a hudební nadání, fantazii a kreativitu. Ačkoli existují specializované diagnostické metody i pro tyto oblasti, získáváme tyto údaje obvykle klinickými metodami – pozorováním, rozhovorem, anamnézou, rozbořem prací klienta. Jejich získání a interpretace závisí především na zkušenostech a erudici vyšetřujícího..

SOUHRN

Třetí kapitola se zabývá jak diagnostikou ve škole a ve školním poradenském pracovišti, tak podrobnějším popisem diagnostických metod, které jsou používány v kariérovém poradenství ve školském poradenském zařízení (ŠPZ). Metodika je sice primárně určená výchovným a kariérovým poradcům, kteří všechny testové metody popsané v kapitole nepoužívají, ale je vhodná i pro pracovníky zabývající se kariérovým poradenstvím v ŠPZ. Právě pro odborné pracovníky ŠPZ by mohl být výčet metod využitelnou pomocí. Pro pracovníky školního poradenského pracoviště bude mít spíše informativní charakter.

4 Kariérové poradenství pro žáky s tělesným postižením ve škole

— Karla Adámková, Jitka Shánělová,
Petra Průchová, Dušana Chrzová —

Profesní přípravu je možné podle Zámečnickové (in Opatřilová a Zámečnicková, 2007) chápat jako pokračování komplexní podpory jedinců s tělesným postižením. Postupně se do popředí speciálního školství dostávají otázky spojené s pracovním uplatněním jedinců se zdravotním postižením, což platí i pro jedince s hybným postižením. Z toho logicky vyplývá, že je nutné zaměřit se na profesní přípravu zdravotně postižených. Odpovídající profesní příprava je cílem k uplatnění absolventa na trhu práce, což vede k dosažení samostatnosti a nezávislosti postiženého jedince. Vhodná forma vzdělávání tak představuje klíč ke vstupu tělesně postiženého jedince do společnosti. V literatuře se setkáváme s pojmem profesní orientace. Období volby povolání, které je vymezováno obdobím volby střední školy, bývá mnohdy obtížné. Oblast volby je často spojená s řadou rozhodnutí a nejistoty. Mnohdy přání budoucího studenta, případně ambice a představy rodičů neodpovídají skutečným schopnostem a předpokladům uchazeče.

Podle online Slovníku cizích slov (www.slovník-cizich-slov.abz.cz) pojem profesní orientace znamená „odborné dlouhodobé i krátkodobé pedagogické, psychologické, lékařské usměrňování a poradenství při volbě a výběru povolání, formování a rozvíjení reálného profesního cíle a příslušných vlastností osobnosti, zejména schopností a dovedností...“.

Cílem kariérového poradenství žáků s tělesným postižením je propojit vzdělávací systém s budoucím profesním uplatněním. Kariérové poradenství by mělo zohledňovat reálné možnosti žáka, požadavky na výkon povolání a možnosti uplatnění na trhu práce. Celoživotní kariérové poradenství může mít podobu

individuálního či skupinového poradenství, setkávání osobního nebo online. V kariérovém poradenství došlo v 90. letech 20. století k významné proměně, kdy se člověk musí umět flexibilně pohybovat na trhu práce a jeho profesní trajektorie se mění podle tržní poptávky. Lidé dnes pracují ve virtuálních týmech, projektově, mají kombinaci dílčích úvazků a častěji mění nejen práci, ale i celou profesi. Cílem je, aby se jedinec s tělesným postižením uměl ve světě práce autonomně orientovat. Aby měl své plány, které si pravidelně vyhodnocuje, neboť cítí, že pracovat se vyplatí a současně je to i cesta, jak se dostat z určité sociální pasti do sociální integrace. Kariérové poradenství je tedy zároveň nástrojem zapojení klienta do společnosti, který se snaží vést žáka s tělesným postižením ke svépomoci, tedy k tomu, aby si sám správně zvolil budoucí povolání na základě svých individuálních možností.

Aby mladý člověk s tělesným postižením obstál na trhu práce, musí se naučit (i přes dopady tělesného postižení) reagovat na aktuální situaci. Jeho cesta k profesi by se měla skládat ze dvou opor, které tvoří nejen tvrdé kompetence (odborné znalosti, zkušenosti), ale i měkké kompetence (např. komunikace, organizační schopnosti aj.).

Obecně lze konstatovat, že žáci s tělesným postižením v období dospívání většinou nemají reálné představy o budoucím povolání. Inklinují k tomu si některá povolání spíše idealizovat, líbí se jim povolání atraktivní a častokrát nedokážou sebekriticky posoudit, jestli mají dostatečné schopnosti (ať už intelektuální, či manuální) vybrané povolání zvládnout. Chybí jim také reálný náhled na to, co obnáší pracovní proces. Atraktivita povolání, která je nadchla, je jen vnější pohled, protože každé povolání přináší i množství méně zajímavých úkolů a úkonů. Nereálné jsou většinou i představy o vlastních možnostech.

Při rozhodování o budoucím povolání hrají u jedinců s tělesným postižením stěžejní roli informace o různých profesích, dosažené školní znalosti, zkušenosti s vlastními výkony v různých oblastech, kvalita sebehodnocení, přání a očekávání rodičů, ale i doporučení školy. Při rozhodování se tedy žák a jeho zákonný zástupce zpravidla zamýšlejí nad tím, co se žák s tělesným postižením na ZŠ naučil, co zažil, na jakých projektech pracoval, do jakých kroužků docházel, jaké zručnosti v oblasti jemné motoriky si vypěstoval, jaké jsou jeho zájmy, co mu šlo.

Kariérové poradenství tedy představuje systém poradenských služeb, jejichž cílem je pomáhat jednotlivcům při rozhodování o profesní a vzdělávací orientaci v kterékoliv fázi jejich života, při ujasňování si vlastních kariérních cílů a v porozumění světu práce. Pod kariérové poradenství zahrnujeme i individuální nebo skupinové poradenství zaměřené na volbu vzdělávací a profesní dráhy, volbu prvního zaměstnání, změnu zaměstnání a návrat do pracovního procesu. Tento komplex představuje služby jak pro jedince, kteří ještě nevstoupili na trh práce, tak pro uchazeče o zaměstnání, kteří si zaměstnání právě hledají, stejně jako pro ty, kteří jsou právě zaměstnání. Na základní škole jsou to aktivity, které mají žákům pomoci ujasnit si vlastní kariérní cíle a porozumět světu práce.

4.1 Role hlavních aktérů podílejících se na kariérovém poradenství žáka

Při výběru povolání se žáci s tělesným postižením či zdravotním oslabením mohou obrátit jednak na specializovaná poradenská zařízení, jednak na své rodiče a dále také na třídního učitele či školní poradenské pracoviště.

Aktivity směřující k volbě povolání by měly procházet celým edukačním procesem a být dlouhodobého charakteru. Jejich výstupem by měla být volba určitého oboru nebo střední školy. Dříve byl užíván pro tyto aktivity termín profesionální orientace, později byl nahrazen termínem profesní orientace. Kariérové poradenství je proces, ve kterém je zapojeno více aktérů, prolínají se v něm různé úrovně, různé aktivity a ovlivňuje ho řada faktorů. Různými úrovněmi přitom rozumíme především školní prostředí, prostředí školského poradenského zařízení, ale také prostředí, ve kterém žák vyrůstá, a prostředí, ve kterém tráví svůj volný čas.

4.1.1 ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

Výběr vhodného směru pro další vzdělávání by měl začít v rodinném prostředí žáka. Rodiče bývají nejvýznamnějším faktorem při rozhodování o dalším vzdělávání či profesi. Mají nejvíce informací o zájmech, schopnostech a možnostech svého dítěte. Ne každý rodič ale dokáže schopnosti svého dítěte objektivně posoudit, sladit je s jeho zájmy, zorientovat se v další vzdělávací nabídce po splnění povinné školní docházky a adekvátně zvolit vhodný obor OU nebo SŠ.

U zákonných zástupců žáků s tělesným postižením to častokrát souvisí s obtížemi, které nastaly po sdělení závažné diagnózy a během následného vyrovnávání se se skutečností, že jejich dítě není předurčeno k tomu, aby naplnilo očekávání, které do něj vkládali. Svoji souvislost to má samozřejmě i s rodinnou hierarchií, výchovnými styly a aspirační úrovní rodičů. V případě, že je aspirační úroveň nízká, dochází obvykle k podcenění schopností dítěte. Naopak rodiče, kteří mají vyšší aspirační úroveň, nutí své dítě do oborů, které jsou nad jeho tělesné možnosti a schopnosti. Volba povolání u žáků s tělesným postižením je výrazně limitována možnostmi výběru. V kariérovém poradenství je podstatná především spolupráce se školou. Významná je podpora rodičů v sebeprosazení a osamostatňování dítěte. Limity dítěte s tělesným postižením mohou vést u rodičů k tendenci udržovat dítě v závislosti na jejich péči, nerozvíjet u něj potřebné sociální ani speciální kompetence. Vždy je ale třeba respektovat individuální odlišnosti rodičů ve vztahu k výchově jejich dítěte.

V praxi se tak často setkáváme s ne zcela realistickou představou rodičů ohledně výběru střední školy, a proto je třeba s těmito rodiči dlouhodobě pracovat, pečlivě promýšlet reálné možnosti žáka s tělesným postižením, podporovat a pomáhat v plánování jeho další individuální cesty světem vzdělávání a povolání. Rodičovské hledisko je vhodné konzultovat s ostatními aktéry, kteří se na výchovně-vzdělávacím procesu podílejí. Tato součinnost by měla začít nejpozději

po nástupu žáka na 2. stupeň ZŠ. Preferovanou formou při poskytování informací zákonným zástupcům o možnostech dalšího studia či volby povolání pro jejich dítě jsou především osobní konzultace. Při řízeném dialogu může příslušný aktér ze strany školy či SPC včas korigovat neadekvátní aspirace zákonných zástupců či identifikovat nevhodnost oboru pro daného žáka (ať už pro jeho náročnost, nebo pro nevhodnost z důvodů dopadů TP do možností žáka tento obor studovat a úspěšně dokončit). Roli sehrává také možnost budoucího profesního uplatnění na trhu práce.

Kromě státem poskytovaných služeb existuje síť organizací neziskového sektoru a asociací, sdružení zřízených z iniciativy rodičů. Rodina má možnost prostřednictvím těchto organizací poznat jiné rodiny se stejným osudem, získat psychickou podporu, popřípadě odborné informace či sociální poradenství.

4.1.2 ŘEDITEL ŠKOLY

Na úrovni školy je za poskytování poradenských služeb zodpovědný ředitel školy. Ten by měl usilovat o kvalitu této služby, popřípadě rozšířit poradenské služby na své škole o novou profesi – kariérového poradce. Ve škole jsou zajišťovány poradenské služby v rozsahu odpovídajícím počtu žáků školy a jejich vzdělávacím potřebám. Do celého procesu kariérového poradenství ředitel vstupuje zejména ve fázi schvalovací (např. schvaluje roční plán práce výchovného, případně i kariérového poradce), koordinační (např. koordinuje harmonogram aktivit profesionální orientace a jejich soulad a provázanost s ročním plánem školy), ale také organizační (organizuje např. kontakt s náborovými pracovníky a řediteli SŠ, domlouvá schůzky, exkurze apod.). Účastní se také různých aktivit v rámci kariérového poradenství. V případě potřeby je spolu s výchovným poradcem v kontaktu s rodiči. Ředitel školy má spolu se svými nejbližšími spolupracovníky významný vliv na klima školy, na její otevřenost, na chování intaktních žáků a zaměstnanců k žákům s tělesným postižením. Základní škola zaujímá při kariérovém poradenství žákům klíčovou úlohu, neboť je s nimi v každodenním kontaktu.

4.1.3 VÝCHOVNÝ PORADCE

Kariérové poradenství ve škole je historicky provázáno s osobou výchovného poradce školy. Výchovný poradce měl vždy kromě standardních činností zaměřených na výchovné a vzdělávací problémy žáků v náplni práce také aktivity zaměřené na volbu budoucího povolání. Úkolem výchovného poradce či kariérového poradce je komunikovat se zákonnými zástupci žáka, spolu s třídním učitelem objektivně popsat schopnosti, zájmy a záliby daného žáka a informovat ho o možnostech jeho další vzdělávací dráhy. Důležitá je přitom i spolupráce s odborným pracovníkem ŠPZ, který se zabývá kariérovým poradenstvím. Pokud je to možné, je vhodné zapojit zákonné zástupce do aktivit kariérového poradenství, při nichž by kromě sdílení informací mohli také pozorovat své dítě při činnostech, které odhalují jeho schopnosti, dovednosti a návyky a jsou indikací pro

adekvátní volbu oboru. Informovanost a zapojení zákonných zástupců jsou nezbytné také při diagnostice studijních předpokladů dítěte (ze strany školy i příslušného poradenského pracoviště).

Výchovný poradce spolu s dalšími aktéry realizují aktivity, které mají pomoci žákům ujasnit si vlastní kariérní cíle a porozumět světu práce, např. workshopy se zaměřením na znalosti o světě práce, na zjišťování informací o trhu práce, na rozvoj dovedností jako sebepoznání či sebe prezentace, se zaměřením na studijně profesní informace, profesní plánování a rozhodování. Mezi doplňující činnosti kariérového poradenství školy patří také organizace dne otevřených dveří, ať už formou návštěvy škol, nebo online za účelem prezentace oborů, obecných informací o škole a oborů vzdělávání, dále prezentační výstavy škol v rámci jednotlivých krajů, burza škol, exkurze na pracovištích, stáže nebo praxe, besedy s odborníky z praxe nebo s bývalými studenty. Cílem kariérového poradenství ve vztahu k žákům s tělesným postižením musí být to, aby sami poznali své schopnosti, dovednosti a limity a aby dokázali využít dostupné informační zdroje, rozhodovat se a plánovat svoji budoucnost. Žáci získávají informace o aktuálních nabídkách jednotlivých škol a oborů formou letáků, prezentací na webových stránkách, z odkazů na internetu či z katalogů škol.

Lze si klást otázky:

- ▶ Jak se v dnešním rychle se měnícím světě má zorientovat žák s tělesným postižením a jak má rozpoznat, kde je jeho místo?
- ▶ Jak má zjistit, co je pro něho vhodnou prací, jaký je jeho potenciál a jaké jsou jeho limity?

V rámci kariérového poradenství ve školách, a to nejen ve vztahu k žákům s tělesným postižením, jsou kladeny nároky na samotnou osobnost poradce. Jsou od něj očekávány takové charakteristiky jako důvěryhodnost či životní zkušenosti. Osobnost výchovného poradce totiž hraje v celém poradenském procesu podstatnou roli. Výchovným poradcem by měl být člověk, který je orientován prosociálně, tedy který dokáže navazovat poměrně snadno sociální kontakty a je citlivý k problémům druhého člověka. V rámci profesní orientace by měl umět reagovat na specifické potřeby žáků s tělesným postižením. Poradenské působení je emocionálně značně náročné. Ne každý případ lze v dlouhodobém horizontu vyřešit optimálně, zpětná vazba nebývá příliš častá. Důležité proto je, aby i poradenští pracovníci ve školách měli přístup ke kvalifikované supervizi a odborným konzultacím, které přispívají k jejich duševní hygieně i profesnímu růstu.

V oblasti kariérového poradenství je i ve vztahu k žákům s tělesným postižením hlavní náplní činnosti zprostředkování informací o možnostech dalšího studia včetně organizace podávání přihlášek na střední školy. K přihlášce mohou být doloženy i další přílohy – rozhodnutí o změně pracovní schopnosti, doklady o úspěších v okresních a krajských kolech olympiád, uzpůsobení podmínek přijímací zkoušky apod. I těmto žákům a jejich rodičům poskytuje výchovný poradce podle potřeby individuální konzultace.

Funkci výchovného poradce obvykle vykonává jeden z pedagogů na částečný úvazek. Předpokladem pro výkon funkce výchovného poradce je dle zákona č. 317/2005 Sb. absolvování studia pro výchovné poradce v rámci programu celoživotního vzdělávání na vysoké škole v délce trvání nejméně 250 vyučovacích hodin. Absolvent získává specializaci v základním oboru zaměřenou na oblast pedagogiky, speciální pedagogiky a psychologie, která je předpokladem pro výkon specializované metodologické činnosti výchovného poradce.

Úkolem výchovného poradce je dle vyhlášky č. 248/2019 Sb. i kariérové poradenství a poradenská pomoc při rozhodování o další vzdělávací a profesní cestě žáků, základní skupinová šetření k volbě povolání, administrace, zpracování a interpretace zájmových dotazníků v rámci vlastní odborné kompetence a analýza preferencí v oblasti volby povolání žáků.

Dále má za úkol vyhledávání a orientační šetření žáků, jejichž vývoj a vzdělávání vyžadují zvláštní pozornost, a přípravu návrhů na další péči o tyto žáky. Dle vyhlášky má výchovný poradce také zajišťovat skupinové návštěvy žáků školy v informačních poradenských střediscích ÚP a poskytovat informace žákům a zákonným zástupcům o možnosti individuálního využití informačních služeb těchto středisek.

Cíle kariérového poradenství:

- ▶ vybavit žáky dostatečnými znalostmi a dovednostmi potřebnými k tomu, aby byli schopni reagovat na výzvy, které přináší současný globalizovaný pracovní trh;
- ▶ poskytnout žákům informace o zdrojích a vybavit je dovednostmi, aby dokázali poradenské služby efektivně využít a pomocí nich se naučili samostatně a zodpovědně rozhodovat;
- ▶ přivést žáky k uvědomění si důležitosti jejich vlastní motivace v souvislosti s volbou povolání, uznávání hodnot a životních postojů jak ve vztahu k vlastní kariéře, tak i ve vztahu ke společnosti.

Mezi hlavní složky kariérového poradenství tedy patří postupné a soustavné poskytování informací žákům i jejich rodičům o hlavních typech a druzích středních škol, o jejich poslání, možnostech a požadavcích studia na nich a o soustavě studijních a učebních oborů, které lze na středních školách studovat. V případě žáka s tělesným postižením je důležité spolupracovat s odborníky ze SPC pro TP, kteří mají odborné zkušenosti. Modifikace obsahu vzdělávání v podobě podpůrných opatření jsou podrobně popsány včetně ilustrativních příkladů v *Katalogu podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu tělesného postižení a závažného onemocnění: dílčí část* (Čadová et al., 2020).

4.1.4 DALŠÍ PRACOVNÍCI ŠKOLNÍHO PORADENSKÉHO PRACOVÍŠTĚ

Proces kariérového poradenství je týmovou záležitostí. Podílejí se na něm všichni, kteří pracují se žákem s tělesným postižením. Na školách týmovou práci

koordinují pracovníci ŠPP. Kromě výchovného poradce a metodiků prevence mezi ně patří i další pracovníci ŠPP – školní speciální pedagog a školní psycholog. Bohužel zatím tito odborní pracovníci nejsou standardem ve stejné míře na všech základních školách.

Psycholog ŠPP ve školách poskytuje metodické intervence pro pedagogické pracovníky školy, věnuje se diagnostice vzdělávacích i výchovných problémů žáků, prevenci školního neúspěchu a v nemalé míře i podpoře sociálního klimatu ve třídách. Jeho činnost je patrná i v oblasti kariérového poradenství. Pomáhá žákům s tělesným postižením mapovat základní otázky v oblasti volby povolání, podporuje úroveň sebereflexe žáka, pomáhá mu při vytváření profesní vize, plánování možného uplatnění a bývá nápomocen při výběru konkrétního oboru.

Školní speciální pedagog se žákům s tělesným postižením věnuje v rámci poskytování podpůrných opatření během celé školní docházky. Měl by tedy žáka dobře znát, protože se jedná zpravidla o dlouhodobou individuální speciálněpedagogickou péči za účelem naplňování podpůrných opatření pro žáky, speciálněpedagogické vzdělávací činnosti, reedukační, kompenzační a stimulační činnosti. Může se tak velmi dobře orientovat v možnostech žáka vzhledem k dalšímu vzdělávání a pozdějšímu uplatnění v životě. V oblasti volby povolání nepracuje pouze se žákem, ale stejně jako školní psycholog realizuje i individuální konzultace s rodiči tělesně postižených žáků.

4.1.5 UČITEL

Učitel, a především třídní učitel, je všeobecně považován za organizátora a koordinátora veškerého dění ve svěřené třídě. Pro učitele a kariérové poradce na základní škole to znamená citlivě pomáhat žákům a jejich zákonným zástupcům při jejich hledání, rozhodování a volbě střední školy. Všichni zúčastnění musí mít na mysli, že se nejedná o chvilkové rozumové řešení, nýbrž je to výsledek dlouhodobého procesu sebeurčení člověka ve světě práce. Žák s tělesným postižením a učitel během školního vzdělávání vstupují do vzájemného vztahu. Učitel působí během této vzájemné interakce na žáka tak, aby došlo k naplnění cílů výchovně-vzdělávacího procesu, v němž si žák osvojí znalosti, dovednosti a vědomosti tak, aby byl v co největší míře schopen samostatného a plnohodnotného života a také volby své profesní cesty.

V rámci svých kompetencí poskytuje třídní učitel výchovnému poradci informace o vzdělávacích a výchovných výsledcích žáka, o jeho osobnosti, zájmech, postavení v kolektivu (zejména v kamarádských vazbách), ale také o jeho rodičích a stavu rodinného zázemí. Komunikuje s výchovným poradcem o výběru vhodného oboru, zprostředkovává setkání s rodiči (v rámci třídních schůzek i mimo ně), informuje rodiče o akcích v rámci procesu kariérového poradenství.

Významnou roli sehrávají také ostatní pedagogové v mezioborových předmětech (kariérové vzdělávání je součástí vzdělávacích programů), včetně asistenta pedagoga. Do běžné výuky, ale i do třídnických hodin, případně do adaptačních kurzů

mohou vhodně zařazovat aktivity s přesahem do kariérového poradenství, které mají charakter hry a prostřednictvím zážitků pomáhají rozvíjet i u žáků s tělesným postižením přiměřené sebehodnocení a také je učí se prezentovat.

4.1.6 PORADENSKÝ PRACOVNÍK ŠPZ

Vyhláška 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, definuje poradenské služby v oblasti kariérového poradenství poskytovaného žákům se SVP. V odborném týmu pracovníků SPC jsou tradičně zavedené pozice: speciální pedagog, psycholog, sociální pracovník. Nově vzniká z důvodu nárůstu administrativních činností také pozice administrativního pracovníka. Pozice kariérového poradce v SPC nebývá většinou zavedena a kariérové poradenství obvykle poskytuje některý odborný pracovník, zejména speciální pedagog či psycholog, tedy pracovníci, kteří mají daného klienta aktuálně v péči. Součástí poskytované služby v SPC pro TP ohledně výběru střední školy je znalost dalších návazných služeb a informačních zdrojů, na které můžeme žáka s tělesným postižením a jeho rodiče dále odkázat (svoz na SŠ, ubytování na internátu pro tělesně postižené, rehabilitace, nadace, sportovní kluby aj.). Poradenská pracovníci SPC pro TP dokážou efektivně pracovat, diagnostikovat, komunikovat se žákem a jeho rodinnými příslušníky, mají vztah založený na vzájemné důvěře a dlouhodobé spolupráci. Jsou dobře obeznámeni s diagnózou, zdravotním stavem a mohou komplexně posoudit možnosti a omezení žáka. Sledují daného žáka dlouhodobě (často již od mateřské školy a případně až po vyšší odbornou školu), znají jeho vývoj, anamnézu, úspěchy i problémy. Úzce spolupracují s pracovníky školy (ŠPP, třídní učitel, asistent pedagoga apod.), do níž žák s TP dochází, a mají od nich zpětnou vazbu. Na rozdíl od aktérů ze strany školy se může odborný pracovník SPC při kariérovém poradenství opřít o výstupy z diagnostických vyšetření zaměřených například na úroveň žákova intelektu, motoriky, manuálních dovedností, dílčích schopností a dovedností, která pak doplní o diagnostiku typickou pro kariérové poradenství.

V rámci volby povolání a kariérového poradenství přihlížejí odborní pracovníci SPC ke zdravotní způsobilosti žáka, zajímají se o preference rodičů a zjišťují:

- ▶ jaká je úroveň studijních předpokladů žáka;
- ▶ jaké jsou limity dané postižením žáka vzhledem ke zvolenému studijnímu oboru;
- ▶ jaké jsou jeho osobnostní rysy a zájmy;
- ▶ jaká je úroveň jeho pracovního potenciálu;
- ▶ jaké jsou limity dané postižením žáka vzhledem k jeho možnému pracovnímu uplatnění;
- ▶ jaké jsou jeho preference v dalším vzdělávání / volbě povolání.

Je třeba zvažovat také doplňkové informace:

- ▶ jaká je dostupnost vhodné školy;
- ▶ jaké vhodné obory škola nabízí;

- ▶ jaké jsou pracovní příležitosti vhodné pro klienta;
- ▶ jaké jsou pracovní příležitosti dostupné pro klienta.

K tomuto zjišťování využívá odborný pracovník SPC škálu dostupných diagnostických nástrojů (viz kapitola 3), ale v praxi má také každé pracoviště vypracovaný vlastní systém metod k zjišťování relevantních informací pro kariérové poradenství. Vzhledem k tomu, že se hlavní proces kariérového poradenství odehrává na základní škole, je stěžejním aktérem (koordinátorem) tohoto procesu výchovný (kariérový) poradce této školy. Komunikace mezi školou a SPC se může odehrávat buď nepřímou (zprostředkovanou), nebo přímou formou. Zprostředkovaná komunikace probíhá buď papírovou formou (dotazník, zpráva apod.), nebo prostřednictvím komunikačních technologií (telefon, e-mail, nebo online). Přímá komunikace je vedena při pravidelných návštěvách pracovníků SPC ve škole, při nichž se řeší i jiné vzdělávací záležitosti týkající se žáka. V případě potřeby je možné zorganizovat i společná setkání zaměřená především na kariérové poradenství za účasti pracovníků SPC, zákonných zástupců a dalších zainteresovaných stran.

Důležité je žákům s tělesným postižením a zdravotním oslabením i jejich rodičům vysvětlit jednotlivé kroky, přístupy a postupy v tomto poradenství. Dále je pro naši práci nezbytné mít síť kontaktů na další kolegy z jiných SPC či z řad profesionálů, na které můžeme klienty odkázat, pokud chtějí více informací mimo naši specializaci. Při samotném výběru střední školy doporučujeme osobní setkání rodičů a žáka s vedením této školy s cílem získání konkrétních informací ohledně podmínek studia. Během studia na SŠ lze vysledovat, že významnou roli u žáků s tělesným postižením hrají sociální schopnosti a dovednosti žáka společně s jeho aktuálním zdravotním stavem.

4.1.7 NEZISKOVÝ SEKTOR

S volbou povolání mohou žákovi pomoci také informační a poradenská pracoviště či neziskové organizace. Významnou úlohu má právě spolupráce s neziskovými organizacemi, které mohou zajistit podpůrné služby, bez kterých by jedinec neměl šanci novou situaci zvládnout (např. doprovod do školy hromadnou dopravou atd.). V případě potřeby této podpory je nezbytné zmapovat možnosti v jednotlivých regionech a tyto organizace oslovit s konkrétním požadavkem.

V dnešní době působí nejvíce kariérových poradců v neziskových organizacích nebo jako OSVČ. Každý pedagog či kariérový poradce může mít velký vliv na to, jaké kariérní dovednosti budou mít jeho žáci. Chceme-li, aby mělo poradenství na kvalitu jejich života ve společnosti reálný dopad, musejí spolu začít systematicky spolupracovat všechny jednotlivé instituce a organizace a nacházet řešení, která budou podporovat rozvoj a využití potenciálu žáků s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním ve prospěch udržitelného rozvoje společnosti.

4.2 Proces kariérového poradenství

Témata spojená s prací nás spojují po celý život, neboť práce je důležitým zdrojem našeho sociálního statusu, který ovlivňuje vnímání nás samotných ve společnosti.

Vnímání světa práce se odehrává již v mateřské škole, kde se děti s tělesným postižením či zdravotním oslabením učí vnímat první profese. Mají schopnost poznat, co kdo dělá. Zajímají se o to, čím jsou jejich rodiče. Často napodobují i jednotlivé činnosti, hrají si na profesní role (prodavač, lékař, učitel, zvěrolékař, řidič aj.). Některé děti s tělesným postižením v této době chtějí být např. hokejisty, kuchaři, zpěvačkami. I s malými dětmi by již bylo vhodné hovořit o tom, co která profese vyžaduje od toho, kdo ji vykovává. V tomto věku se ale většinou ještě nehovoří o kariérovém poradenství.

Na základní škole je pro vnímání světa práce vhodná např. třídní diskuse, co dané profese obnášejí, a poznávání v praxi. Dále se žáci snaží pochopit, jaké jsou pracovní příležitosti na trhu práce, seznamují se se základními informačními zdroji, zamýšlejí se nad tím, co znamená volba SŠ pro další profesní život. Proto by bylo v rámci předmětu speciálněpedagogické péče vhodné zaměřit se u žáků s tělesným postižením nejen na rozvoj jemné motoriky rukou (rukodělné práce, práce s nástroji z různých profesí), ale také na rozvoj jejich sociálních kompetencí i schopnosti dobře komunikovat a dobře vyjadřovat své myšlenky.

K hladkému a pokud možno bezproblémovému přechodu žáka s tělesným postižením ze základní školy, jeho nástupu k dalšímu studiu a pozdějšímu uplatnění na trhu práce je nezbytná včasná komplexní spolupráce na úrovni žák – zákonný zástupce – třídní učitel – ŠPZ – výchovný poradce – ředitel školy (jak stávající, tak budoucí školy). Žák by měl být do této debaty plnohodnotně zapojen a jeho názory a přání by neměly být přehlíženy, nýbrž plně akceptovány. V mnohých evropských zemích se kariéroví poradci snaží o to, aby se žáci osvobodili od aspirací svých rodičů a sami se začali rozhodovat o volbě povolání. Podle některých českých výzkumů si žáci běžných škol volí střední školu nejčastěji podle svých rodičů nebo kamaráda. Během dlouholeté praxe v SPC lze vysledovat, že ve většině případů žádají rodiče o poradenství ohledně výběru střední školy právě dlouhodobě spolupracující SPC, na které je kmenová škola odkazuje. Za klíčový považujeme partnerský přístup ke klientovi a k jeho rodině. Samozřejmě, že při poradenství ohledně volby povolání svoji úlohu sehrává i dlouholetá praxe a zkušenosti s jednotlivými středními školami.

Součástí poskytované služby v SPC ohledně výběru střední školy je i nezbytná znalost dalších návazných služeb a informačních zdrojů, na které můžeme žáka s tělesným postižením a jeho rodiče dále odkázat (svoz na SŠ, ubytování na internátu pro tělesně postižené, rehabilitace, nadace, sportovní kluby aj.). Se zvolenou školou klienta s tělesným postižením SPC pro TP intenzivně spolupracuje i nadále. Jde o dlouhodobou podporu, kterou můžeme nabídnout během celého studia.

Důležité je mít síť kontaktů na další kolegy z jiných SPC či z řad profesionálů, na které můžeme klienty odkázat, pokud chtějí více informací mimo naši specializaci.

V souhrnu lze rozdělit proces kariérového poradenství do školních let:

V **1. až 3. ročníku** probíhá přípravná fáze kariérového poradenství, v jejímž rámci se formují základní představy o jednotlivých profesích. V této době lze hledat odpovědi na otázky:

- ▶ Jakou práci dělají lidé, se kterými se setkávám?
- ▶ Čím je máma, táta?
- ▶ Čím chci být já?

Témata, která obsahují odpovědi na výše zmíněné otázky, se dají probírat v rámci různých vzdělávacích předmětů (český jazyk, prvouka, výtvarná výchova). Budování základních pracovních návyků a dovedností při práci s drobným materiálem patří do pracovních činností.

Přípravná fáze pokračuje i ve **4. a 5. ročníku** a má za cíl:

- ▶ rozvíjení sebepoznání a sebereflexe orientace na to, „co musím zlepšit, abych byl tím, čím být chci“;
- ▶ identifikace zájmů a zálib žáků, seznámení se s průmyslem a zemědělstvím ČR (vlastivěda);
- ▶ v rámci třídnických hodin seznamování s jednotlivými profesemi (např. za využití videoprezentací).

Základy práce s ručním nářadím, jednoduché pracovní postupy, montážní a demontážní práce, pěstitelské práce a příprava jednoduchých pokrmů jsou obsahem pracovních činností. Učitel vede žáky ke spolupráci a vzájemné pomoci. Žáci často pracují ve skupině, vytvářejí společné práce, při kterých se učí spolupracovat a respektovat nápady druhých. Společně se snaží o dosažení kvalitního výsledku. Učitel vede žáky k dodržování obecných pravidel bezpečnosti a hygieny včetně používání ochranných pracovních prostředků, ke správným způsobům užití materiálů a pracovních nástrojů. Přitom zohledňuje rozdíly v pracovním tempu jednotlivých žáků a podle potřeby žákům v činnostech pomáhá.

Od **6. třídy** bychom měli navazovat na úroveň dosažených vědomostí, dovedností a návyků získaných v pracovních činnostech na 1. stupni ZŠ. Mělo by dojít k aktivnímu zapojení výchovného poradce, případně kariérového poradce při organizování aktivit, jejichž cílem je seznámit žáky (i jejich rodiče) s jednotlivými profesemi a obory SOU a SŠ, a řešit otázky s tím související.

U žáků s tělesným postižením, kterým byla na 1. stupni školy poskytována podpora asistentem pedagoga, je vhodné pomalu, ale cíleně, začít snižovat tuto podporu a kompetence sebeobsluhy a samostatného fungování postupně podle možností přenášet na žáka.

Žáka je třeba přiměřeně motivovat k úvahám o jeho dalším uplatnění. Vzdělávání by se mělo zaměřit na jeho schopnost vyhledat si konkrétní potřebné informace a zhodnotit je směrem k vlastní budoucí soběstačnosti.

Podle jedné z oslovených výchovných poradkyň ze základní školy je volba povolání především u žáků s tělesným (případně jiným postižením) dlouhodobá záležitost a nelze ji odsunout až na poslední dva roky školní docházky. Žáky je podle ní třeba k přemýšlení o budoucí profesi, a tedy zejména k přemýšlení o sobě samých, svých schopnostech, ale i limitech, možnostech uplatnění, perspektivách na trhu práce atd. motivovat a vést mnohem dříve. Už v 6. ročníku se dá navázat na poznatky, které žáci získali na 1. stupni základní školy, a motivovat je např. formou her a krátkých aktivit. Na zmíněné základní škole připravují žáky na volbu povolání ve vyučování již od 6. ročníku. Na základě zkušeností zařadili na této škole jednotlivá témata volby povolání do předmětu výchova k občanství. Aby nedocházelo k opakování některých témat, nebo naopak některé téma nebylo opomenuto, vypracovali si jednoduché členění zahrnující i doporučenou minimální hodinovou dotaci. Hodinovou dotaci a rozložení témat si konkrétní vyučující upravuje, aktualizuje a případně i mění podle aktuální situace tak, aby korespondovaly s tematickým a časovým plánem daného předmětu, a informuje o tom ostatní zainteresované vyučující.

Další profesní zaměření by mělo být zohledněno v rámci IVP také při výuce odborných předmětů, tedy technické předměty (matematika, fyzika) versus humanitní předměty (literatura, dějepis apod.).

Již od **7. třídy** by mělo probíhat cílené kariérové poradenství. Zejména ve vyšších ročnících jsou zajišťovány aktivity, jejichž cílem je seznámit žáky (i jejich rodiče) s jednotlivými profesemi a obory SOU a SŠ formou organizace přednášek a besed, praktických workshopů, exkurzí apod. Další cílené aktivity bývají zaměřené na sebepoznání, co žáky baví, k čemu mají vlohy, nadání apod. Toto lze využít např. v předmětech občanská výchova či výchova ke zdraví. V rámci hodin informatiky může být obdobnou aktivitou hledání profese či studijního oboru vyhledáváním informací na portálech k tomu určených (např. Atlas školství, Infoabsolvent apod.).

V průběhu **8. třídy** je vhodné realizovat vyšetření v ŠPZ s ohledem na možnosti budoucí volby povolání. Pokud je to možné, zapojovat během školní docházky žáka do všech školních aktivit (neuvolňovat z TV, PV), popřípadě hodiny PV navýšit v rámci předmětu speciálněpedagogické péče.

V tomto období by také mělo docházet k cílené práci s žáky s tělesným postižením a s jejich zákonnými zástupci. Rodičům doporučujeme, aby navštěvovali dny otevřených dveří, dny řemesel a podobné akce.

Po celou dobu jsou s žáky probírána témata, která vedou k sebepoznání, zvýšení motivace žáků k dalšímu studiu, posílení pracovní morálky a předání informací o navazujícím studiu. Žáci se např. učí psát pracovní životopis, motivační dopis,

připravit se na pohovor s personalistou (jak se obléknout, na jaké otázky se dopředu připravit). Žáci se také seznamují se strukturou škol v ČR, s pojmy jako je výuční list, maturita, denní a dálkové studium, možnosti doděláním maturitní zkoušky při práci. Učí se vyplnit přihlášku na SŠ, dozvědí se, co je zápisový lístek.

Výchovná poradkyně z jedné z oslovených škol k tématu uvádí: „Vzhledem k charakteru učiva se nám osvědčilo realizovat výuku ve dvouhodinových blocích. Jednotlivé aktivity na sebe navazují a časově některé z nich nelze zvládnout během jedné vyučovací hodiny. Pokud chce vyučující za aktivitu zařadit i následnou reflexi a zhodnocení práce, případně sebehodnocení žáků během aktivity, jeví se jako vhodnější využít dvě po sobě následující vyučovací hodiny. Žáci 8. ročníku mají tedy dvě vyučovací hodiny pracovních činností jedenkrát za čtrnáct dnů. Žák s tělesným postižením má možnost konzultací ve školním poradenském pracovišti, kde může využít konzultací s psychologkou a speciální pedagogkou.“

Již v 8. ročníku by měl mít žák možnost návštěvy jednotlivých škol (využití dnů otevřených dveří, ale i individuálních konzultací – konzultace požadavků ŠVP a reálných možností žáka, možnosti poskytnutí podpůrných opatření), ale i podniků, kam by po absolvování mohl nastoupit.

Střední školy se žákům snaží poskytovat velmi podrobné informace prostřednictvím tištěných materiálů, informací na svých internetových stránkách, pozvánek na dny otevřených dveří apod. Zástupci některých středních škol se také účastní třídních schůzek (především u žáků 9. ročníků) a informují rodiče a žáky o možnostech a podmínkách studia na dané střední škole. Tato forma se však může jevit jako problematická a málo účinná, neboť se na třídních schůzkách někdy sejde více zástupců středních škol než rodičů a žáků. Některé střední školy proto volí jinou cestu. Jak uvádí jeden z oslovených ředitelů SŠ, jejich škola například zve celé třídy základních škol, aby strávily v jejich střední škole celý den. Návštěva nespočívá pouze v procházce po budově školy. Žáci jsou přímo zapojeni do některých aktivit, jako je například vytvoření jednoduchého projektu v počítačové grafice, vytvoření modelu, výroba jednoduchého výrobku ze dřeva nebo kovu. Průvodci jsou jim studenti vyšších ročníků dané střední školy, kteří žákům v průběhu činností mohou sdělit i své zkušenosti ze středoškolského studia, své názory na školu, zkušenosti s volbou vhodného oboru před nástupem na střední školu aj.

Tato přímá zkušenost umožní reálnější náhled na studium a budoucí uplatnění. V 8. třídě se také žáci seznamují s hlavní funkcí ÚP a službami, které nabízí. Nezbytné je také vysvětlení rovných příležitostí na trhu práce, vysvětlení profesní diskriminace, genderové problematiky a toho, jakým způsobem může tělesné postižení omezovat jejich možnosti při hledání práce a při samotném výkonu povolání.

V neposlední řadě patří k výbavě absolventa ZŠ i určitá úroveň finanční gramotnosti, v jejímž rámci se může dozvědět informace o platu/mzdě, sociálním a zdravotním pojištění, k čemu slouží kreditní a debetní karta apod.

V **9. třídě**, v průběhu měsíce října, žáci navštěvují informační a poradenské středisko při ÚP. Žák s tělesným postižením by již v této době měl vědět, jaké informace chce a potřebuje zjistit.

Informační a poradenské středisko pro volbu a změnu povolání (IPS) poskytuje aktuální informace o konkrétních studijních a učebních oborech, podmínkách a průběhu přijímacího řízení, charakteristice a nárocích jednotlivých profesí, ale i o možnostech uplatnění absolventů všech stupňů vzdělání v praxi a situaci na trhu práce v regionu i v celé ČR. Je zde možné získat také informace o podmínkách a možnostech rekvalifikace.

IPS umožňuje prostřednictvím počítačového programu vyhledání studijního nebo učebního oboru v celé ČR, zhlédnutí krátkých informativních videofilmů, prostřednictvím kterých je možné se seznámit se základními pracovními činnostmi jednotlivých profesí, s konkrétním pracovním prostředím i podrobnými popisy jednotlivých profesí. Je zde možné i využít počítačový program pro testování profesních zájmů ve vazbě na povolání a příslušné vzdělání. Prostřednictvím IPS ÚP lze v říjnu získat pro všechny žáky vycházející v daném školním roce brožuru Atlas školství, kde jsou shrnuty střední školy v regionu a jejich kritéria a požadavky k jednotné přijímací zkoušce.

Po zvážení všech výše uvedených skutečností podává žák přihlášku na vybranou SŠ. Tomuto rozhodnutí by ale měla předcházet konzultace v ŠPZ i ve škole. Na základě konzultace v SPC je odborným pracovníkem tohoto zařízení možné podle potřeby vypracovat doporučení k úpravě podmínek přijímacího řízení. Toto doporučení je pak nutné přiložit k přihlášce na SŠ.

Součástí tohoto doporučení je:

- ▶ zařazení uchazeče do příslušné míry podpory,
- ▶ stanovení délky možného navýšení časového limitu pro konání přijímací zkoušky,
- ▶ konkretizace úprav ve zkušební dokumentaci jednotné zkoušky,
- ▶ způsob zadání školní přijímací zkoušky (pokud je v tomto případě úprava nezbytná),
- ▶ specifikace ostatních možností uzpůsobení (seznam kompenzačních pomůcek, využití služeb podporující osoby, asistenční pes atd.),
- ▶ informovaný souhlas zletilého uchazeče nebo zákonného zástupce s navrženými úpravami podmínek.

Na střední škole by již mělo jít o vyšší formu pochopení toho, co většina profesí obnáší a jak se na danou profesi připravit (školy, kurzy, praxe). U žáků se rozvíjí i pochopení souvislostí na trhu práce s přesahem do ekonomického přemýšlení a pracovního práva. Žáci jsou vedeni k tomu, aby byli schopni chápat trendy na trhu práce a dokázali si hledat data, fakta a přemýšlet o nich v souvislostech. I na a SŠ a VOŠ pokračuje proces kariérového poradenství. Nejen učební obory se potýkají s předčasným odchodem ze vzdělávání, který se školy snaží usilovně řešit.

Hned od prvního ročníku je vhodné zahájit průběžný monitoring žáků. Sledují se např. změny v chování, prospěchu i v docházce. Monitoring se týká všech žáků, nejen těch, kteří jsou ohroženi školním neúspěchem už na vstupu. V průběhu studia dochází v životě žáků s tělesným postižením k mnoha změnám, které je mohou v životě ovlivňovat, a díky monitoringu je možné poskytnutím včasné intervence opuštění školy předcházet. Za tímto účelem může být výhodné zřídit pozici tzv. mentora, jehož úkolem je provázet žáka náročnými situacemi při studiu. Pro motivaci žáka chodit pravidelně do školy a snažit se zvládat náročné studium i v situaci, kdy se do výuky promítají ve velké míře dopady tělesného postižení, je klíčové vzdělávací prostředí. Proto se klade důraz na podporu zdravých vztahů a zajištění bezpečného prostředí napříč celou školou.

Podpora může být žákovi poskytována také při přestupu na jiný obor, jinou školu či při neúspěchu u závěrečných zkoušek. Podporou tak může být např. doučování, vypracování individuálního vzdělávacího plánu, individuální poradenství, spolupráce se SPC pro TP a dalšími institucemi. Cílem je pak pomoci najít žákům s tělesným postižením vzdělávací cestu, která jim umožní zapojení do pracovního procesu. Cíle kariérového poradenství mohou směřovat také do oblasti sebepoznání. Poradenství umožňuje žákům, aby poznávali své dovednosti, zájmy, talenty, osobnostní vlastnosti a dokázali je reflektovat. Hluběji by se měli seznamovat se situací na trhu práce: jaké požadavky jsou kladeny na různé pracovní pozice, jaké jsou možnosti získávání aktuálních informací o pracovní nabídce a poptávce v regionu a jak s nimi pracovat. Protože dochází k rychlému vývoji v různých odvětvích, ve kterých není adekvátní vzdělávání v konkrétním oboru, mělo by kariérové poradenství vybavit žáky rovněž kompetencemi k rozvíjení vlastní vzdělávací a profesní dráhy i přes problémy, které způsobují dopady tělesného postižení.

I v průběhu studia střední školy jsou žáci vedeni k tomu, aby uvažovali o dalším profesním životě (např. o studiu dalšího oboru, o volbě vysoké školy či o nástupu do zaměstnání). U oborů s maturitou je možná nabídka dalšího studia na VOŠ nebo VŠ. Již v průběhu středoškolského studia doporučujeme žákům návštěvu centra pro podporu vysokoškolského studia studentů se zdravotním znevýhodněním při univerzitách nebo dny otevřených dveří na vyšších odborných školách pro seznámení se s obsahem studia nabízených oborů a s možnostmi podpory studentů se ZP.

Ke konci středoškolského studia v období daném legislativou probíhá v SPC ambulanci vyšetření pro stanovení podmínek úprav maturitní zkoušky vzhledem k dopadům tělesného postižení.

4.3 Provázanost kariérového poradenství s klíčovými kompetencemi

Rámcový vzdělávací program je hlavním kurikulárním dokumentem, je vytvořen pro předškolní, základní, jazykové, základní umělecké a střední vzdělávání a na všech těchto úrovních edukačního procesu určuje obsah vzdělání. Podle tohoto základního dokumentu vypracovávají školy svůj školní vzdělávací program (ŠVP). Kariérové poradenství (KP) na školách je zpracováno v jednotlivých školních vzdělávacích programech a týká se i žáků s tělesným postižením. Témata kariérového poradenství se prolínají všemi vzdělávacími stupni i všemi vzdělávacími obory.

Jako klíčové kompetence (KK) jsou vnímány soubory výstupů, které si jedinec osvojí v průběhu vzdělávání a které jsou prakticky využitelné v jeho životě. Jejich osvojování je dlouhodobý proces, který je zahájen již v předškolním vzdělávání, následně se prohlubuje ve všech navazujících vzdělávacích stupních a pokračuje i v dalším průběhu života.

V etapě základního vzdělávání jsou za KK považovány:

- ▶ kompetence k učení,
- ▶ kompetence k řešení problémů,
- ▶ kompetence komunikativní,
- ▶ kompetence sociální a personální,
- ▶ kompetence občanské,
- ▶ kompetence pracovní,
- ▶ kompetence digitální (nově od roku 2021).

Smyslem a cílem vzdělávání je vybavit všechny žáky (včetně žáků s tělesným postižením) souborem klíčových kompetencí na úrovni, která je pro ně dosažitelná. U žáků s tělesným postižením je nutné respektovat jejich možnosti, ovlivněné dopady tělesného postižení, a zaměřit se na rozvoj těch kompetencí, které jim pomohou při uplatnění v dalším životě.

Aby se žák s tělesným postižením mohl v budoucnu uplatnit a byl konkurenceschopný, musí disponovat určitými znalostmi a dovednostmi, které si osvojí na dostatečné úrovni. Při tomto procesu je však limitován jak dopady postižení, tak svým kognitivním potenciálem i volnými schopnostmi a možnostmi.

Mezi všeobecně potřebné dovednosti lze počítat i zvládání moderních technologií, informatiky, výpočetní techniky a rozvíjení digitálních dovedností (digitální kompetence). Potřeba osvojení základních dovedností v této oblasti vystupuje do popředí zvláště na základě začlenění této digitální kompetence mezi KK a v duchu závěrů studie *Hlavní směry vzdělávací politiky ČR do roku 2030* se předpokládá jejich rostoucí význam.

Žáci s menšími dopady do oblasti motoriky, kteří nemají po skončení základní školy předpoklady ke studiu na SŠ s maturitou, pokračují většinou v učebních

oborech kategorie H a E. V těchto oborech je požadována schopnost osvojení praktických dovedností, pečlivost a důslednost, samostatnost a soběstačnost (kompetence pracovní), komunikační dovednosti (kompetence komunikativní) a schopnost týmové práce (kompetence sociální a personální).

Žáci s tělesným postižením s větším dopadem do oblasti motoriky v kombinaci s mentálním postižením pokračují po absolvování základní školy v oborech kategorie C. Zde je u nich dále rozvíjena schopnost osvojení praktických dovedností, pečlivost a důslednost, samostatnost a soběstačnost (kompetence pracovní).

Pro výběr dalšího studia po ukončení povinné školní docházky žáka s TP je zcela určující zvládnutí jednotlivých klíčových kompetencí daných RVP ZV na co nejvyšší úrovni.

Na ZŠ je vhodné v rámci vyučování světa práce rozvíjet i dílčí cílené kompetence, např.:

- ▶ vnímání světa, včetně pracovního (jak funguje, jak se mění, co nabízí);
- ▶ pohled na jednotlivé přístupy při školní práci (práce ve skupině, dvojici, individuální práce);
- ▶ umět definovat svoje hodnoty (co je pro mě v životě důležité);
- ▶ dovednost sebereflexe a prezentace vlastních názorů (co umím, dokážu, co mě baví);
- ▶ vnímat názory druhých a schopnost si s nimi o tom povídat;
- ▶ učit se z vlastních chyb;
- ▶ vidět více řešení a umět je porovnat.

KARIÉROVÁ VÝCHOVA

Cílem kariérové výchovy je pomoci žákům pochopit vlastní motivace a hodnoty, poskytnout jim schopnost orientovat se v problematice trhu práce a pomoci jim získat potřebné dovednosti při volbě profesní orientace a dalšího vzdělávání. Kariérová výchova je systematická snaha školy rozvíjet kariérový postoj žáků prostřednictvím různých aktivit. Vychází z rámcově vzdělávacího programu zakotveného v předmětu Člověk a svět práce. Mezi očekávané výstupy v této oblasti patří orientace v pracovních činnostech vybraných profesí, posouzení svých schopností při rozhodování o volbě povolání a profesní přípravě, využití profesních informací a poradenských služeb pro výběr vhodného vzdělávání a prokázání schopnosti prezentace své osoby při vstupu na trh práce.

Mezi nejdůležitější body kariérové výchovy patří rozvoj:

- ▶ samostatnosti,
- ▶ dovedností k rozhodování,
- ▶ plánovitého jednání a schopnosti spojit školní práci s budoucím zaměstnáním,
- ▶ pracovních hodnot, schopností, zájmů, výkonnosti.

4.4 Rozvoj specifických dovedností

Ne vždy si dokáže žák s TP během docházky do ZŠ dostatečně osvojit klíčové kompetence dané RVP ZV bez získání kompetencí specifických. Jedná se o soubor schopností, dovedností a vědomostí, které jsou nezbytné pro samostatný život a pro uplatnění ve společnosti.

Rozvoj specifických kompetencí probíhá v průběhu vzdělávání mimo jiné prostřednictvím podpůrných opatření pojmenovaných jako „předmět speciálněpedagogické péče“. Předměty speciálněpedagogické péče zařazené do učebního plánu žáka s TP umožňují individuální nácvik specifických dovedností. Jak již bylo uvedeno, jsou tyto dovednosti pro další vzdělávání žáka s TP zcela nezbytné. Jsou realizovány jako vyučovací předmět nebo formou intervence. Obsah vzdělávání těchto předmětů bývá ve školách a třídách zřízených podle § 16 odst. 9 školského zákona pro žáky s tělesným postižením zpracován ve školním vzdělávacím programu. V běžných školách mají žáci zpracovaný obsah vzdělávání těchto předmětů ve svém IVP na základě doporučení SPC pro TP. U žáků s těžkým tělesným postižením je důležité dbát na rozvoj a upevňování specifických dovedností již od předškolního vzdělávání.

Cvičení specifických dovedností, které bývá součástí ŠVP škol zřízených dle § 16 odst. 9 pro žáky s TP:

- ▶ rozvoj hrubé a jemné motoriky,
- ▶ nácvik sebeobsluhy,
- ▶ nácvik používání kompenzačních pomůcek,
- ▶ rozvoj sociálních kompetencí.

Specifické kompetence vyrovnávají deficity způsobené tělesným postižením, nenahrazují kompetence žáků bez postižení, rozšiřují vybavenost žáka s TP v porovnání s intaktní společností a jsou předpokladem pro získávání klíčových kompetencí pro trh práce.

Mezi specifické dovednosti patří i další, které lze stejně jako u žáků intaktních i u žáků s TP zjišťovat a rozvíjet tak, že učíme žáky pokládat si tyto otázky (viz Pýchová, 2020):

- ▶ Mám na něco talent?
- ▶ Jde mi nějaká činnost snadno?
- ▶ Co bych dokázal naučit ostatní?
- ▶ Když mám možnost pracovat ve skupině, které činnosti upřednostňuji?
- ▶ O čem si rád čtu nebo povídám?
- ▶ Na jaké filmy se rád dívám?
- ▶ Co mám společného se svými kamarády?
- ▶ V čem se od svých kamarádů liším?
- ▶ Na čem mohu postavit svůj budoucí úspěch v práci?
- ▶ Co mi pomůže dosáhnout cílů?

U introspektivních otázek často žák s TP vůbec netuší, „jak to má nastavené,“ a je třeba ho vést k přemýšlení o tom, na jakých konkrétních životních situacích to může poznat. Např.: Jsem zodpovědný? Poznám to tak, že každý den nakrmím rybičky. Když jsem nemocný, ubezpečím se, že je nakrmí maminka.

Na ZŠ je vhodné nejen v rámci vyučování světa práce rozvíjet vnímání světa, včetně pracovního (jak funguje, jak se mění, co nabízí), učit žáky umět definovat svoje hodnoty a ptát se: „Co je pro mě v životě důležité?“

Důležitá je dovednost sebereflexe a prezentace vlastních názorů: vědět, co umím, v čem jsem dobrý, co mě baví. Schopnost vnímat názory druhých a schopnost si s nimi o tom povídat je také třeba rozvíjet již na základní škole. V průběhu vzdělávání se žáci musí učit z vlastních chyb, vidět více řešení a umět je porovnat a vyhodnotit.

Pracovní uplatnění, ať již na volném trhu práce, nebo na chráněném pracovišti, je jedním z nejdůležitějších úkolů speciálněpedagogické podpory žáků s tělesným postižením. Je velmi důležité správně zhodnotit budoucí pracovní možnosti jedince a zvolit správný postup profesní přípravy. Dle Noska (in Kubíčková, 1996) je nutné s předstihem rozvíjet ty oblasti, kde zhoršení zdravotního stavu nebude znamenat omezení studia nebo uplatnění. V dnešní době to znamená zaměřit se například na studium jazyků, na práci s počítači a novými technologiemi, na umělecké obory (hudbu a literaturu) či školy s ekonomickým směřováním.

4.5 Optimální model

Kariérové poradenství u žáků s tělesným postižením je dlouhodobý proces, na kterém se podílí celá řada zainteresovaných odborníků společně s rodiči žáka. Asi nikdy nebude existovat jednotný model, který bychom mohli plošně uplatňovat u všech. Ke každému žákovi je třeba přistupovat individuálně, se znalostí jeho schopností, dovedností, nadání, úrovně vědomostí apod.

Pokud bychom se skutečně pokusili vytvořit optimální model kariérového poradenství ve škole vztahující se k žákům s tělesným postižením, musíme mít na paměti, že je nutné vycházet z úvodních informací obsažených v kapitolách 1 a 2 této metodiky, které se zabývají charakteristikou cílové skupiny žáků s tělesným postižením a dopady tohoto postižení do vzdělávání.

Nezbytnou podmínkou nutné individualizace vzhledem k žákům s tělesným postižením, která by se měla promítat i do kariérového poradenství, je to, aby na každé základní škole byl zajištěn stabilní kariérový program (ne projekt) integrující aktuální informace z trhu práce a ze statistických zpráv (místních i celonárodních).

Podporu by měl provádět kromě výchovného poradce i profesionál, který nemá na škole plný pedagogický úvazek (kariérový poradce). Podpora by pak měla být

uzpůsobena individuálním potřebám žáků, kterým by měla pomáhat s procesem sebereflexe a s kariérovým portfoliem (fotky, produkty, výstupy, úvahy o vlastní profesní orientaci).

Nezbytné je propojování učiva probíraného na ZŠ s pracovním uplatněním, s praktickým životem. Žáci se často učí látku bez znalosti souvislostí, proto by výuka měla být více provázána s praktickým životem. Je třeba žáky učit informace vyhledávat, ne se je učit memorovat. Schází větší provázanost se středními školami – zejména učebními obory, které připravují žáky v profesích, jež jsou na trhu práce stále častěji nedostatkové. Středním školám často scházejí moderní prostory pro praktickou výuku a propojení s tržními požadavky. Na intenzivnější spolupráci se školami zatím ale firmy nejsou připraveny. Velmi vhodné je také podporovat u žáků zájem získávat informace o tom, co které povolání od uchazeče očekává (kompetence k jednotlivým pracovním pozicím). Tyto informace je možné získat z Národní soustavy povolání (www.nsp.cz), která obsahuje výčty kompetencí k jednotlivým pracovním pozicím.

Odborné znalosti jsou důležité, nesmíme zapomínat ani na rozvoj kompetencí žáka k volbě povolání. Úkolem kariérových poradců by mělo být rozšiřovat mladým lidem obzory a poukazovat i na méně tradiční varianty. Velmi vhodné by bylo, pokud by výchovný poradce nebo kariérový poradce v rámci kariérových aktivit pravidelně zval do školy personalisty z několika lokálních firem (malých i velkých, z různých oborů), kteří by žáky sami seznamovali s aktuálními trendy podniků a s trhem práce obecně.

Velmi dobré by bylo i využití neziskových organizací jako posilovačů hodnotových postojů. Důležitá je práce se zkušeností z praxe.

Nabídka studijních oborů škol by měla být pro žáky dostupná a fungovat v rámci webových stránek školy, aby bylo možné snadno najít informace týkající se studia jednotlivých oborů, včetně informací týkajících se zdravotní způsobilosti pro studium konkrétního oboru a přiblížení profilu absolventa.

Individuální konzultace žáků s tělesným postižením, ale i jejich zákonných zástupců s pracovníky ŠPP (výchovný případně i kariérový poradce, speciální pedagog, psycholog a zástupce vedení školy) jsou důležité, mají velký význam. Informace rodičům a zákonným zástupcům tak jsou předávány osobně, ale i telefonicky. Materiály mohou být předány k doplnění v písemné podobě, případně elektronickou poštou. Zájemem všech pracovníků ŠPP je vytipovat možnosti studia pro každého zájemce individuálně, včetně zohlednění jeho specifických vzdělávacích potřeb.

Vytipované střední školy by měly umožňovat žákům závěrečných ročníků základních škol (8. a 9. ročníků) náhledy do praxe ve zvolených oborech (exkurze do provozů). Měly by i nabízet prohlídky škol (jak se tam vyučuje, jak to tam vypadá) a také kontakt s absolventy oboru. Tyto akce by měly být zpřístupněny v co největší míře i zájemcům se speciálními vzdělávacími potřebami, v našem případě žákům s tělesným postižením. Akce umožní zájemcům získat lepší

představu o studiu konkrétního oboru, ale také o jejich vlastních možnostech zvládnání zvoleného oboru.

Proces profesní přípravy prochází v současné době řadou změn a úzce souvisí s regionálními podmínkami. Někteří žáci s tělesným postižením jsou limitováni nejen svým progredujícím tělesným postižením, ale často i jeho kombinací s dalšími druhy postižení (např. zrakové obtíže, zhoršená sluchová percepce či krátkodobá sluchová nebo vizuální paměť, snížená manuální zručnost, velmi pomalé pracovní tempo, vysoká unavitelnost, kolísající koncentrace pozornosti, obtíže v oblasti verbálního projevu či snížené rozumové schopnosti).

Pokud má žák dobré studijní předpoklady, je pro něj vhodnou volbou gymnázium, které je všeobecně zaměřené a jako takové mu poskytuje dostatek času na rozmyšlení, v jaké oblasti se dále profesně profilovat. Výhodou gymnázií je i to, že součástí výuky není praktický výcvik, jenž vyžaduje určitou motorickou zdatnost a některým žákům s tělesným postižením může působit značné obtíže.

Odborné školy mají nesporné výhody oproti gymnáziím v tom, že své absolventy připravují již pro konkrétní povolání, ale u některých oborů je třeba zvažovat rozsah tělesného postižení a jeho dopad do motorických aktivit. Odbornou školu u žáků s tělesným postižením a zdravotním oslabením je tedy potřebné volit podle jejich psychických a fyzických schopností, zájmů, prognózy zdravotního stavu a předpokladů pro budoucí vykonávání zvolené profese (s tím souvisí i možnost uplatnění v regionu). Na odborné škole je nutné počítat s realizací odborného výcviku, jenž je nezbytnou součástí kurikula. V některých případech je nutné praxi žáka s tělesným postižením modifikovat s ohledem na jeho specifické potřeby. Zde je důležitá součinnost školy, SPC a rodiny při hledání konkrétních forem praxe, ale také míst, kde by bylo možné ji vykonávat. Je třeba zmínit i nástroje aktivní politiky zaměstnanosti, jimiž vládnou úřady práce a jejichž využití se v těchto případech nabízí.

Z dlouhodobého hlediska je nezbytné mít ve vzdělávání neustále na zřeteli uplatnitelnost žáka v životě, na trhu práce. Učitele často zahlcuje přemíra povinností a požadavků na vzdělávání žáka, zatímco se vytrácí to nejdůležitější – příprava žáků na život s důrazem na jejich samostatnost, průceschopnost, dobré komunikační dovednosti, jazykové kompetence, schopnost přizpůsobení se podmínkám aj. Je třeba rozvíjet u žáků IT dovednosti, finanční gramotnost, schopnost poradit si v náročných životních situacích (ÚP, organizace TP, ombudsman).

Motivovanost pro sebevzdělávání není ani u žáků s tělesným postižením samozřejmostí, nýbrž je výsledkem cílevědomého výchovného působení a pozitivních, praktických zkušeností pěstovaných již v základním vzdělávání a v dětství.

Motivovanost žáků s postižením pro vzdělávání výrazně ovlivňuje několik činitelů:

- ▶ charakter postižení vytvářející vážné překážky a komplikace v učení (např. zvýšená unavitelnost, poruchy učení),

- ▶ míra závislosti na pomoci jiných osob (asistent pedagoga, rodiče),
- ▶ četnost a vysoká míra omezení vylučujících nebo výrazně omezujících radost z úspěchu (často vzniká nepřiměřeností požadavků na jedné straně a podceňováním schopností jedince s tělesným postižením na straně druhé).

Po ukončení středoškolského studia mají i žáci s tělesným postižením možnost studovat dále. Žáci 4. ročníků mají možnost podat ve 2. pololetí přihlášky ke studiu vysokých škol či vyšších odborných škol. Ti žáci, kteří v dalším vzdělávání nepokračují, hledají uplatnění na trhu práce. Informační servis týkající se obou těchto oblastí poskytují pracovníci ŠPP všem žákům. Nezbytná je spolupráce s vyučujícími odborných předmětů. Ti by měli mít přehled o poptávce zaměstnavatelů a znát podmínky jednotlivých pracovišť. Tyto informace jsou stěžejní při umísťování žáků s tělesným postižením do pracovního procesu.

Kariérový poradce by měl i na SŠ organizovat setkání s pracovníky ÚP. Setkání probíhají buď v prostorách ÚP, nebo v prostorách školy. Cílem této akce je zprostředkovat budoucím absolventům veškeré informace o krocích, které budou po ukončení studia na střední škole následovat. Žáci se odnesou poznatky o tom, jak mají postupovat v případě přijetí k dalšímu studiu nebo co je potřeba udělat pro úspěšné zařazení se do pracovního procesu. Úřady práce poskytují také informace, jak postupovat v případě různých zdravotních omezení.

Nabídky zaměstnavatelů mohou probíhat formou osobní propagace na půdě školy, tištěnou informační kampaní, ale i za využití sociálních sítí k náboru.

■ Inspirace ze zahraničí

V Rakousku zavedli na základních školách ucelený systém kariérového poradenství, které v sobě zahrnuje také systematickou přípravu na volbu povolání ve vyučování. Označován je jako IBOBB – Informace a poradenství pro vzdělávání a profesní život (něm. Information, Beratung und Orientierung für Bildung und Beruf). Jeho cílem je umožnit a podpořit u žáků všemi možnými cestami v rámci vyučování a poradenství rozvoj takových kompetencí, které je povedou k vědomé a odpovědné volbě povolání. Za koordinaci všech aktivit nese zodpovědnost vedení školy, které může pověřit koordinací kvalifikovanou osobu (tzv. koordinátora kariérového poradenství). Na každé škole by měla být alespoň jedna takto kvalifikovaná osoba (jejich vzdělávání je zajišťováno vysokými školami).

Na základních školách má IBOBB tři úrovně:

1/ Povinná příprava žáků na volbu povolání v rámci vyučování – buď jako samostatný vyučovací předmět, nebo jako součást jiných předmětů. Cílem je rozvoj schopností žáků pro volbu povolání, jejich podpora při rozhodování, pomoc s uvědomováním si vlastních vzdělávacích a profesních cílů, s rozpoznáváním zájmů, předpokladů apod. Na zajišťování této úrovně přípravy žáků se spolupodílejí všichni učitelé. Povinná příprava na volbu povolání probíhá u žáků v 7. a 8. ročnících (pozn.: v Rakousku jde o poslední dva ročníky základní školy) v rozsahu 1 vyučovací

hodiny týdně. V 7. ročníku je žákům vysvětlen proces volby povolání, žáci jsou seznámeni s nabídkou školní a mimoškolní pomoci a jsou jim představeny základní možnosti další vzdělávací a profesní dráhy po ukončení základní školy. V 8. ročníku žáci získávají detailní informace o vzdělávacích možnostech v regionu a jsou seznámeni s tím, kde a jakým způsobem je možné získávat informace k volbě povolání. Povinná příprava může být doplněna nepovinným předmětem kariérové poradenství, který může být vyučován po celý školní rok, nebo podle zájmu a potřeb žáků krátkodobě, v blocích apod. Vše je doplněno přednáškami odborníků (buď v rámci vyučování, nebo na rodičovských schůzkách) a dalšími doprovodnými aktivitami. Těmi mohou být exkurze do odborných škol, podniků a firem, vícedenní stáže ve firmách, odborné praxe, návštěvy poradenských center apod. Doporučený rozsah těchto aktivit je pro 7. a 8. ročník 30 vyučovacích hodin. Každý žák v těchto ročnících musí alespoň jednou navštívit instituci, která nabízí informace o trhu práce.

2/ Kariéroví poradci – zajišťují individuální poradenství pro žáky, které je jim k dispozici po celou školní docházku. Kariérové poradenství zajišťují učitelé se speciálním doplňujícím vzděláním. Už v roce 2012 bylo v Rakousku 2 500 učitelů vysokoškolsky vzdělaných v kariérovém poradenství.

3/ Poradenství od speciálních psychologů – psychologové poskytují poradenství a podporu žákům, učitelům a kariérovým poradcům oblasti vzdělávání a dalšího vzdělávání. Poradenství se odehrává v psychologických poradnách.

Rodiče musí být školou informováni o všech plánovaných aktivitách spojených s kariérovým poradenstvím nejpозději na začátku 7. ročníku (např. na rodičovských schůzkách). Nejpозději na začátku 8. ročníku jsou rodiče informováni o vzdělávacích možnostech žáků po ukončení základní školy. Dále jsou rodiče seznámeni s možnostmi individuálního kariérového poradenství a s akcemi, na kterých mohou získat další informace pro volbu povolání. Hlavním cílem je do přípravy žáků na volbu povolání zapojit rodiče – odborníky z praxe. Základní školy v Rakousku podle svých možností zřizují ve svých prostorách informační centrum vybavené počítačem s internetovým připojením, publikacemi, brožurami, letáky a jinými informačními materiály k volbě povolání. Toto informační centrum může být např. součástí knihovny. Podstatné je, že žáci by měli mít možnost využívat jej individuálně.

SOUHRN

Kariérové poradenství tedy představuje systém poradenských služeb, jejichž cílem je pomáhat jednotlivcům při rozhodování o profesní a vzdělávací orientaci v kterékoliv fázi jejich života, při ujasnění si vlastních kariérových cílů a porozumění světu práce. Čtvrtá kapitola se zabývá jak rolí jednotlivých aktérů podílejících se na kariérovém poradenství v rámci škol a školních poradenských pracovišť, tak rolí pracovníků ŠPZ. Opomenuta není ani role zákonného zástupce a neziskového sektoru, který také může pomoci.

Kapitola se také podrobněji zabývá procesem kariérového poradenství, který rozděluje na přípravnou fázi (probíhající v 1. až 3. ročníku ZŠ) a na pokračování procesu na prvním stupni ZŠ (4. a 5. ročník). O skutečně zaměřené poradenství směřující k volbě povolání pak jde na 2. stupni ZŠ. V 6. a 7. ročníku se zaměřuje na informace a trénink dovedností a k jeho završení dochází v průběhu 8. a 9. ročníku ZŠ. Popsáno je i kariérové poradenství v průběhu studia na SŠ.

Kapitola se zaměřuje i na provázanost kariérového poradenství s klíčovými kompetencemi a rozvojem specifických dovedností. V závěru je učiněn pokus o nastínění myšlenky optimálního modelu kariérového poradenství.

5 Proces kariérového poradenství při přechodu na trh práce

— Eva Čadová —

Zletilí klienti s tělesným postižením a v některých případech i závažně nemocní, jejichž postižení nebo onemocnění má závažný dopad do zaměstnávání, jsou osobami zdravotně znevýhodněnými (dále OZZ). Pro účely legislativy zaměstnávání platí, že mají zachovánu schopnost vykonávat soustavně zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale jejich schopnost být nebo zůstat pracovním zařazením, vykonávat dosavadní povolání nebo využívat dosavadní kvalifikaci či získat novou je podstatně omezena.

V legislativě je uvedeno, že příčinou tohoto omezení musí být dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti, a tím i schopnost pracovního uplatnění. Kritéria jsou uvedena v právních předpisech (zejména v ustanovení § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění zákona č. 136/2014 Sb., v novele zákona č. 327/2017 Sb., dále jen „zákon o zaměstnanosti“).

Tento paragraf definuje osoby se zdravotním postižením, kterým je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce. Jsou jimi fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány 1) invalidními ve třetím stupni, 2) invalidními v prvním nebo druhém stupni nebo 3) zdravotně znevýhodněnými.

Kariérové poradenství u žáků s tělesným postižením je výrazně ovlivněno právě dopady tohoto postižení do běžného života žáka. Výběr povolání a posléze i přechod do zaměstnání je zásadně ovlivněn především rozsahem postižení. Na situaci se podílí i to, že chybí dlouhodobé zkušenosti s tělesným postižením – cílová skupina (různorodost diagnóz a jejich dopadů) je velmi široká. Chybí i zkušenost výchovných poradců s kariérovým poradenstvím žáků s TP. Získávání

těchto zkušeností by vyžadovalo větší časový rozsah, než jaký je k dispozici ze strany výchovných poradců v běžných školách, v nichž se většina žáků s TP vzdělává. Již z výše uvedeného vyplývá, že aby byla volba povolání efektivní, je třeba zapojit do výběru multidisciplinární tým, který by měl koordinovat právě výchovný (kariérový) poradce, jemuž na to však při jeho rozsahu práce a téměř plném úvazku výuky nezbyvá dostatek času. Pokud žák může studovat na střední škole s maturitou, bývá potřeba podpory podobná té, kterou doporučujeme na ZŠ (problémy mohou nastat až při praxi). Výběr učebních oborů pro žáky s tělesným postižením je však bohužel výrazně omezený. Problémem bývá, že školy často neuvádějí zdravotní limity pro daný obor.

Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., konkrétně jeho třetí část, upravuje zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Uvádí, že osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci, kterou se rozumí „poradenská činnost zaměřená na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti“.

Přechod na trh práce však ovlivňují (stejně jako přípravu na povolání) limity, které jsou na straně samotného žáka s tělesným postižením:

- ▶ dopady postižení do výuky a vzdělávání obecně – přidružená zdravotní znevýhodnění často dále ovlivňují možnosti žáka (problém s vyjadřováním, v některých případech i s porozuměním apod.);
- ▶ potřeba delšího času na zvládnání specifických dovedností (nejčastěji ve vztahu k motorice), vyšší unavitelnost a nevyrovnané schopnosti;
- ▶ při společném vzdělávání často méně kvalitní výcvik ve specifických dovednostech;
- ▶ potřeba využívat pomůcek;
- ▶ potřeba úpravy v praxích;
- ▶ bariérovost v nejširším slova smyslu (zahrnující i sociální bariéry).

Problémy jsou samozřejmě i na straně potenciálních zaměstnavatelů:

- ▶ na prvním místě to bývá bariérovost pracovišť;
- ▶ potřeba úpravy pracovních míst vycházející ze specifických potřeb jedince;
- ▶ požadavky na tempo, samostatnost, plánování, rozhodování a řešení úkolů (bez toho, aby k tomu byl žák veden po celou dobu svého vzdělávání);
- ▶ absence vhodných pomůcek (dostupnost, cena);
- ▶ leckdy chybí ochota na straně zaměstnavatelů (nedostatek podpory, informací...), byla by potřeba dlouhodobá podpora – komunikace se zaměstnavatelem, možnost konzultace při obtížích.

Obecně platí, že nižší míra nezaměstnanosti osob s tělesným postižením je u osob s vyšším vzděláním, kde je zařazení do pracovního procesu jednodušší (menší potřeba úprav pracovního místa a jednodušší využití pomůcek).

Existující právní pravidla stimulující zaměstnávání OZP:

Od 1. 8. 2004 je v účinnosti zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (dále „ZOZ“), v novele zákona č. 206/2017 Sb., s účinností od 29. 7. 2017, a č. 327/2017 Sb., s účinností od 1. 1. 2018. Jeho účelem je v souladu s právem Evropské unie upravit zabezpečování státní politiky zaměstnanosti, jejímž cílem je dosažení plné zaměstnanosti a ochrana proti nezaměstnanosti.

Samostatné ochraně OZP je věnována jeho celá část třetí, od ustanovení § 67 dále. Zaměstnavatelé, kteří v roce 2018 zaměstnávali v průměru více než 25 zaměstnanců (s výjimkou příslušníků a vojáků z povolání ve služebním poměru, obecní policie, inspektorů báňských úřadů a výjezdových skupin poskytovatelů záchranné služby), mají povinnost zaměstnávat OZP. Tuto povinnost mohou splnit nejen jejich zaměstnáváním, ale také odběrem výrobků nebo služeb od takzvaných chráněných dílen, případně odvést patřičnou finanční částku do státního rozpočtu. Obvykle však jde o kombinaci uvedených možností.

5.1 Formy zaměstnávání, jejich příležitosti a rizika

Osoby s tělesným postižením mohou hledat práci na volném trhu práce – v běžné firmě nebo prostřednictvím ÚP, popřípadě mohou také začít podnikat. Další možností je získání uplatnění na chráněném trhu práce (v chráněné dílně, na místě speciálně zřízeném pro osoby se zdravotním postižením). Pracovní alternativou je i možnost práce z domova.

Při hledání zaměstnání mohou absolventi s tělesným postižením využít pomoc různých institucí. Z hlediska institucionální a profesionální pomoci se lze obrátit na ÚP, na organizace osob zdravotně postižených nebo nestátní neziskové organizace. K získávání práce jsou využívány klasické formální způsoby prostřednictvím inzerátů, internetu nebo personálních agentur, nezářídka bývá využívána i neformální pomoc – rodinných příslušníků, příbuzných, přátel.

Využití je možné i přechodná zaměstnávání a tranzitní programy, které slouží jako příprava na budoucí trvalý pracovní poměr. Cílem je naučit klienty zvládat pravidla pracovněprávních vztahů, osvojit si základní pracovní návyky a dovednosti a umět se co nejlépe prosadit na otevřeném trhu práce. Zaměstnavatelé v tomto případě handicapovaným poskytují možnost dočasně pracovat „na zkoušku“ a získat kvalifikaci dobrého a spolehlivého pracovníka, která je vhodným předpokladem při dalším hledání pracovního uplatnění.

VOLNÝ PRACOVNÍ TRH

Kromě poptávky na ÚP lze hledat práci na internetu, pomocí inzerce v novinách apod. Z praxe však vyplývá důležitý poznatek: uchazeče je třeba upozornit na to, že v inzerátech vhodných pro OZP nebývá specifikace. Inzerované místo

tedy nemusí být pro danou osobu s tělesným postižením vhodné automaticky. Je třeba se vždy u zaměstnavatele doptat.

Na portálu www.praceprozp.cz je možné najít pracovní pozice, které jsou doporučované i pro osoby s tělesným postižením.

■ Příklad

Jako příklad lze uvést, že pod záštitou Nadačního fondu pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením vznikl portál Pracovní tržiště, jež propojuje zdravotně postižené uchazeče o práci s budoucími zaměstnavateli. Nabídka i poptávka pracovních pozic probíhá v bezpečném a otevřeném prostředí. Zájemci o zaměstnání se nemusejí obávat informovat zaměstnavatele o svém handicapu a zaměstnavatelé zde mohou rychle najít vhodného uchazeče. Prostředí portálu je intuitivní a přehledné, osobní údaje jsou v bezpečí a registrace je samozřejmě bezplatná a nezávazná. Více na www.pracovnitrziste.cz.

PROFESNÍ PORADENSTVÍ

Profesní poradenství poskytují úřady práce a agentury podporovaného zaměstnávání. Mezi útvary poradenství spadají informační a poradenská střediska (IPS), která poskytují individuální a skupinové poradenství, patří k nim např. besedy pro žáky škol zaměřené na problematiku přechodu do povolání a nástupu do zaměstnání.

Dalším z míst, kde se absolventi mohou setkat přímo se zástupci firem, jsou pracovní veletrhy. Zde mají možnost mluvit přímo se zástupci společností, kterým je možné zanechat svůj životopis. Na veletrhu jsou zřízena poradenská místa, kde dokážou poradit i s úpravou životopisu. Významné pracovní veletrhy se konají pod různými názvy.

Zvláštností veletrhů Ikariéra je, že se konají na různých vysokých školách po celé ČR a studentům nabízejí absolventské pozice, stáže, praxe nebo trainee programy. Veletrh pořádaný portálem Profesia je vhodný jak pro absolventy, tak i pracovníky se zkušenostmi. Součástí bývají různé workshopy a testy dovedností, například jazykových a počítačových. S lepší orientací na trhu práce pomáhá i virtuální veletrh Měsíc studentů a absolventů.

S přechodem klientů s tělesným postižením na volný trh práce mohou pomoci také agentury podporovaného zaměstnávání (např. Agapo působící v Brně nebo Asistence o.p.s. působící v Praze). V programu Podporované zaměstnávání se zaměřují na hledání a udržení si zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Na základě dovedností klientů a jejich možností určí, v čem přesně jim mohou pomoci, stanoví osobní cíl nebo přímo vytipují a vyhledají vhodné pracovní místo.

Následně pomáhají se sepsáním motivačního dopisu a životopisu, s oslovením zaměstnavatele a přípravou na pohovor. Pokud si to bude žádat situace, na pohovor klienty doprovázejí. Mohou poskytnout podporu a asistenci i při zaučení na pracovišti. Využit lze také pracovněprávního a psychologického poradenství.

Nezbytným předpokladem úspěšného jednání zájemce o pracovní místo a potenciálního zaměstnavatele je dobrá příprava na obou stranách. Problémy mohou nastat již u přijímacího pohovoru.

Při výběru pracovníků se sledují tři základní oblasti:

- ▶ absolvované vzdělání;
- ▶ odborné znalosti a dovednosti v kombinaci s absolvovanou praxí – rozhodující mohou být jazykové znalosti, které mohou vést i k preferenci nezkušeného kandidáta před zkušenějším pracovníkem. U dělnických profesí se klade důraz na bezúhonnost, pracovitost a zručnost, což u klientů s tělesným postižením může být velký problém;
- ▶ osobnostní charakteristiky – někdy rozhoduje to, co je „vidět na první pohled“. Především schopnost umět se tzv. prodat. Výhodu má kandidát, který dokáže na určité situace pružně reagovat.

Důležité je přípravu na pohovor nepodcenit a snažit se zjistit si o dané firmě co nejvíce informací. Také dochvilnost a vhodné oblečení hrají roli. Pomůže, když si cestu předem dobře naplánujeme, eventuálně se předem na určené místo zajedeme podívat. Je tak možné předejít problémům s bariérovostí místa, kde se má pohovor konat. Na pohovor je vhodné dorazit s časovou rezervou.

I ze strany potenciálního zaměstnavatele je třeba se na pohovor připravit, aby nedocházelo k situacím nepříjemným pro obě strany.

K uvedenému se dá popsat jeden z problematických přístupů ze strany potenciálního zaměstnavatele jako špatný příklad z praxe.

Přijímací pohovor může vypadat také takto:

V kanceláři sekretářky personálního oddělení zvoní telefon. Sekretářka ho zvedne. „Personální oddělení, prosím..... cože? ... kostka? ... jaká kostka? ... jo pan Kostka... a je na vozíku. Už vím. To je jeden ze zájemců o to nové místo. Tak ho sem pošlete... Nedostane se k výtahu? ... Jak to? ... Jo, tam jsou vlastně schody. Na ně šéf zapomněl. Tak ať počká na vrátnici. Někdo od nás tam přijde. Jo? Díky.“

Sekretářka vstane, zaklepe na dveře vedoucího, počká, až se ozve pokyn „dále“, a pak do pootvřených dveří, aniž by vstoupila dovnitř, oznámí novinu: „Pane vedoucí, je tu pan Kostka. To je ten uchazeč o místo na vozíku.“ „No a co?“ ozve se z kanceláře vedoucího. „Snad může počkat, jako všichni ostatní.“ „To jo,“ pokračuje v „dobrých“ zprávách sekretářka, „ale on se nedostane sem nahoru.“ „Máme výtah, to neumí jezdit výtahem?“ už docela otráveně se pokouší vedoucí uzavřít tuto konverzaci. „On se nedostane k tomu výtahu,“ vychutnává si s potutelným úsměvem pointu sekretářka, „tam jsou totiž tři schody.“ „A sakra,“ ozve se z kanceláře, „na schody jsme zapomněli.“

V tom do hovoru vstoupí zástupce vedoucího personálního oddělení, který je právě u svého šéfa na pracovní poradě: „Tak s ním uděláme přijímací pohovor dole v hale u vrátnice. A pokud ho přijmeme, tak ty schody nějak vyřešíme. Budeme mít na to čas do konce měsíce.“ „To je dobrý nápad,“ kvituje návrh svého kolegy

vedoucí. „Zavolejte na vrátnici, že tam za chvíli s kolegou přijdeme, ať pan Kostka v klidu vyčká.“

Ve vstupní hale firmy je rušno. Spěchající lidé přicházejí, jiní odcházejí. Automatické vchodové dveře se nepřetržitě otevírají a zavírají a do haly jimi profukuje nepříjemný studený vítr. Pár lidí postává u okénka recepce a čeká, až si je někdo ze zaměstnanců přijde vyzvednout. Muž na vozíčku je pro ně vděčným objektem pozorování. Situace, která pro něho určitě není nijak komfortní. Asi po patnácti minutách se na schodech od výtahu objeví dva pánové v obleku. Míří k vozíčkáři. Ještě dříve, než k němu dojdou, jeden z mužů familiárně spustí: „Dobrý den. Vy jste určitě pan Kostka, že?“

Muž na vozíku poněkud překvapeně odpoví: „Ano, jsem“. Pán v obleku k němu zatím dojde, podá mu ruku a představí se. „Já jsem vedoucí personálního oddělení Novák. A toto je můj zástupce Horáček.“ Ukáže rukou na druhého muže v obleku a ihned pokračuje. „Pozvali jsme si vás sice na přijímací pohovor, ale nemáme ještě úplně vyřešený bezbariérový přístup, protože nikdo na vozíku u nás nepracuje. Ale nebojte se. Pokud bychom vás přijali, všechno operativně vyřešíme. Dnes ale musíme trochu zaimprovizovat a ten přijímací pohovor uděláme tady.“

Pan Kostka se nevěřicně rozhlédne kolem: „Tady?“ Personalista Novák mu skočí do řeči: „No není to tady žádné komorní prostředí, ale budeme se snažit, aby ten pohovor proběhl rychle. A aspoň si přímo v akci prověříme, jak umíte reagovat na nestandardní situace.“ Novák udělá krátkou významovou pauzu a pak se usměje. „To je samozřejmě malý fórek... Tak se do toho pustíme.“

Obrátí se k zástupci Horáčkovi: „Vy si, pane kolego, dělejte poznámky, ať můžeme všechny údaje vložit do databáze tohoto přijímacího řízení k ostatním uchazečům.“

CHRÁNĚNÉ PRACOVNÍ MÍSTO (PRACOVNÍ MÍSTO PRO OZP)

Pojem chráněný trh práce v českém právním prostředí existuje oficiálně teprve od roku 2018. Jde tedy o relativní novinku. Chráněný trh práce je jednoduše řečeno prostředí tvořené zaměstnavateli, kteří zaměstnávají v pracovním poměru více než 50% OZP z celkového počtu svých zaměstnanců a se kterými uzavřel ÚP písemnou dohodu o jejich uznání za zaměstnavatele na chráněném trhu práce.

Chráněné pracovní místo patří k nejdůležitějším nástrojům, který byl do české právní úpravy zaveden a který existoval již řadu let a pomáhal OZP více se začlenit do pracovního života.

Podobný institut, který zde existoval paralelně vedle chráněného pracovního místa, avšak který současný zákon o zaměstnanosti neupravuje, se nazýval chráněná dílna. Chráněné pracovní dílny byly upraveny v zákoně o zaměstnanosti hned za chráněnými pracovními místy.

Nástroj „chráněné pracovní místo“ byl nahrazen institutem zvaným pracovní místo pro OZP, a to novelou č. 327/2017 Sb., s účinností od 1. 1. 2018. Úprava pracovního místa pro OZP je velmi podobná právní úpravě chráněného

pracovního místa. Pracovním místem pro OZP je „pracovní místo, které zaměstnavatel zřídil pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody uzavřené s ÚP“. Na rozdíl od minulé právní úpravy, kdy mohlo být chráněné pracovní místo i vymezené v dohodě, jde v tomto případě pouze o místo, které je zřízené. Toto místo musí být obsazené OZP po dobu 3 let od jeho zřízení. Na potřebné zařízení, vybavení, které se zde bude nacházet, aby OZP mohla vykonávat domluvenou práci, ale i na samotné vyčlenění pracovního místa, může být poskytnut příspěvek ÚP. Výše příspěvku je závislá na stupni zdravotního postižení zaměstnance a na počtu zaměstnavatelem zřízených pracovních míst pro OZP. Z toho, že se jedná o možnost poskytnutí příspěvku, jasně plyne, že jde o příspěvek, na který zaměstnavatel nemá automatický nárok a o jehož poskytnutí rozhoduje ÚP.

Vzhledem k potřebám klientů s tělesným postižením, vyžadujícím často úpravy pracovního místa, je velmi dobré, že ÚP může na již zřízené pracovní místo pro OZP poskytnout na základě dohody se zaměstnavatelem i příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa.

Dohoda o zřízení pracovního místa pro OZP může být uzavřena i přímo s OZP, jestliže se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost. V tomto případě má také možnost získat příspěvek na zřízení tohoto místa za stejných podmínek jako zaměstnavatel, s tím rozdílem, že OZP není povinna vracet příspěvek nebo jeho část, pokud přestane vykonávat výdělečnou činnost například z důvodu zhoršení zdravotního stavu.

Výhodou vytvoření pracovního místa pro OZP pro zaměstnavatele je:

- ▶ možnost plnit povinný podíl zaměstnanců se zdravotním postižením,
- ▶ možnost uplatnit slevy na dani z příjmu,
- ▶ snížení mzdových nákladů díky dotaci,
- ▶ získání stálých a motivovaných zaměstnanců,
- ▶ pozitivní dopad na image organizace.

Nevýhodou pro zaměstnance ale často bývá nízké finanční ohodnocení a práce na méně kvalifikované pozici v režimu pro zdravé jedince. Aby osoby se zdravotním postižením nepřišly o práci, často nastavené podmínky respektují.

Firmy se často potýkají s absencí informací o tom, jak přiměřeně upravit pracovní místo pro zaměstnance s tělesným postižením; chybí také odpovídající pomůcky. V praxi se ale často ukazuje, že záleží především na ochotě konkrétní organizace hledat adekvátní řešení.

Nabídka zaměstnání pro osoby s tělesným postižením je vždy poněkud omezená, protože musí respektovat specifika pojící se s limity v oblasti motoriky.

■ Příklad dobré praxe

V Brně na Kociánce vznikly chráněné modelové dílny, čímž byl vytvořen mezičlánek mezi ukončením profesní přípravy a zapojením osob s těžším tělesným postižením a kombinovaným postižením do pracovního procesu. Nyní se nazývají

sociálně terapeutické dílny. Jejich klienty jsou především absolventi praktické školy, základní školy praktické a základní školy speciální. Je to přípravná dílna pro budoucí chráněnou dílnu. Hlavním cílem je, aby si klienti zvykli na určitý režim dne, pracovní dobu, aby se naučili základním pracovním dovednostem a návykům. Do těchto modelových dílen spadají: administrativní dílna (základní práce na počítači, kompletace tisku, počítačová editace dokumentu), farmářské práce (práce u zvířat, péče o drobná zvířata, o koně, úklid stájí), textilní dílna (tvorba a zpracování textilu a textilního materiálu, výroba drobných dárkových předmětů), univerzální dílna (tkaní koberců a sedáků z odpadového materiálu, výroba svíček), kreativní dílna (tvorba z keramické hlíny, výroba podpalíků do krbu, kamen, výtvarné činnosti) a zahradní dílna (pěstování a množení pokojových rostlin, zpracování suchých plodů a rostlin, lehké zahradnické práce).

5.2 Komunikace s potenciálním zaměstnavatelem

Předpokládejme, že jednání o přijetí do zaměstnání bude probíhat za osobní účasti obou stran. Pak by ze strany potenciálního zaměstnavatele měla být zachována pravidla, která respektují specifika komunikace s osobami s tělesným postižením.

Důležité je:

- ▶ Nenechat se ovlivnit tzv. haló efektem (účinkem prvního dojmu), který může být spojen s pocity nejistoty, obavami, předsudky, studem apod., zvláště u handicapovaných, jejichž vzhled je onemocněním výrazněji ovlivněn.
- ▶ Vždy je důležité mít na paměti, že člověk s tělesným postižením je rovnocenným partnerem – pokud nemá problém se sluchem, není třeba zvyšovat hlas, je možné mluvit normálním tónem; není vhodné podceňovat jeho schopnosti ani projevovat nadměrný soucit.
- ▶ Stejně jako při komunikaci se zdravým zájemcem o práci je třeba udržovat běžný oční kontakt a jednat normálně – závažné tělesné onemocnění ještě neznamená, že je člověk postižený i mentálně a smyslově.
- ▶ Doprovází-li tělesně znevýhodněného další osoba, je třeba vést rozhovor se zájemcem o práci přímo, nikoliv prostřednictvím jeho doprovodu. Je třeba poskytnout dostatek času a prostoru, aby se uchazeč o zaměstnání vyjádřil, možné je zeptat se, co vše z rozhovoru pochopil.
- ▶ V případě, že je handicap natolik závažný, že brání v běžné komunikaci, je třeba se pokusit dorozumět jinými formami (písemné sdělení, mimika, dotyk, obrázky apod.).
- ▶ Důležité je při komunikaci odstranit bariéry v prostoru, nabídnout místo k sezení či svou pomoc.
- ▶ Člověk s tělesným postižením obvykle sám sdělí, jak je mu možné pomoci, pokud to bude potřebovat. Není nutné pomoc vnucovat.

Na paměti je dobré mít tzv. DESATERO KOMUNIKACE S VOZÍČKÁŘEM:

- ▶ Odstraňte bariéry, které by mohly bránit plynulému pohybu s vozíkem.
- ▶ Při manipulaci s vozíčkářem se zeptejte, s čím chce pomoci, a nedělejte nic bez jeho svolení. Požádejte ho, ať vám sám řekne, jak máte postupovat.
- ▶ Při každém zastavení je nutné vozík zabrzdít (pokud to neudělá sám vozíčkář).
- ▶ Při manipulaci s vozíkem ho zvedejte pouze za pevné rámy.
- ▶ Vozíčkář má jiný úhel pohledu – uzpůsobte tomu komunikaci a popis okolí, neboť vozíčkář nemusí vidět vše, co vidíte vy.
- ▶ Jedete-li s vozíkem z prudšího místa, sjíždějte raději pozpátku, je to bezpečnější pro vozíčkáře i pro vás.
- ▶ Při běžné komunikaci je vhodné snížit se / posadit se na úroveň vozíčkáře, abyste mohli udržovat oční kontakt. Nikdy se přitom neopírejte o vozík (rozhodně ne bez svolení).
- ▶ Při komunikaci volte vhodná slova, abyste dotyčného neurazili, ale nemusíte se bát použít slova jako jít, chodit, odejít apod.
- ▶ Mluvíte-li s vozíčkářem a tlačíte vozík, snažte se být alespoň vedle něj, aby nemusel neustále otáčet či zaklánět hlavu. Je to nepohodlné a po delší době i fyzicky nepříjemné.

Zaměstnavatel v průběhu pohovoru poskytuje základní nezbytné informace o požadavcích na konkrétní pracovní pozici, např. zda je potřeba komunikovat osobně nebo písemně, zda bude muset uchazeč komunikovat se zákazníky nebo s úzkým okruhem spolupracovníků, co bude obsahovat jeho pracovní pozice ve vztahu k motorice.

5.3 Proces přechodu ze školy na trh práce

Vstup na trh práce je významnou křižovatkou, odrazovým můstkem k nezávislosti a plné integraci do společnosti. Úspěšnost závisí na řadě faktorů, mezi něž patří aktuální situace na trhu práce, získaná úroveň a obor vzdělání. Podmínkou úspěšného vstupu na trh práce je dobrá připravenost pro výkon profese a odpovídající úroveň získaných dovedností a znalostí.

Stěžejním cílem profesní diagnostiky je tudíž cílené poradenství ještě před zahájením středního stupně vzdělávání. Zařazení žáků s tělesným postižením do středoškolského vzdělávání se již vcelku daří, i když stále ještě je třeba řešit mnoho komplikací. Velký problém ale zpravidla nastává po ukončení studia, v oblasti zaměstnávání.

PŘECHOD ZE ŠKOLY

Přechod ze školy na trh práce je obdobím mezi odchodem ze školy a prvním vstupem do zaměstnání, které je ukončené v okamžiku, kdy absolvent získá

zaměstnání. V průběhu tohoto období jsou absolventi s tělesným postižením vystavováni překážkám na trhu práce. Tito absolventi vstupují na trh práce převážně bez zkušeností. Většinou právě pro dopady postižení do jejich pracovních možností nemají prostor pro volbu a kladení podmínek. Dá se říci, že jejich pracovní kariéra závisí na prvním zaměstnání. Pokud je období mezi ukončením školy a nalezením zaměstnání příliš dlouhé, může to mít negativní vliv na motivaci a zájem v hledání zaměstnání. Dlouhé období bez zařazení do školy nebo práce může vést ke ztrátě některých nabytých znalostí a pracovních návyků.

V tomto období je tedy velmi důležitá podpora. Hledání prvního zaměstnání po ukončení studia může připomínat běh na dlouhou trať. Pokud absolvent již během studia nepracoval brigádně nebo nemá zajištěné místo díky spojení učňovské školy s konkrétní firmou, je nucen si místo hledat, odpovídat na množství inzerátů v médiích a absolvovat řadu pohovorů.

Existuje řada přístupů a strategií k získání prvního zaměstnání:

- ▶ přijetí dočasného zaměstnání, jako investice do budoucnosti,
- ▶ získání zaměstnání na základě předchozí brigády nebo práce na částečný úvazek,
- ▶ získání zaměstnání na základě spolupráce při zpracování školní, bakalářské, diplomové práce,
- ▶ získání zaměstnání s využitím existujících nástrojů podpory (dotace ÚP a podobně).

VSTUP NA TRH PRÁCE

Absolventi s tělesným postižením mají v oblasti hledání zaměstnání ztíženou situaci. Jsou limitováni mírou dopadů tělesného postižení (omezení v oblasti jemné i hrubé motoriky, často přidružená postižení), limitovat je může i úroveň vzdělání a zvládání pracovních kompetencí.

Tělesné postižení může požadavky ve vztahu k pracovním podmínkám zvyšovat (náklady na úpravu prostředí, delší podpora při zaučování, nezvládnutí všech činností, potřeba pomůcek apod.). Negativním faktorem pak jsou předsudky zaměstnavatelů, jejich obavy ze sníženého pracovního výkonu i obavy ze zvládnutí požadavků zaměstnání.

Nároky zaměstnavatelů souvisejí s dosaženým vzděláním. S rostoucí úrovní vzdělání příkládají zaměstnavatelé kompetencím větší význam.

Kompetence jako zběhlost v cizích jazycích, v používání výpočetní techniky, schopnost řešit problém, ochota učit se, schopnost nést zodpovědnost a řešit stresové situace, komunikační schopnosti – v ústním i písemném projevu – jsou těmi, u kterých zaměstnavatelé předpokládají, že jejich význam v budoucnosti ještě vzroste.

V zaměstnávání lidí s tělesným postižením se v současné době těžce prosazuje obecný princip přístupnosti, stejně jako individualizovaná přiměřená opatření

pro tyto lidi. Samotné zaměstnávání lidí s tělesným postižením s sebou v současné době nese některé otázky:

- ▶ Jak se dá jejich postižení kompenzovat?
- ▶ Jaké jsou možnosti zaměstnavatele jim v tom pomoci?

Nejvíce přístupní k přijímání absolventů s tělesným postižením jsou zaměstnavatelé sektoru informací, financí, vědy a vzdělávání. Uzavřenější přístup mají zaměstnavatelé oblasti služeb a výroby, pravděpodobně také proto, že v těchto profesích se nejvíce projeví dopad omezení v oblasti motoriky.

SOUHRN

Pátá kapitola se zaměřuje na proces přechodu klienta s tělesným postižením na trh práce (volný pracovní trh, chráněné pracovní místo – pracovní místo pro OZP). Z hlediska pocitu soběstačnosti je možnost pracovního uplatnění velmi přínosná, ale běžný zaměstnavatel má samozřejmě zájem o co nejproduktivnější pracovníky s co nejnižšími náklady na zaškolení a výcvik. Uvedeny jsou i formy zaměstnávání. Dále je v textu popsána komunikace s potenciálním zaměstnavatelem.

6 Pro inspiraci

— Eva Čadová —

Ukončením přípravy na povolání začíná období mladé dospělosti spojené se samostatností, zaměstnáním, partnerstvím apod. Jedinci s tělesným postižením musejí i nadále čelit fyzickým bariérám, ale také bariérám v lidech samotných. Při vstupu na trh práce se setkávají s předsudky zaměstnavatelů, menším počtem míst vhodných pro osoby s TP a neochotou uzpůsobit podmínky zaměstnání. K nalezení a udržení pracovního místa mohou využít službu podporovaného zaměstnávání, která nabízí poradenství a pomáhá při uplatňování na otevřeném trhu práce. Obecně jedinci s postižením patří ke skupině lidí, která je na trhu práce znevýhodněna a více ohrožena nezaměstnaností. Přitom práce má v životě člověka obrovský význam a přítomnost lidí s tělesným postižením v pracovním kolektivu může motivovat ke zvýšené aktivitě, spolupráci a stabilitě.

■ Petr

Petr se narodil v roce 1994 (diagnóza: mozková obrna – kvadruspastická forma s dominující spastickou diparérou vlevo, lehká mozková retardace s nerovnoměrným obrazem, dyslexie, oční vada – strabismus). Od počátku se vyvíjel pomaleji. Rodina žila na vesnici a nejbližší rehabilitační pracoviště se nacházelo ve městě, kam bylo obtížné dojíždět častěji než jedenkrát týdně. K předškolnímu vzdělávání matka přihlásila chlapce do speciální mateřské školy, která nabízela rehabilitace a další terapie v průběhu dne. Mateřskou školu však chlapec navštěvoval bohužel také pouze jedenkrát týdně, protože se nacházela v sedmdesátikilometrové vzdálenosti od bydliště. Po čtvrt roce nastoupil do místní vesnické mateřské školy, protože dojíždění bylo časově i finančně náročné. Ostatní děti ho braly takového, jaký byl, a pomáhaly mu.

Po ročním odkladu nastoupil do školy. Třídou tvořilo dohromady 12 žáků a většinu znal Petr z mateřské školy. Velkou nevýhodou této školy byla její bariérovost. Chlapec musel vynaložit hodně fyzické síly, aby se mohl za pomoci berlí

pohybovat po škole. Od 3. třídy se vzdělával podle IVP a také byla do třídy přirážena asistentka. Hodiny českého jazyka a matematiky probíhaly individuálně, protože Petrovi tyto předměty dělaly největší potíže. Díky individuálním hodinám s asistentkou pedagoga se mu dařilo zvládat probírané učivo a držet tempo s ostatními spolužáky. V 6. třídě dostal Petr první mechanický vozík. I když v prostorách školy nemohl vozík využívat, usnadnila se mu cesta do školy. Základní školu zvládl dle svých slov „celkem v pohodě“. Nad volbou střední školy se chlapec a jeho rodiče zamýšleli už od 8. třídy ZŠ. Rodiče zastávali názor, že se jednou lépe uplatní ve velkém městě, a proto i střední školu vybírali ve velkých městech. Během posledních ročníků na ZŠ se byl chlapec podívat na několika středních školách v rámci dnů otevřených dveří. Po konzultaci ve SPC navštívili rodiče s chlapcem i speciální střední školu v Brně, která se Petrovi celkem zamlouvala. Konečné rozhodnutí však padlo po náhlé smrti matky, kdy si Petr uvědomil, že nechce a nemůže být na nikom závislý. Prostory ve škole byly uzpůsobené pro jízdu na vozíku, což do té doby neznal. Obor si vybral tak, aby měl jistotu, že ho zvládne vystudovat. Navíc viděl reálnou možnost v pozdějším uplatnění. Výuka slibovala maximální přizpůsobení, snížený počet žáků ve třídě a případnou možnost rozložení studia. Posledním důvodem pro volbu byl internát v těsné blízkosti střední školy. Studium na oboru Obchodní škola po půl roce přerušil kvůli plánované operaci kolene. Do 1. ročníku znovu nastoupil až další září. Ve 2. ročníku využil možnosti rozložení studia a dle vlastního mínění Petr „celkem v pohodě“ obchodní školu ukončil po čtyřech letech závěrečnou zkouškou. Během studia bydlel tři roky na internátě a poté se dozvěděl o možnosti chráněného bydlení. Podmínkou pro zařazení do chráněného bydlení byla určitá míra samostatnosti, kterou Petr splňoval, a proto mu byl přidělen jednopokojový byt. Život v chráněném bydlení zvládal díky pracovnícím, které byly k dispozici 12 hodin denně. Studium na obchodní škole absolvoval a učitelé mu doporučili, aby si dodělal vzdělání na maturitním oboru. Petr si uvědomoval, že maturitní zkouška by mohla zvýšit pravděpodobnost získání odpovídajícího zaměstnání. Rozhodl se zkusit přijímací zkoušky a po jejich zvládnutí nastoupil do maturitního oboru. Studium maturitního oboru bylo ale náročnější, než Petr čekal. Na konci 1. ročníku byl z německého jazyka hodnocen známkou nedostatečně. I když měl možnost po prázdninách splnit reparát, nevěřil svým schopnostem a začal si hledat zaměstnání. Nejvíce se opíral o nabídky na webových stránkách, ale bezúspěšně. Obrátil se proto na Ligu vozíčkářů, která mu už jednou pomáhala se získáním financí na nový vozík. V Lize proběhl pohovor o tom, jaké představy o zaměstnání Petr má. Odpovědný pracovník rozeslal životopisy a Petrovi se ozvaly s nabídkou zaměstnání tři firmy. V první firmě jej po pohovoru odmítli z důvodu sníženého a pomalého pracovního tempa. Druhá firma nabízela práci z domu. Tuto možnost zavrhl, protože by se nesetkával s lidmi v práci. Nabídka poslední firmy Petra zaujala, ale jednou z podmínek byla noční směna a tu on vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže odpracovat.

Po neúspěchu v hledání zaměstnání se nakonec rozhodl vykonat opravné zkoušky z německého jazyka a postoupit do 2. ročníku. I přes to, že se mu to podařilo,

studium hodnotí jako velmi náročné, především po psychické stránce. Nezvládá se soustředit a vyčerpává jej domácí příprava, v níž dodělává to, co ve škole nestihne. Má velké potíže v německém i anglickém jazyce. Chybí mu základy a na střední škole je vyžadována určitá úroveň znalostí, kterou Petr postrádá. Uvědomuje si, že povinnou státní maturitní zkoušku z anglického jazyka nebo matematiky s velkou pravděpodobností nezvládne. Ztrácí motivaci ve studiu pokračovat, proto si současně opět hledá zaměstnání, ale nedaří se mu nalézt nic, co by odpovídalo jeho schopnostem a přáním. Dokud nenajde práci, má v plánu nadále pokračovat ve studiu na škole. Má v úmyslu se opět obrátit na Ligu vozíčkářů, aby mu při hledání pomohla. Chtěl by si najít manuální práci, protože se cítí být velmi vyčerpaný po mentální stránce. Pobírá invalidní důchod třetího stupně a příspěvek na péči. Finance mu na vyžití stačí, ale chtěl by si najít práci, aby si udržel určitý biorytmus. Při hledání zaměstnání jej motivuje i vidina většího příjmu. Ve SPC mu bylo doporučeno, aby se obrátil například i na Agapo, které nabízí podporované zaměstnání. Petr může být zodpovědný a spolehlivý pracovník, ale jeho pomalejší tempo, problémy s jemnou motorikou a drobné vyjadřovací obtíže by mohly zhoršit jeho adaptaci v pracovním procesu.

■ Martin

Martin je mladý muž s tělesným postižením (ischemie Adamkiewiczovy artérie – paraplegie). Základní školu absolvoval ještě jako zdravý na vesnici, kde bydlel. Jeho studijní průměr nebyl příliš povzbudivý. Na 2. stupni se setkával i se šikanou. Vzhledem k tomu, že jej učení nebavilo, rozhodl se, že půjde na odborné učiliště na obor Obráběč kovů. Na stejný obor se chystalo i několik chlapců z ročníku a mezi nimi i ti, kteří mu znepríjemňovali život. O prázdninách před nástupem na učiliště se přihodila událost, která Martinovi změnila život. S přáteli trávil čas v přírodě, posadil se na lavičku a již nemohl vstát. Otec jej převezl do nemocnice a následovala různá vyšetření, která nedokázala objasnit příčinu problému. Po hospitalizaci na neurologii, onkologii a infekčním oddělení se dostal i na spinální jednotku, kde probíhaly nácivky sebeobsluhy a rehabilitace. Nejobtížněji se vyrovnával s problémy s vylučováním. Pro chlapce v adolescenci bylo ponížující, že nedokázal udržet moč a stolici. Učil se, jak zavádět cévky do močové trubice a další úkony spojené s vylučováním. Navíc se musel potýkat s dekubittem v oblasti pánve, který se mu vytvořil během pobytu v nemocnici. Po několika týdnech byl odeslán do rehabilitačního ústavu, kde strávil půl roku. Cílem rehabilitace byl rozvoj samostatnosti a soběstačnosti, nácivků přesunu z lůžka na vozík a zpět a trénink přesunů do vany. Rodiče se jej snažili navštěvovat, podporovat a motivovat, ale přesto se neubránil myšlenkám na sebevraždu. Díky rodině a podpoře dalších lidí z rehabilitačního ústavu se Martin rozhodl, že udělá maximum pro to, aby byl samostatný. Výběr střední školy probíral se sociální pracovnící z rehabilitačního ústavu. Předchozí volba učiliště již nebyla možná vzhledem ke zdravotnímu stavu. Z možností, které mu pracovnice nabídla, si vybral studium v Brně. Důvodem volby bylo poměrně dobré spojení s bydlištěm,

bezbariérové prostředí školy, ubytování v blízkosti školy a vyučování uzpůsobené žákům s tělesným postižením. Samotný obsah vzdělávacího oboru ho příliš nezajímá, avšak maturitní zkouška byla pro Martina příslibem lepšího budoucího pracovního uplatnění. Na střední škole má s využitím podpůrných opatření lepší průměr, než měl na základní škole. Využil možnosti rozložení 3. ročníku do dvou let. Tempo i přístup učitelů se mu zdá být vyhovující. Maturitní zkoušky se neobává, doufá, že uspěje.

První dva roky během studia na SŠ bydlel na internátu, ale na tuto zkušenost vzpomíná nerad. V té době stále nebyl psychicky úplně vyrovnán se svým zdravotním stavem. Většina klientů na internátě měla mentální postižení, což Martinovi příliš sebejistoty nepřidávalo a on se necítil „ve své kůži“. Zlom nastal v jeho 18 letech, kdy si zažádal o ubytování v chráněném bydlení, přihlásil se do autoškoly a získal řidičský průkaz. Tyto dvě životní události mu pomohly v získání sebedůvěry. Přiznává, že velmi pozitivní vliv na jeho vlastní sebehodnocení měl půlroční vztah s dívkou. Během něj si uvědomil, že invalidní vozík nemusí být překážkou ani k partnerskému soužití.

Nyní se Martin rozhoduje, zda má po střední škole zkusit studium na VŠ, nebo jít rovnou do zaměstnání. Pro studium na VŠ ho přemlouvá kamarád, ale Martin se obává přijímacích zkoušek z matematiky, protože cítí, že v ní má potíže. I kdyby u přijímacího řízení uspěl, matematika se vyučuje v každém následujícím semestru, a to by pro něj mohl být problém. Zároveň se na přijímací zkoušky příliš nechystá, protože stále není rozhodnutý, zda studium vůbec zkusí. K rozhodnutí má informaci dostatek, nepotřebuje žádné speciální formy podpory, musí se jen zorientovat ve vlastních přáních.

Ohledně zaměstnání má ale jasné plány. Nejprve by si chtěl najít práci v oboru, který studuje. Později by chtěl pracovat jako osoba samostatně výdělečně činná. Nemá strach, že by práci nenašel. Už nyní si hledá zaměstnání pomocí webových stránek. Ví, jaké jsou jeho silné stránky, co může zaměstnavateli nabídnout a jaké výhody přináší zaměstnávat osoby se ZP. V případě, že by se mu nedařilo zaměstnání sehnat, obrátil by se na úřad práce, případně na rodiče. Martin nyní bydlí samostatně v chráněném bydlení, ale žádá si o městský byt. Díky finančnímu příspěvku od rodičů, sponzorů a úřadů si koupil auto. Je úplně samostatný, malé nedostatky vidí ve svém stravování. Vařit neumí a tvrdí, že je na to líný. Ve volném čase se věnuje florbalu nebo hraje počítačové hry. Do budoucna by se chtěl stát členem neziskové organizace, aby mohl pravidelně rehabilitovat.

■ Mírek

Mírek je absolventem školy samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením. Studoval praktickou školu dvouletou. Jedná se o chlapce s tělesným postižením (DMO) a lehkým mentálním postižením, při přesunech používá elektrický vozík. Má rád rychlý pohyb, velké stroje, nádraží, vlaky, stavby, cestování.

Praxi chtěl absolvovat někde mezi lidmi a v místě, které by bylo dostupné na elektrickém vozíku. V posledním ročníku praktické školy byl na praxi v knihovně a ve filmovém archivu. V rámci praxe se zabýval razítkováním časopisů a označováním pásků s filmy. Práce ho velmi bavila a naplňovala.

Po ukončení školy Mirek nemohl najít zaměstnání, a tak se ve spolupráci s občanským sdružením Asistence a pracovní konzultantkou rozhodl zkusit najít práci formou podporovaného zaměstnávání. Po zkušenostech z praxe chtěl dělat aktivnější práci, na dva dny v týdnu dopoledne, aby se mohl věnovat svým koníčkům. Ve spolupráci s pracovní konzultantkou se dohodli na tom, že by mohl skartovat dokumenty, protože práci se skartovačkou viděl a velice ho zaujala.

Spolu s konzultantkou zahájili hledání volného pracovního místa a po cca šesti měsících se podařilo najít pro Mirka práci u skartovacího stroje ve velké firmě. Po dohodě podmínek s firmou pro něj byla vytvořena pracovní pozice skartovače, která mu byla ušita „na míru“ (do té doby dělali tuto práci sami zaměstnanci, zdržovalo je to od práce a nepatřilo to mezi jejich oblíbené činnosti). Mirek tak získal práci na zkrácený úvazek na dva dny v týdnu po pěti hodinách.

Pracovní konzultantka pomohla ještě najít dobrovolníka, asistenta, který s ním trénoval cestu do práce, skartování, pohyb po budově a vyzvedávání materiálů ke skartaci, společně se učili rozvrhnout si práci a komunikovat s ostatními pracovníky.

Mirek pracuje ve firmě již druhým rokem. Pracovní dovednosti a cestování do práce již zvládl, na pracovišti ale ještě potřebuje podporu osobního asistenta, který mu pomáhá v mobilitě a s *dodržováním pravidel*.

■ Jana

Jana se narodila s diagnózou dětské mozkové obrny (těžké postižení dolních a lehké postižení horních končetin). Byla stále v péči odborných lékařů, absolvovala několik operací, rehabilitovala, jezdila do lázní. Díky dobrému rodinnému zázemí se vzdělávala v běžné základní i střední škole (obor sociálněprávní). Po celou dobu jí ve vzdělávání kromě rodičů pomáhaly asistentky pedagoga, se kterými měla vždy velmi úzký, až kamarádský vztah. Se spolužáky se příliš nestýkala. Byla spíše nejistá, což se projevovalo hlavně v cizím prostředí, kterému se až do nástupu na střední školu vyhýbala. Výběr povolání byl pro ni velmi těžký. Nevěděla, čím chce být. Vzhledem k omezeným možnostem v oblasti jemné i hrubé motoriky nepřicházel v úvahu téměř žádný učební obor a na studium na gymnázium si dívka netroufala. Obor zaměřený na sociální oblast si nakonec vybrala po poradě s psychologkou ve SPC.

Jana se bála kontaktu s „normálním“ světem především kvůli své neschopnosti komunikovat s cizími lidmi. Celé dětství byla chráněna v těsném rodinném kruhu, což mělo další negativní důsledky na její psychiku a osobnost. Byla zvyklá spoléhat na podporu dospělých ve škole i v rodině a měla omezené sociální

zkušenosti. Situace se postupně začala měnit až na střední škole, která znamenala první větší a trvalý kontakt se spolužáky. I přesto, že začátky byly velmi těžké, se Jana s podporou asistentky postupně začala zapojovat i do kolektivu spolužáků. Našla si také kamarádku. Obor i praxi na střední škole zvládla hlavně díky psychické podpoře své maminky, kamarádky a asistentky pedagoga.

Po skončení studia dívka s pomocí rodičů začala s hledáním práce a oslovila několik organizací, které působí v sociální sféře. Většina oslovených organizací jí ale bohužel nabídla práci pouze na dobrovolnické bázi nebo ji odmítla z důvodu bariérovosti pracoviště.

Teprve po roce hledání se jí podařilo práci najít. Nastoupila na částečný úvazek do Pražské organizace vozíčkářů, kde pracuje jako administrativní pracovnice osobní asistence. Vzhledem k zaměření organizace má možnost přizpůsobit pracovní dobu svému zdravotnímu stavu a i její pracovní prostředí je uzpůsobeno používání vozíčku.

7 Shrnutí obsahu kariérového poradenství

— Eva Čadová —

A. Přípravná fáze kariérového poradenství

MŠ / 1.-3. ročník			
Co	Zaměření/témata	Kde	Kdo
Utváření základních představ o různých zaměstnáních	„Co lidé dělají v práci?“ „Jaká známe povolání?“ „Čím jsou máma, táta, babička, dědeček, rodiče kamarádů či kamarádek?“ „Čím bych chtěl být já?“	V MŠ při hrách na povolání, v rozhovorech nad obrázky, návštěvy např. na poště, v obchodě, kadeřnictví... V ZŠ vzdělávací předměty: • český jazyk • prvouka • výtvarná výchova • pracovní činnosti (vytváření základních pracovních návyků a dovedností při práci s různorodým materiálem)	Účitelé v mateřské škole, rodiče Vyučující

4.–5. ročník		
Co	Zaměření/témata	Kdo
<p>Pokračování v utváření představ o tom, co obnášejí různá povolání.</p> <p>Rozvíjení sebezpoznání a sebereflexe</p>	<p>„Co musím udělat pro to, abych byl tím, čím být chci?“</p> <p>„Co mi jde dobře, co dokážu sám?“ (důležité ve vztahu k tělesnému postižení)</p> <p>Zjišťování zájmů a zálib žáků</p> <p>Průmysl a zemědělství ČR (vlastivěda)</p> <p>Hodnota peněz (matematika)</p> <p>Profese (seznamování s jednotlivými profesemi za využití her, pohádek, rozhovorů a videoprezentací v rámci třídnických hodin)</p> <p>Pracovní činnosti: základy práce s ručními náradím, kuchyňským náčiním i šicími pomůckami, jednoduché pracovní postupy, montážní a demontážní práce, pěstitelské práce a příprava jednoduchých pokrmů</p> <p>Rozvoj a podpora jemné motoriky, zapojování žáků s TP do všech motorických aktivit, které žák může zvládnout, i kdyby musel využít pomůcek.</p>	<p>Všichni učitelé</p> <p>Rodiče</p>

B. Kariérové poradenství

6.–7. ročník		
Co	Zaměření/témata	Kdo
<p>Dokončování aktivit z 1. stupně ZŠ</p>	<p>Navazování na úroveň dosažených vědomostí, dovedností a návyků získaných na 1. stupni ZŠ v rámci různých předmětů, především pracovních činností, a podpora samostatnosti žáků s TP.</p> <p>Uvědomování si dopadů tělesného postižení do činností se snahou o kompenzaci vlastním úsilím, případně se zapojením pomůcek, které mohou při překonávání dopadů tělesného postižení pomoci.</p> <p>Aktivity, jejichž cílem je seznámit žáky (i jejich rodiče) s jednotlivými profesemi a obory SOU a SOŠ, řešení otázek s tím souvisejících.</p> <p>U žáků s tělesným postižením postupné omezování dopomoci ze strany asistenta pedagoga – podpora budování samostatnosti (dle možnosti žáků).</p> <p>Zapojování žáků s tělesným postižením do volnočasových aktivit s cílem rozvíjet a podporovat zájmy a záliby i možnost vyzkoušet si, co žák zvládá a jakou pomoc potřebuje.</p>	<p>Všichni učitelé, zapojení výchovného poradce, případně kariérového poradce, ŠPP</p> <p>Rodiče, asistenti pedagoga, žák</p> <p>Učitelé a vychovatelé, vedoucí, kroužky a volnočasové aktivity</p>

8.–9. ročník		
Co	Zaměření/témata	Kdo
Cílené a v 9. ročníku již intenzivní kariérové poradenství	<p>Přednášky a besedy (lektoři z ÚP, SOŠ, SOU, gymnázií)</p> <p>Praktické workshopy</p> <p>Exkurze do různých firem, obchodů, škol...</p> <p>Aktivity zaměřené na sebepoznání („Co mě baví, k čemu mám vloh, nadání?“), podpora motivace.</p> <p>Využití vzdělávacích oborů občanská výchova, výchova ke zdraví</p> <p>Vyhledávání vhodné profese, studijního oboru a informací z internetu (informatika)</p> <p>Seznámení s Atlasem školství a různými webovými stránkami (Infoabsolvent)</p> <p>Návštěvy na ÚP</p> <p>Návštěvy středních škol (běžných i „samostatně zřízených“) ve dnech otevřených dveří; využití možnosti osobní návštěvy školy (učiliště) v praktickém vyučování – posouzení vhodnosti oboru na základě informací, náhledu a osobní zkušenosti</p> <p>Poradenství k volbě povolání žáků s tělesným postižením v ŠPZ, diagnostika (9. ročník)</p> <p>Již v průběhu 8. ročníku v rámci návštěv ve školách (rodinách) směřování k volbě povolání (výběru oboru), poskytování informací a poradenství žákům i jejich zákonným zástupcům</p>	<p>Výchovný poradce, kariérový poradce, třídní učitel, učitel pracovních činností, pracovníci ŠPP</p> <p>Rodiče</p> <p>Zapojení pedagogů z budoucích středních škol a učilišť, kam se žák s TP může hlásit.</p> <p>Zapojení pracovníků ŠPZ.</p> <p>Zapojení pracovníků ÚP</p>

Střední škola / VOŠ		
Co	Zaměření/témata	Kdo
Pro žáky hlásící se ke studiu	Nabídka oborů ke studiu – webové stránky školy Dny otevřených dveří Akce pořádané školami Individuální konzultace s pracovníky ŠPP a ŠPZ	Výchovný poradce Učitelé Pracovníci ŠPP a ŠPZ Rodiče/žák
Poradenství pro žáky dokončující studium na škole	Aktivity zacílené na prevenci předčasného odchodu ze vzdělávání Monitoring školní neúspěšnosti Mentoring Pomoc při přestupu na jiný obor/školu Spolupráce s žáky, jejich zákonnými zástupci, pracovníky SPC, PPP Exkurze na pracovištích, podpora praxí a brigád Individuální konzultace s pracovníky ŠPP, ŠPZ Konzultace s ÚP Povolená účast na akcích propagujících studium na VŠ, VOŠ – Gaudeamus, dny otevřených dveří VŠ Nabídky zaměstnavatelů – osobní návštěvy ve škole, tištěná informační kampaň	Výchovný / kariérový poradce Pracovníci ŠPP a ŠPZ Rodiče/žák

Pro školy/zaměstnavatele:

Typ postižení	Omezení vyplývající z postižení	Omezení v mobilitě	Kompenzace/opatření
Tělesné postižení s mírnými dopady do vzdělávání a s nižší potřebou podpory	Při studiu není třeba výrazných úprav ani v obsahu, ani v organizaci výuky Nevhodné je pracovní prostředí s častými přesuny, potřebou zvedat těžká břemena, také pracovní výkon zaměřený na přesnost vykonávaných pohybů Potřeba individuálních úprav pracovního místa, nevyžadující velké náklady	Zpravidla minimální Potřeba mít možnost měnit polohy během pracovní doby Nutnost tolerance tempa a přesnosti práce Možné obtíže při potřebě vysoké míry flexibility a při nároku na tempo	Kompenzační pomůcky jsou využívány minimálně. Potřeba úpravy organizace práce, v některých provozech i úprava prostředí a pracovního místa

Typ postižení	Omezení vyplývající z postižení	Omezení v mobilitě	Kompenzace/ opatření
Středně těžké tělesné postižení	<p>Ve školách potřeba úpravy organizace, především v praktické výchově</p> <p>Nevhodné je bariérové prostředí s nutností se často přemísťovat.</p> <p>Transport těžších břemen, případně práce s příliš drobným materiálem</p>	<p>Mobilita samostatná v bezbariérovém prostředí, případně s pomůckami (berle)</p> <p>Problémy s delšími přesuny z místa na místo, únava z motorických činností</p> <p>Omezení v oblasti jemné motoriky, neobratnost.</p> <p>Zvedání těžkých břemen může být problematické</p>	<p>Omezení v mobilitě kompenzováno pomůckami. Potřeba zajištění těchto pomůcek (např. speciální židle, upravený stůl – s držákem berlí)</p>
Těžké tělesné postižení, imobilita (případně kombinace postižení)	<p>Nevhodné bariérové prostředí</p> <p>Významně zhoršená jemná motorika</p> <p>Vysoká míra unavitelnosti</p> <p>Možné další dopady diagnózy (individuální – nelze přesně popsat).</p>	<p>Výraznější obtíže v přesunech na pracovišti – potřeba bezbariérovosti</p> <p>Potřeba dopomoci při přesunech mimo bezbariérové prostory</p> <p>Narušení jemné motoriky (neschopnost vykonávat některé činnosti zaměřené na přesnost nebo manipulaci s těžšími předměty)</p> <p>Lékařem mohou být omezeny některé činnosti.</p> <p>Potřeba úpravy organizace ve výuce i v zaměstnání (častější přestávky, potřeba změny poloh, prevence únavy)</p>	<p>Zajištění bezbariérovosti školního nebo pracovního místa a potřebných kompenzačních pomůcek (výtah, plošina, schodolez, speciální stůl, madla na toaletě, případně speciální toaleta pro TP)</p> <p>Využívání a zajištění kompenzačních pomůcek</p>

MIMOŠKOLNÍ PORADENSTVÍ

Své potřeby a problémy mohou žáci se zdravotním postižením a jejich rodiče konzultovat podle svého uvážení i mimo školní prostředí. V resortu práce a sociálních věcí působí hustá síť informačních a poradenských středisek při úřadech práce, která disponují aktuálními informacemi o situaci na trhu práce, žádaných profesích a obsahu pracovních činností.

Pro osoby se závažnějšími formami zdravotního postižení je vhodnou cestou k seberealizaci a zachování kompetencí využívání denních sociálních zařízení a stacionářů, které poskytují spektrum služeb, včetně dalšího vzdělávání a zaměstnání v chráněných dílnách. V tomto směru by byla žádoucí další systémová řešení, např. cílené sociální služby, zejména v oblasti HR (Human Resources, tj. lidské zdroje, resp. personalistika), a rozvoj činností osobních asistentů, která mohou vstup na pracovní trh významně podpořit. Velmi účinné by mohly být aktivity neziskových organizací a občanských sdružení, které se zabývají tzv. podporovaným zaměstnáváním osob se zdravotním postižením. Pomáhají jim vyhledávat a zprostředkovávat pracovní zařazení na otevřeném trhu práce, ale často se zaměřují i na komplexní pracovní rehabilitaci. To znamená, že kromě aktivního hledání práce a pomoci při jejím udržení osobám se zdravotním postižením poskytují také poradenství v oblasti volby povolání a teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání.

Závěr

Předložený text nemá ambici stát se uceleným manuálem kariérového poradenství pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Poprvé v českém prostředí a v tomto rozsahu však aplikuje obecné principy a zásady kariérového poradenství na naši cílovou skupinu žáků s tělesným postižením a žáků se závažným onemocněním.

V seznamu použité a doporučené literatury jsou uvedeny publikace, ze kterých autoři textu čerpali a které je možné považovat za texty popisující aktuální pohled na kariérové poradenství všech věkových skupin, viz Navarová a Lancová (2019) nebo Pýchová, Košťálová, Drahoňovská a Madzirová (2020). A právě tyto texty doporučujeme vaší pozornosti.

Autoři předloženého textu pracují mnoho let v oblasti vzdělávání a školského poradenství žáků s tělesným postižením, proto v textu aplikovali poznatky kariérového poradenství obecně na cílovou skupinu těchto dětí, žáků a studentů. Věříme, že text dostatečně zdůraznil potřebu vzdělávání v tzv. specifických dovednostech, které významným způsobem posilují kompetence těchto žáků potřebné při dalším studiu a uplatnění v zaměstnání.

Nové přístupy kariérového poradenství podporují rozvoj lidského potenciálu, duševních a tělesných schopností, nadání a kreativity a akcentují individualitu jedince. Cílem kariérových služeb ve škole je, aby si žáci s tělesným postižením, ale i s přetrvávajícím dlouhodobým onemocněním, uvědomili vlastní hodnoty, posílili své sebevědomí, byli pozitivně motivováni a aktivně vytvářeli tlak a poptávku po širším vzdělávání a uplatnění na pracovním trhu. Škola jako moderní otevřená instituce má v tomto směru jedinečnou příležitost připravovat své žáky ke spokojenému osobnímu, občanskému a profesnímu životu.

Metodika se nesoustředí na výběr vhodných či nevhodných oborů pro žáky s tělesným postižením, i když víme, že tělesné postižení výběr uplatnění významně omezuje. Snažili jsme se popsat provázení jedince s tělesným postižením vzdělávací soustavou, poznávání jeho silných a slabých stránek, posilování

kompetencí tam, kde je to u konkrétního jedince potřeba. To všechno samozřejmě ve spolupráci s týmem pedagogů školy, kde se žák s TP vzdělává, příslušným SPC a zákonnými zástupci.

V neposlední řadě upozorňujeme na existenci tranzitních programů nejen v sociální oblasti, ale i rozvoj této oblasti ve školství. Tranzitní programy jsou vhodné pro žáky s těžkým zdravotním postižením, kteří nemají šanci získat kompetence k pracovnímu uplatnění na volném trhu v dostatečné míře. Samotný tranzitní program však v metodice nepopisujeme, neboť ten je současně zpracováván v rámci samostatné publikace *Rukověť kariérového poradce žáků se SVP – individuální plánování a tranzitní program*, která je dalším výstupem projektu Systémová podpora kariérového poradenství a tranzitních programů žáků se SVP pro ČR.

Věříme, že informace, které má výchovný poradce v oblasti kariérového poradenství u intaktních žáků, obohacené o informace, které přináší tato metodika, přispějí ke kvalitnímu kariérovému poradenství poskytovanému ve školách žákům s tělesným postižením.

Závěrem děkujeme všem kolegyním a kolegům ze škol připravujících žáky s tělesným postižením i samotným žákům s tělesným postižením za spolupráci a podporu při přípravě tohoto textu. Více informací i k poradenství pro další skupiny žáků se SVP naleznete na portálu www.kariera.zp.upol.cz.

Slovníček pojmů

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

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

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

Celiakie – chronické autoimunitní onemocnění sliznice tenkého střeva způsobené přecitlivělostí na lepek obsažený v některých obilovinách. Celiakie může vést k těžké podvýživě, průjmům, vzniku osteoporózy nebo zvýšenému riziku maligních nádorů. V současnosti je tato choroba nevyлéčitelná, dodržováním bezlepkové diety je ale možné potlačit její příznaky.

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

Deprivace – z latinského slova privo, tj. zbavit. Ve své české podobě vznikl tento termín pravděpodobně odvozením od anglického slovesa deprive, tj. odeprít (něco někomu). Jde o dlouhodobé nedostatečné uspokojení tělesných či psychických potřeb jednotlivce.

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

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

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

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

Dysfázie – vývojová dysfázie je specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. Vzniká jako následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu. Postižení je tím lokalizováno do centrální sluchové oblasti řečových center. Postižení CNS je tedy spíš difúzní, ne ložiskové. Zasahuje celou centrální korovou oblast a podle vážnosti postižení se manifestuje různou hloubkou příznaků. Projevuje se širokou symptomatikou včetně výrazně nerovnoměrného vývoje celé osobnosti. Podle hloubky postižení se manifestuje různě širokou škálou i hloubkou příznaků, od dysfatické symptomatiky

po úplnou nemluvnost. Dysfatický vývoj ovlivňuje i vývoj osobnosti dítěte, jeho citovou, motivační a zájmovou sféru, postavení v rodině, širší psychosociální začlenění i budoucí profesní orientaci.

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

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

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

Edukační intervence – cílená odborná výchovná a vzdělávací optimalizační opatření.

Epilepsie – záchvatovité onemocnění mozku, které může být vrozené nebo získané. K léčbě epilepsie se užívají režimová opatření, podávání antiepileptik a u těžkých a sekundárních epilepsií připadá v úvahu i chirurgické řešení.

Fenylketonurie – metabolické onemocnění, vrozená porucha látkové výměny způsobená neschopností těla štěpit aminokyselinu fenylalanin na tyrosin. Bez aktivního vyhledávání se onemocnění zjistí až v době nenávratného poškození mozkových funkcí dítěte. Proto se provádí screening – plošné vyhledávací vyšetření z kapky krve novorozence. Výsledky zpracovávají centrální laboratoře a v případě podezření na tuto nemoc je dítě znovu vyšetřeno. Pokud se podezření potvrdí, je dítě ihned léčeno. Jedinou účinnou léčbou je přísná nízkobílkovinová a nízkofenylalaninová dieta, která je nutná právě v dětském věku, i přísná dieta v období těhotenství, která umožní snížit vysoké hladiny fenylalaninu v krvi, jež přechází do dělohy. Tím se předejde výše zmíněnému poškození mozku a dalším vadám plodu.

Genetický – dědičný, vývojový.

Hemofilie – vrozené onemocnění projevující se poruchou srážlivosti krve, což se navenek projevuje chorobnou krvácivostí – krevními výrony do svalů či kloubů a omezenou schopností organismu zastavit krvácení. Hemofilie postihuje pouze osoby mužského pohlaví, ale ženy jsou nositelkami vadného genu. Léčba se provádí podáváním srážecích faktorů získaných z krevní plazmy a léků zastavujících opětovné rozpouštění již sražené krve.

Handicap – nevýhoda (znevýhodnění) jako důsledek zdravotního postižení, které omezuje člověka v běžných životních úkonech, ztěžuje jeho výkonnost, dosahování vzdělávacích i společenských cílů, narušuje sociální vztahy a kvalitu života. Společenské podmínky, v nichž jedinec s handicapem žije, mohou míru znevýhodnění snížit vhodnou úpravou prostředí, které poskytne dostatek příležitostí k naplňování různých potřeb postiženého jedince.

Heterogenita – různorodost je frekventovaný pojem v oblasti speciální pedagogiky, kde se jedná o zařazení jedince s postižením do sociální skupiny nebo do sociálního (nejčastěji školního) prostředí. Heterogenní skupina je tvořena z jedinců rozdílných schopností, různé úrovně dosaženého vzdělání a sociálních dovedností a uplatňuje se ve školách s integrovanými žáky.

Hydrocefalus – nahromadění mozkomíšního moku v nitrolebním prostoru.

Hyperaktivita – fyzický stav projevující se abnormální aktivitou, impulzivností, vznětlivostí.

Hyperprotektivní – v určitých situacích neadekvátně a nadměrně ochraňující, hýčkájící, rozmazlující.

Hypoaktivita – snížená (menší) tělesná aktivita, tělesná inaktivita (nečinnost).

Imobilita – nepohyblivost, nehybnost, neschopnost se hýbat.

Identita – schopnost jedince vnímat sám sebe, chápat svou svébytnost, smysl své existence, stejnost, shodnost, rovnost i totožnost jako člena lidské společnosti. Těž sebepojetí jedince, které se vytváří v sociálních interakcích v průběhu života a vyjadřuje jeho postoje a očekávání vůči sobě samému. V důsledku zdravotního postižení bývá identita člověka narušena.

Inzulínová pera – nástroje pro pacienty s diabetem určené k aplikaci inzulínu. Umožňují jednoduchou a prakticky nebolestivou aplikaci. V současné době je možné volit mezi takzvané předplněnými perý, která již obsahují inzulín v zataveném aplikátoru, nebo perý, do kterých se vkládají ampule s inzulínem.

Inzulínová pumpa – novější druh inzulínového aplikátoru, který umožňuje častější aplikace inzulínu ve spojení s trvalým, kontinuálním podáváním. Jinými slovy systém bazál-bolus. Inzulín se aplikuje pomocí setu, který má pacient injikován do podkoží po 24 hodin. Současné inzulínové pumpy ale zatím nedokážou samy reagovat na hladiny krevního cukru. Pacient musí sám vyhodnotit tato data a podle toho usměrnit nastavené dávkování inzulínu. Přesto je inzulínová pumpa nástrojem, jak zlepšit kompenzaci diabetu v situaci, kdy není aplikace ve čtyřech dávkách pomocí klasických per dostatečně účinná.

Kompenzace – soubor speciálněpedagogických metod a postupů zaměřených na zdokonalování výkonnosti jiného orgánu a jeho funkce, než je oblast postižená. Kompenzace pomáhá jedinci vyrovnávat se s omezením výkonu v dané oblasti zvýšením funkce jiného orgánu (například rozvíjení sluchového vnímání při postižení zraku). Kompenzační metodické postupy soustavně podporují výkonnost neporušených funkcí, které se stávají náhradou za funkci porušenou či zcela vyřazenou.

Komunikace – jedna z nejběžnějších, zároveň i nejobtížnějších dovedností v lidském životě, která slouží k dorozumívání mezi lidmi. Dorozumívání a dorozumění je předpokladem vzájemného pochopení, spolupráce, soužití. Komunikace má mnoho forem, probíhá od prvních chvil života a rozvíjí se po celý život v různých situacích. V běžné komunikaci jde o sdělování informací, poznatků, zkušeností, problémů, prožitků apod. a zároveň o porozumění, pochopení toho druhého, porozumění tomu, co od nás žádá, jaké jsou jeho potřeby i priority. Komunikace nejčastěji probíhá pomocí řeči, důležitá je též mimika, gesta, síla a zabarvení hlasu, postoj i celkové chování člověka (tedy takzvaná řeč těla).

Koncept manželů Bobathových – vychází z pozorování chování lidí s centrálně podmíněnými poruchami motoriky, které se projevují silným svalovým napětím a nižšími svalovými reflexy. Není to klasická rehabilitační metoda, ale ucelený komplexní přístup k pacientovi, jenž zahrnuje čtyřicetihodinovou péči terapeutů a členů rodiny.

Koordinace – probíhá na různých úrovních. Pro osoby se zdravotním postižením je důležitá koordinace služeb, tedy složky zdravotně-léčebné, rehabilitační, vzdělávací, psychologické, pracovní a sociální. Integrace žáků se zdravotním postižením v běžné škole se neobejde bez koordinace poskytované podpory ze strany školy, mimoškolních organizací a rodiny.

Kvalita života – soubor různorodých podmínek materiálních i duchovních, důležitých pro zdravý a spokojený život. Závisí jak na vnějších podmínkách prostředí, v němž jedinec žije, tak i na vnitřních podmínkách jeho osobnosti. Znakem kvality života je různorodost a zároveň komplexnost faktorů, které ji ovlivňují

v různých etapách života. Zdravotní postižení nemusí být vždy provázeno snížením kvality života. Sami lidé se zdravotním postižením ji často nepovažují ve srovnání s ostatními za horší. Ke zvyšování kvality života zdravotně postižených dětí je nutná podpora všech jejích složek, zvláště pak rovnocenný přístup ke vzdělávání, v pozdějším věku k pracovním i společenským příležitostem. Kvalita života je významným kritériem při hodnocení zdravotních, sociálních i vzdělávacích intervencí u osob se zdravotním postižením.

Leukémie – zhoubné onemocnění krvetvorby. Nádorový proces postihuje bílé krvinky (leukocyty), které se začnou nekontrolovatelně dělit a narušují normální funkce krve (transport kyslíku, krevní srážení, imunitní funkce). Léčba záleží na tom, o jaký typ leukémie se jedná a jak dlouho trvá. Zahrnuje chemoterapii, ozařování a transplantaci kostní dřeně. Přesto někdy není léčba úspěšná a onemocnění končí úmrtím. Mezi dětmi jsou leukémie vůbec nejčastějším nádorovým onemocněním.

Meningitida – zánět mozkových blan. Rozlišujeme dva druhy tohoto zánětu: jednak hnisavý, bakteriální, a jednak nehnisavý, virový. Představitelem hnisavého zánětu mozkových blan je například meningokoková meningitida. Představitelem virového zánětu je například zánět způsobený klíštětem. V obou případech jde o zánět mozkových obalů, který se projeví bolestmi hlavy, horečkami a neurologickými příznaky. Hnisavý zánět mozkových blan probíhá velmi rychle a zánět se rozšíří do celého těla. Pacienta záhy ohrožuje přímo na životě. Ani virový zánět ale není bez rizik. Po tomto zánětu mohou různě dlouho přetrvávat neurologické potíže, jako jsou obrny.

Meningomyelokéla – stav, kdy mozkové pleny vyhřezávají skrz rozštěp kostěného obalu, nejčastěji v oblasti dolní části páteře, někdy s hromaděním likvidu, pak se jedná o meningocystokélu. Tato vrozená vada by měla být zachycena v rámci sonografických vyšetření v těhotenství. V současné době se tak děti s touto vrozenou vadou, která limituje jejich přežití a může velmi komplikovat porod, rodí jen zcela vzácně.

Morbus Calve-Legg-Perthes – idiopatické onemocnění kyčelního kloubu, způsobené poruchou prokrvení proximální epifýzy femoru. Osifikační centrum hlavice kosti stehenní podlehne nekróze, je resorbováno a postupně přestavěno v živou kost. Nekrózou, která postihuje převážně chlapce ve věku od 5 do 8 let s variační šíří 2–15 let, může být postižena celá epifýza i s přílehlou částí metafýzy a růstové ploténky, častěji se však jedná o parciální postižení hlavice. Výsledkem může být buď plně anatomicky i funkčně normální kyčelní kloub, nebo lehčí či závažnější deformita, omezující v různé míře pohyb v postižené kyčli, tělesnou výkonnost a vedoucí k vývoji časné artrózy.

Mukopolysacharidóza – metabolické onemocnění, vrozená porucha látkové výměny, způsobená neschopností těla štěpit látky mukopolysacharidy. Mukopolysacharidy tvoří mezibuněčnou hmotu v pojivových tkáních. Při poruše jejich štěpení dochází k vážným poruchám funkce kloubů, srdečních chlopní, rohovky.

Mukopolysacharidóza vede často k poruše růstu dítěte, neprospívání, zvětšení jater a sleziny. Neprospívající dítě má nápadně velké břicho a jeho psychomotorický vývoj se opoždí. Jedinou možností léčby jsou speciální dietní opatření a výživové doplňky.

Multisenzoriální přístup – současné působení na více smyslů, na jehož základě vznikají speciální pedagogické metody využívané při vyučování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Uplatňuje se zvláště v oblasti komunikace. Dětem jsou nabízeny podněty a vjemy, které pokrývají celou škálu jejich možností vnímat a osvojovat si poznatky přiměřeně jejich věku a zkušenostem. Díky tomuto přístupu mohou děti využívat více možností zapamatování, učí se rychleji a učí se lépe zapamatují. Multisenzoriální přístup se uplatňuje také při výuce cizích jazyků.

Osoba zdravotně postižená – osobou se zdravotním postižením (OZP) je dle ustanovení § 67 zákona o zaměstnanosti fyzická osoba, která je orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidní ve třetím, druhém nebo prvním stupni.

Osoba zdravotně znevýhodněná – osoby zdravotně znevýhodněné (OZZ) jsou podskupinou osob se zdravotním postižením, které nejsou invalidní, ale jimž dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav omezuje schopnost pracovního uplatnění.

Participace – účast osob na určitém procesu, podíl na rozhodování, řízení, postupech a jiných aktivitách směřujících ke společně stanovenému a akceptovanému cíli. V oblasti vzdělávání je důležitá aktivní participace žáků na procesu výuky, jejíž formy se mění v závislosti na stupni a druhu školy i na samotném klimatu třídy. Jedním z cílů speciálněpedagogické intervence je zvyšování participace zdravotně postižených žáků na vlastním vzdělávání a na aktivitách školy. Podobně participace rodičů významně ovlivňuje jejich vztah ke škole a úspěšnost vzdělávacího procesu. Participace rodičů zdravotně postižených žáků přispívá k dosažení pozitivních výsledků integrativního způsobu vzdělávání.

Perorální podání – podání léku ústy (orálně, per os, p. o.). Perorálně lze podávat pouze takové léky, které nejsou v zažívacím traktu nežádoucím způsobem rozkládány a které se ze zažívacího traktu dostatečně vstřebávají (výjimkou jsou léky, např. antibiotika, určené pro léčbu nemocí střeva, kde může být výhodou, že se lék nevstřebává).

Prevalence – počet nemocných trpících danou nemocí či poruchou v populaci (počet nemocných k počtu obyvatel). Pojem se užívá například u výskytu nemocí. Přesněji prevalence udává počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu. Obvykle se udává do poměru k velikosti populace a vyjadřuje se v procentech.

Prognóza – odhad dalšího vývoje, budoucího stavu určité reality, který se opírá o objektivní nálezy a vědecké poznatky, a má proto značnou míru spolehlivosti. U dětí se zdravotním postižením stanovuje zlepšení či zhoršení daného stavu. Vedle lékařské prognózy je pro zdravý rozvoj osobnosti dítěte důležitá též prognóza

jeho vzdělávacích možností, stanovení dílčích cílů a etap, jejich hodnocení a kontrola v průběhu školní docházky.

Psychopatologie – jedna ze základních disciplín psychologie. Zabývá se duševními poruchami, psychickou tísní a abnormálním chováním člověka. Jinak řečeno, zabývá se otázkami normality a abnormality lidského chování. Termínu psychopatologie se nejčastěji užívá v psychiatrii – patologie se zde vztahuje k symptomům (příznakům) a průběhu duševní nemoci.

Rakovina (onkologická onemocnění) – rakovina je laický název zhoubného bujení různého charakteru. V našem těle trvale dochází ke snaze buněk o nekontrolované dělení, a tím k bujení tkáně na základě různých vnějších vlivů – od virových infekcí přes genetickou dispozici až po stresové stavy. U zdravého člověka je takový proces již v zárodku zastaven buňkami imunitního systému. Při poruše této rovnováhy získají buňky, které se vymanily kontrole, navrch a dochází k růstu nádoru, laicky rakoviny.

Raná péče – terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou, poskytovaná dítěti se zdravotním postižením a jeho rodičům od narození dítěte do věku sedmi let. Týká se také dětí bez diagnostikovaného zdravotního postižení, jejichž vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Zaměřuje se na podporu rodiny a vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Tuto službu poskytují střediska rané péče, jejichž síť se stále rozrůstá.

Reedukace – soubor speciálněpedagogických metod a postupů zaměřených na rozvoj nevyvinuté nebo porušené funkce postiženého orgánu (reedukace sluchu, zraku, řeči, pohybových a rozumových schopností). Reedukační metody se uplatňují i při ovlivňování a odstraňování poruch čtení, psaní a počítání, jsou-li tyto podmíněny funkčními vadami analyzátorů. Mají svůj specifický význam v oblasti individuální i skupinové převýchovy.

Rehabilitace – ve speciální pedagogice soubor metod a postupů zaměřených na úpravu vztahů jedince se zdravotním postižením se společností rozvíjením jeho praktických schopností a dovedností, zmírněním následků postižení, vyhledáváním možností jeho seberealizace a společenského uplatnění. Rehabilitace vede ke zlepšení kvality života. Komprehensivní (ucelená) rehabilitace je společenský proces, který se týká všech aspektů společenského života a zahrnuje složku zdravotnickou, sociální, pedagogickou, kulturní, pracovní, legislativní, ekonomickou, organizační i politickou.

Skolióza – trojrozměrná deformita páteře. Dochází k vychýlení páteře do stran i v předozadním rozměru. V podstatě jde o to, že přirozené zahnutí páteře je vystupňované a tvoří hrb, zvláště v hrudní části, nebo dojde ke zhroucení páteře do stran či ke kombinaci obojího. Skolióza patří k častým problémům dospívajících dívek. V době rychlého růstu může u štíhlých jedinců se slabšími zádovými svaly dojít k deformitám, které následně mohou vést ke strukturálním změnám obratlů. Větší predispozici ke skolióze mají děti s vadným držetím těla. Prvním stupněm léčby a prevence skoliózy je posílení zádového svalstva, a tím i pevnosti

správného postavení obratlů. Pokročilá skolióza vyžaduje pasivní podporu páteře pomocí korzetu.

Spastický – výraz je odvozen od slova spasticita, což je výrazné napětí svalů ve vnitřních orgánech, zejména v kosterních svalech. Spastická obrna je stav, kdy svaly postižené končetiny jsou zvýšeně napjaté. Je porušena hybnost, končetiny kladou odpor pasivnímu ohýbání. Ke spastické obrně dochází vlivem poškození mozku v důsledku krvácení, hypoxie nebo při poškození míchy. V souvislosti se slovem spastický se ale můžeme setkat také s pojmem spastická bronchitida, kde jde o zánět průdušek provázený zvýšeným svalovým napětím v hladké svalovině průdušek, jež vede k zúžení jejich průsvitu. Spastická bronchitida je častá u kojenců a batolat se sklonem k atopii. Může být ekvivalentem astmatu.

Supervize – nástroj celoživotního učení používaný zejména u pomáhajících profesí. Supervize vznikla v psychoterapeutickém prostředí. Později se začala využívat i v dalších oblastech, jako je sociální práce, zdravotnictví a školství. Smyslem supervize je rozvíjet profesní dovednosti supervidovaných, posilovat vztahy v pracovním týmu a nacházet řešení problematických situací. V procesu supervize poskytuje supervizor supervidovanému zpětnou vazbu k jeho práci. Úkolem supervize je zaručovat dobrou úroveň práce v dané odbornosti. Hlavními funkcemi supervize je řízení, vzdělávání a podpora.

Vojtova metoda – terapeutický systém, který je důležitý pro pohybové poruchy hlavně u dětí. Ovlivňuje centrální nervový systém, který řídí i procesy motoriky. Aby byla léčba úspěšná, musí být prováděna až čtyřikrát denně. Ideálně tedy v domácím prostředí a s rodiči. Rodiče musí být vyškoleni odbornými terapeuty. Vojtova metoda má význam pro rehabilitaci pacientů v neurologii, ortopedii a chirurgii. Aktivuje brániční a pomocné dýchací svaly, zkvalitňuje dýchání, napřimuje páteř a předchází skolióze. Zlepšuje i polykání a vyprazdňování.

Závislost – kvalita života lidí se zdravotním postižením často závisí na pomoci druhých, mnozí jsou významně omezováni v rozvoji svých schopností, v soběstačnosti a uplatnění. Úsilí o zmírnění závislosti se týká všech věkových skupin a v průběhu života nabývá různých forem. Jedním z cílů speciálněpedagogické intervence je dosažení co nejvyšší míry nezávislosti.

Znevýhodnění – projevuje se ve dvou základních oblastech – zdravotní a sociální. V pojetí české legislativy je zdravotním znevýhodněním (na rozdíl od zdravotního postižení) zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. Za sociálně znevýhodněné jsou považovány děti pocházející z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením nebo ohrožené sociálněpatologickými jevy. Pro znevýhodněné žáky je třeba vytvářet mechanismy podpory vzdělávacích potřeb a podpory sociálního začlenění.

Seznam zkratek

ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou
ADD	prostá porucha pozornosti bez hyperaktivity
AP	asistent pedagoga
DMO	dětská mozková obrna
IVP	individuální vzdělávací plán
KA	klíčové aktivity
KK	klíčové kompetence
KO	klíčové oblasti
MO	mozková obrna
MP	mentální postižení
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	mentální retardace
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NNO	nestátní neziskové organizace
NKS	narušená komunikační schopnost
OZZ	osoby zdravotně znevýhodněné
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
PV	pracovní výchova
SPC	speciálněpedagogické centrum
SVP	speciální vzdělávací potřeby
SZn	sociální znevýhodnění
ŠPZ	školské poradenské zařízení
SŠ	střední škola

ŠPP	školní poradenské pracoviště
TP	tělesné postižen
TV	tělesná výchova
ÚP	úřad práce
ZP	zdravotní postižení
ZŠ	základní škola
ZŠS	základní škola speciální

Literatura a další zdroje

- ADÁMEK, P. a O. NĚMEC, 2005. Kvalita života. In: LEITNER, A. *Kvalita pracovního života, rovné zacházení a řízení lidí*. Acta oeconomica Pragensia: vědecký sborník Vysoké školy ekonomické v Praze. Praha: Oeconomica. ISSN 0572-3043.
- BARTOŇOVÁ, M. a M. VÍTKOVÁ, 2013. *Specifika ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivním prostředí základní školy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6646-5.
- BUCHTOVÁ, B. et al., 2002. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada. ISBN 80-247-9006-8.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava, 2005. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-37-3.
- ČADOVÁ, E. et al., 2015. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodů tělesného postižení nebo závažného onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-4615-8.
- DOLEŽEL, R. a M. VÍTKOVÁ, eds., 2007. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-143-0.
- DURAJOVÁ, Z. a P. POLÁK, 2020. *Zaměstnávání lidí s postižením z pohledu veřejného ochránce práv* [online]. © Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: www.ochrance.cz
- CHVÁTALOVÁ, H., 2005. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. 2. vyd. Praha: Portál, s. 26, 122, 147. ISBN 80-7376-013-5.
- JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-730-5.
- JEŘÁBEK, J. et al., 2005. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: VÚP.
- KAPOUNEK, A. a B. KAPOUNEK, 1989. *Ortopedie a neurologie pro speciální pedagogii*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 80-7066-073-2.

- KONVALINKA, Petr, et al. *Zásady správné komunikace s osobami s tělesným postižením*. In: Projekt Výuka k různosti jako součást multikulturální výchovy a vzdělávání [online]. [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <http://www.nejsmevsichni.stejni.cz/>
- KOŠTÁLOVÁ, H. a M. CUDLÍNOVÁ, 2015. *Praktický průvodce kariérového poradce pro 21. století*. Praha: Evropská kontaktní skupina. ISBN 978-80-87993-01-9.
- KRAUS, J. et al., 2004. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8.
- KŘIVOVÁ, Jana, 2010. *Chráněná dílna jako možnost uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita.
- LESNÝ, I. a J. ŠPITZ, 1989. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: SPN. ISBN 8-04-22922-0.
- MATĚJČEK, Z., 1992. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 2., uprav. a rozš. vyd. Jinočany: H & H. ISBN 80-854-6742-9.
- MICHALÍK, J., 2013. *Rodina se zdravotně postiženým členem*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3643-2.
- MIKULÁŠTÍK, Milan, 2003. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0650-4.
- NOVOSAD, L. a M. NOVOSADOVÁ, 2000. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením: uvedení do problematiky*. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7083-383-1.
- NOVOSAD, L., 2011. *Lidé s tělesným postižením*. In: MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.
- OPATŘILOVÁ, D., 2004. *Osobnost žáka s tělesným postižením, chronickým onemocněním a zdravotním oslabením*. In: PIPEKOVÁ, J. *Kariérové poradenství pro žáky se zdravotním postižením*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, s. 22–26. ISBN 80-86856-01-1.
- OPATŘILOVÁ, D., 2012. *Analýza možností výběru profesní orientace u žáků s tělesným postižením v základních školách*. In: FRIEDMANN, Z. et al. *Specifika profesní orientace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich pracovní uplatnění. Professional Orientation of Pupils with Special Educational Needs and their Job Opportunities*. 1. vyd. Brno: Paido, s. 117–132. ISBN 978-80-7315-236-9.
- OPATŘILOVÁ, D. a D. ZÁMEČNÍKOVÁ, 2005. *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3718-0.
- OPATŘILOVÁ, D. a D. ZÁMEČNÍKOVÁ, 2007. *Somatopedie – texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-137-9.

- OPATŘILOVÁ, D. a D. ZÁMEČNÍKOVÁ, 2008. *Možnosti speciálněpedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4575-0.
- OPATŘILOVÁ, D. a D. ZÁMEČNÍKOVÁ, 2014. *Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením*. 1. vyd. Brno: Elportál, Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7611-2.
- PAYNE, J. et al., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- PIPEKOVÁ, J. et al., 2004. *Kariérové poradenství pro žáky se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. ISBN 80-86856-01-1.
- PIPEKOVÁ, J. et al., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
- POHL, U., 2005. Klíčová kvalifikace pro těžce postiženou mládež. In: BARTOŇOVÁ, M., J. PIPEKOVÁ a M. VÍTKOVÁ. *Integrace handicapovaných na trhu práce v mezinárodní dimenzi*. Brno: MSD, s. 201. ISBN 80-86633-31-4.
- PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ aj. MAREŠ, 2009. *Pedagogický slovník*. 6., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-647-6.
- PÝCHOVÁ, S., H. KOŠTÁLOVÁ, P. DRAHOŇOVSKÁ, a D. MADZIOVÁ, 2020. *Kariérové poradenství na každý pád*. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7598-604-7.
- ŘÍČAN, P. a D. KREJČÍŘOVÁ, 1997. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada – Avicenum. ISBN 80-7169-512-2.
- Slovník cizích slov* [online]. [cit. 2021-05-12]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/profesni-orientace>
- SVOBODA, M., D. KREJČÍŘOVÁ a M. VÁGNEROVÁ, 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, Praha: Portál. ISBN 80-7178-545-8.
- SVOBODOVÁ, D., 2015. *Profesní poradenství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5092-7.
- ŠÍŠKA, J., 2005. Model podporovaného zaměstnávání: historie a principy. In: PIPEKOVÁ, J., H. VAĎUROVÁ a P. MŮHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, s. 145. ISBN 80-210-3754-7.
- VÁGNEROVÁ, M., 1996. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, M., 2003. *Úvod do vývojové psychopatologie II*. Liberec: Západočeská univerzita. ISBN 80-7083-670-9.
- VÁGNEROVÁ, M., 2020. *Vývoj pozornosti a exekutivních funkcí*. Praha: Dr. Josef Raabe. ISBN 978-80-7496-441-1.

- VÁGNEROVÁ, M. a J. KLÉGROVÁ, 2008. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1538-7.
- VALENTOVÁ, L. et al., 2013. *Školní poradenství I*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7290-710-6.
- VENDEL, Š., 2008. *Kariérní poradenství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-249-1731-9.
- VESELÝ, A. et al., 2019. *Hlavní směry vzdělávací politiky ČR do roku 2030+. Pracovní verze ze dne 31. 10. určená k diskusi*. Praha: MŠMT.
- VÍTKOVÁ, M., ed., 2003. *Znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-048-4.
- VÍTKOVÁ, M., 2004. Edukace jedinců s tělesným postižením. In: VÍTKOVÁ, M., ed. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, s. 169–189. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, M., ed., 2004. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.
- VONDRÁČEK, P., P. PETRÁSKOVÁ et al., 2007. *Zlatý standard péče o pacienty s Duchenneovou a Beckerovou svalovou dystrofií*. Parent Project. ISBN 978-80-254-0433-1.
- VOTAVA, J. et al., 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0708-5.
- VRBKOVÁ, Klára, 2010. Význam zaměstnání pro zdravotně postižené a jejich využívání programů aktivní politiky zaměstnanosti. In: WINKLER, J. a L. KLIMPLOVÁ, eds. *Nová sociální rizika na trhu práce a potřeby reformy české veřejné politiky*. Brno: Masarykova univerzita, s. 69–84. ISBN 978-80-210-5352-6.
- ZÁMEČNÍKOVÁ, D., 2004. Pracovní uplatnění zdravotně postižených. In: VÍTKOVÁ, M., ed. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, s. 201–215. ISBN 80-7315-071-9.

Přehled a charakteristika publikačních výstupů projektu

Systémová podpora kariérového poradenství a tranzitních programů žáků se SVP v ČR, reg. č. CZ.02.3.62/0.0/0.0/19_077/0016805

1. Metodiky kariérového poradenství pro žáky se zdravotním postižením

Pod vedením zkušených speciálních pedagogů s dlouholetou praxí v poradenství žákům se zdravotním postižením bylo zpracováno šest samostatných metodik zabývajících se kariérovým poradenstvím u žáků s:

- ▶ mentálním postižením,
- ▶ tělesným postižením,
- ▶ zrakovým postižením,
- ▶ sluchovým postižením,
- ▶ poruchou autistického spektra,
- ▶ narušenou komunikační schopností nebo vývojovou poruchou učení.

Soustřeďují se na popis specifik kariérového poradenství vyplývajících z faktu, že žák s daným postižením je v určitých aspektech přípravy na povolání či samostatný život ovlivněn dopady zdravotního znevýhodnění.

2. Analýza podmínek a předpokladů úspěšného pracovního uplatnění žáka se ZP

Analýza je zpracována v šesti mutacích pro stejné skupiny žáků jako u výše uvedených metodik. Analýzy reflektují současný stav limitů a příležitostí vzdělávání a pracovního uplatnění jednotlivých cílových skupin žáků. Součástí každé z nich jsou výsledky dotazníkových šetření, která mezi rodiči, výchovnými poradci

a pracovníky zkoumala jejich zkušenosti s kariérovým poradenstvím u konkrétní skupiny žáků.

3. Rukověť kariérového poradce žáka se SVP – individuální plánování a tranzitní program – obecná část

Publikace uvádí základní principy, postupy a nástroje práce využitelné v rámci tranzitního programu. Cílem je připravit a realizovat u žáků s těžkým postižením efektivní podporu při přechodu ze světa vzdělávání do světa práce. V našem pojetí však není zaměřen pouze na získání zaměstnání (ať už na otevřeném, nebo chráněném trhu práce). Řada žáků má kvůli svému těžkému postižení tak závažné dopady na životní aktivity, že je v důsledku toho jejich zaměstnatelnost, a to i v podporovaném zaměstnávání, významně omezena. Pro tyto žáky jsou připraveny doporučené modely podpory posílení samostatnosti a soběstačnosti, které jim umožní zvýšit a udržet potřebnou kvalitu života po škole.

4. Rukověť kariérového poradce žáka se SVP – individuální plánování a tranzitní program – krajské mutace

V rámci projektu probíhala ve 12 krajích ČR (s výjimkou hl. m. Prahy a Karlovarského kraje) úzká spolupráce se školami i dalšími subjekty vzdělávajícími/podporujícími žáky s těžkým postižením. Díky znalostím místních reálií mohly vzniknout tyto krajské mutace, zaměřené na vybraná významná data o organizacích, které se v daném kraji podílejí na vzdělávání, sociální podpoře či zaměstnanosti osob s těžkým postižením.

5. Analýza uplatnitelnosti absolventů s těžkým postižením na trhu práce v ČR

Analýza je zaměřena na popis aktuální situace v oblasti vzdělávání, sociálních služeb a zaměstnaneckých příležitostí pro osoby s těžkým postižením v České republice. V úvodu je tento pojem definován pro potřeby všech výstupů projektu. Data získaná rešeršemi zdrojů a z praktických zkušeností autorů jsou doplněna o interpretaci dat z dotazníkových šetření, která proběhla mezi managementem základních škol speciálních a praktických škol, jež reflektují současné problémy vzdělávání u této cílové skupiny.

6. Analýza uplatnitelnosti absolventů s těžkým postižením na trhu práce v zapojených krajích

Krajské mutace (vyjma hl. m. Prahy a Karlovarského kraje) předkládají informace o rozložení služeb cílové skupině v oblasti školství, sociálních služeb a vybraných zaměstnaneckých příležitostí v jednotlivých krajích. Zde je toto téma opět

zpracované s využitím místní znalosti spolupracujících škol a dalších subjektů. Výsledky jsou prezentovány prostřednictvím komentovaných geoinformačních map.

7. Analýza koherence aktuálně platného RVP a skutečných možností stávajících absolventů praktických škol

Východiskem pro vznik analýzy bylo dotazníkové šetření mezi řediteli praktických škol jednoletých a dvouletých s cílem získat stanovisko těchto odborníků o vhodnosti a efektivitě stávajícího RVP praktické školy jednoleté a RVP praktické školy dvouleté. Výsledky slouží jako jedno z východisek připravované revize obou vzdělávacích programů.

8. Návrh revize RVP praktické školy jednoleté a RVP praktické školy dvouleté

Předložený návrh reflektuje názory pedagogů těchto škol obsažené v dotazníkových šetřeních a uvedené v Analýze RVP.

Zohledňuje rovněž výsledky činnosti pracovních skupin, které se zaměřily na následující oblasti: vzdělávací oblast Člověk a příroda, Člověk a zdraví, délka vzdělávání žáků na praktické škole, jazykové kompetence.

Zásadní změnou prošlo průřezové téma Výchova pro vstup do světa práce (Výchova k práci a zaměstnanosti u dvouletého programu), které v návrhu reflektuje principy a postupy tranzitního programu s ohledem na cílovou skupinu žáků praktické školy.

9. Specifika zdravotního postižení v kontextu volby povolání – metodická příručka pro pracovníky Úřadu práce ČR a jeho informační a poradenská střediska

Publikace, vznikající ve spolupráci s pracovníky Úřadu práce ČR, přináší přehled základních informací o specifikách osob s postižením (zejména s těžkým postižením) ve vazbě na vstup na trh práce. Je určena zejména všem pracovníkům ÚP ČR, kteří se zabývají mimo jiné kariérovým poradenstvím a zaměstnáváním osob s postižením.

10. Atlas – speciální vzdělávací potřeby v ČR

Atlas je unikátním souhrnným dílem vycházejícím z velmi podrobného vytěžení statistických dat poskytnutých MŠMT ČR, která dokumentují vzdělávání žáků se SVP v ČR. Je postaven na porovnání situace vzdělávání žáků se SVP v letech 2014/2015 (tedy před platností novely školského zákona č. 82/2015 Sb.) a z údajů roku 2020/2021. Atlas přináší přehledné geoinformační výstupy v podobě krajských a okresních mapových výstupů a v některých případech i území

obcí s rozšířenou působností. Podrobně se věnuje nejen žákům se SVP, ale i velmi diskutované profesní pozici asistent pedagoga.

II. Atlas vzdělávání a zaměstnávání osob se ZP v ČR

Souborný geoinformační výstup komponující přístup resortů vzdělávání, sociální ochrany a podpory pracovního uplatnění v ČR k cílové skupině žáků se SVP. Slouží jako přehled možností podpory a příležitostí těchto žáků při přechodu ze vzdělávání do světa práce či (samostatného) života.

Metodika kariérového poradenství pro žáky s tělesným postižením a závažným onemocněním

Eva Čadová a kolektiv

Odpovědný redaktor Otakar Loutocký
Jazyková korektura Zuzana Raková
Návrh obálky a layoutu Ivana Perůtková
Sazba Markéta Pučoková

Vydala Univerzita Palackého v Olomouci,
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
vydavatelstvi.upol.cz

Vytiskl Profi-tisk group, s. r. o.
Chválkovická 223/5, 779 00 Olomouc

1. vydání
Olomouc 2022

DOI: 10.5507/pdf.22.24461182
ISBN 978-80-244-6118-2 (tištěná publikace)
ISBN 978-80-244-6119-9 (online: iPDF)

VUP 2022/0090 (tištěná publikace)
VUP 2022/0091 (online: iPDF)

Neprodejná publikace