

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2015

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Markéta Pohlová

**Kompetence a osobnostní předpoklady speciálního pedagoga
jako učitele na škole při zdravotnickém zařízení**

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Klugerová Jarmila Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2013-2015

BACHELOR THESIS

Markéta Pohlová

**The competency and the personal predisposition of the special
pedagogue as the teacher on the school at the medici facility**

Prague 2015

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PaedDr. Klugerová Jarmila Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne.....

Markéta Pohlová.....

Poděkování

Děkuji PaedDr. Jarmile Klugerové Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a za věcné připomínky.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na kompetence speciálních pedagogů na škole při zdravotnickém zařízení. V úvodu teoretické části klasifikuji základní skupiny jedinců s pohybovým postižením. Dále se zaměřuji na kompetence speciálního pedagoga jako učitele. Součástí bakalářské práce je šetření, které je zaměřené na kompetence speciálních pedagogů na škole při zdravotnickém zařízení. Cílem bakalářské práce je zjistit, které kompetence hrají důležitou roli ve škole při zdravotnickém zařízení a jaké jsou vlivy, které ovlivňují vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Klíčová slova

Kompetence, osoby se zdravotním oslabením, osoby s nemocí, osoby s tělesným postižením, speciální pedagog, zdravotnické zařízení.

Annotation

This bachelor thesis is aimed on the competency of special educators at the school at the medical facility. In introduction of the theoretical part I classify basic groups of individualities with physical handicaps. Furthermore I focus on competencies of the special pedagogue as the teacher. Part of my bachelor thesis is also examination which is oriented on competencies of special pedagogues. Purpose of my bachelor thesis is to determinate which competencies act the important role in the school at the medical facility and also influences which affects the education of pupils with special educational needs.

Keywords

Competency, individualities with health enfeeblement, individualities with illness, individualities with physical handicaps, medical facility, special pedagogue.

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 TĚLESNĚ POSTIŽENÉ, NEMOCNÉ A ZDRAVOTNĚ OSLABENÉ DĚTI (ŽÁCI) 9	
1.1 Poruchy hybnosti a jejich základní typy	9
1.2 Stupně poruch hybnosti a jejich hodnocení	9
1.3 Klasifikace základních skupin dětí s poruchou hybnosti	10
1.3.1 Dítě (žák) s tělesným postižením	10
1.3.2 Dítě (žák) s nemocí	19
1.3.3 Dítě (žák) se zdravotně oslabením	22
2 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ A ŠKOLSKÉ INSTITUCE	24
2.1 Zdraví a nemoc	24
2.2 Zdravotnická zařízení	24
2.2.1 Dělení zdravotnických zařízení	25
2.3 Školské instituce	26
2.3.1 Školské instituce pro tělesně postižené děti	26
2.3.2 Školské instituce pro nemocné děti	27
2.3.3 Školské instituce pro zdravotně oslabené děti	29
3 SPECIÁLNÍ PEDAGOG JAKO UČITEL	30
4 KOMPETENCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA	34
4.1 Vymezení pojmu kompetence	34
4.2 Pedagogické kompetence	36
4.2.1 Kompetence školního speciálního pedagoga ve vztahu k zákonným zástupcům	39
4.2.2 Kompetence školního speciálního pedagoga ve vztahu k žákům	40
4.2.3 Kompetence školního speciálního pedagoga ve vztahu k ostatním pedagogům	42
4.2.4 Kompetence školního speciálního pedagoga ve vztahu k dalším subjektům	43
4.3 Profesionální kompetence	43
4.4 Osobnost školního speciálního pedagoga	47
5 SYNDROM VYHOŘENÍ	48
5.1 Prevence syndromu vyhoření a intervence	49
PRAKTICKÁ ČÁST	51
6 CÍL ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	51
7 CHARAKTERISTIKA VZORKU A PRŮBĚH ŠETŘENÍ	52
8 METODY ŠETŘENÍ	53
9 VÝSLEDEK ŠETŘENÍ	54
9.1 Vyhodnocení stanovených hypotéz	82
ZÁVĚR	83
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	85
SEZNAM GRAFŮ	88
SEZNAM PŘÍLOH	89

ÚVOD

Při volbě vysokoškolského studia se autorka nechala inspirovat svojí maminkou, která pracuje jako učitelka na Odborném učilišti a Praktické škole v Mohelnici. Zde absolvovala odbornou praxi ekonomického zaměření. Při praxi se jí zalíbila práce s jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami. Proto výběr jejího dalšího studia byl jednoznačný, zaměřit se na speciální pedagogiku. Studuje obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň základní školy a střední školy a matematika se zaměřením na vzdělávání.

Téma její bakalářské práce: Kompetence a osobnostní předpoklady speciálního pedagoga jako učitele na škole při zdravotnickém zařízení, si vybrala proto, že její starší sestra byla v takovém zařízení vzdělávána. V předškolním věku jí byl diagnostikován klínovitý obratel v páteři – údajně vrozená vada páteře a následná skolióza páteře. Byl jí předepsán korzet na 23 hodin denně a hospitalizace v Hamzově odborné léčebně Luže Košumberk s okamžitým nástupem a trváním půl roku. Rodiče váhali, zda odložit školní docházku sestře o jeden rok, ale bylo jim vysvětleno, že při takovémto zařízení existuje škola a výuka bude probíhat normálním způsobem.

Domníváme se, že postoj společnosti k jedincům se speciálními vzdělávacími potřebami se během dlouhého vývoje velice změnil. Tito lidé jsou stále častěji integrováni a zařazováni do běžných škol. Přispěla k tomu hlavně vyspělá společnost, změna morálního citění a způsob lidského myšlení. Nikdo z nás neovlivní zdravotní stav svého dítěte a může se dostat do role rodiče dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami. Proto je důležité, aby byla společnost lépe informována o jednotlivých speciálních potřebách těchto jedinců. Je nutné podpořit jejich vzdělávání a začlenění do společnosti. Pro tyto jedince existují „speciální školy“, ale v rámci možností mohou být integrováni do běžných škol. Děti s tělesným postižením, s nemocí a se zdravotním oslabením se mohou dostat do škol při zdravotnických zařízeních. V takovém zařízení absolvovala první čtyři měsíce první třídy autorčina sestra. I když byla velice chytré dítě, ve škole při zdravotnickém zařízení byla výuka v nižším rozsahu a při návratu do kmenové školy měla sestra velké nedostatky, které se těžko doháněly.

Z tohoto důvodu by chtěla autorka zaměřit šetření své bakalářské práce na kompetence speciálního pedagoga. Zjistit, které kompetence hrají důležitou roli ve škole při zdravotnickém zařízení a jaké jsou vlivy, které ovlivňují vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚLESNĚ POSTIŽENÉ, NEMOCNÉ A ZDRAVOTNĚ OSLABENÉ DĚTI (ŽÁCI)

„Postižení byli vždy v dějinách vnímáni a přijímáni svým okolím ambivalentně... Lidé se jich obávali, vyhýbali se jim, litovali je a ignorovali.“ (Vágnerová, 2008, s. 161)

„Většina lidí si v souvislosti s pojmem tělesné postižení představí patrně někoho na vozíku nebo s berlemi v podpaží. Tělesný handicap ovšem souvisí s daleko širší škálou projevů a patří sem i dlouhodobá zdravotní oslabení, která nemusí být navenek vlastně téměř vůbec zjevná. Přesto mohou působit větší znevýhodnění, než bychom očekávali a tušili.“ (Slowík, 2007, s. 97)

1.1 Poruchy hybnosti a jejich základní typy

Porucha hybnosti může být trvalého nebo přechodného charakteru.

Jonášková (in Müller, 2004) uvádí dva základní typy poruchy hybnosti dle zdravotnického hlediska.

1. Primárně vzniklá porucha hybnosti důsledkem přímého poškození samotného pohybového ústrojí v souvislosti s jeho vadným vývojem, úrazem nebo nemocí.
2. Sekundárně vzniklá porucha hybnosti, není-li poškozen samotný hybný orgán, ale nemocí je zasažen jiný orgán, přitom však průběh nemoci je takový, že pohyb znemožňuje, resp. že se v terapii této nemoci uplatňuje kontraindikace¹ pohybu.

1.2 Stupně poruch hybnosti a jejich hodnocení

Renotiérová (2006) uvádí poruchy hybnosti, které lze diferencovat z hlediska tří stupňů:

1. lehká porucha hybnosti,
2. střední porucha hybnosti,
3. těžká porucha hybnosti.

¹ Vyloučení použití určitého postupu za daných okolností (Průcha, Walterová, Mareš, 2003).

Stejný stupeň poruchy hybnosti není však jediným východiskem pro stanovení stupně fyzického zatěžování, typu a míry realizace rehabilitačních metod, včetně výchovných a vzdělávacích přístupů.

Hledisko hodnocení pohyblivosti je výchozím faktorem při celkovém diagnostickém a terapeutickém rozlišování:

1. mobilní jedinec je schopen samostatného pohybu,
2. částečně mobilní jedinec je při chůzi odkázán na pomoc další osoby, případně na různé typy ortopedických a technických pomůcek,
3. imobilní osoba není schopna pohybu ani s dopomocí. Někteří částečně mobilní a imobilní jsou schopni zvládnout řízení invalidních vozíků různého typu. (Renotierová, 2006; Ludíková, 2002)

1.3 Klasifikace základních skupin dětí s poruchou hybnosti

Jonášková (in Müller, 2004) uvádí, že z pohledu somatopedie (speciální pedagogiky osob s poruchou hybnosti, tj. osob tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených) náleží ke školní populaci jedinců s poruchou hybnosti tři základní skupiny dětí.

1. Děti s tělesným postižením.
2. Děti s nemocí.
3. Děti se zdravotním oslabením.

1.3.1 Dítě (žák) s tělesným postižením

Tělesně postižený – osoba postižená defektem pohybového a nosného ústrojí (kostí, kloubů, svalů aj.) nebo poruchou nebo poškozením nervového ústrojí, jestliže se projevuje porušenou hybností. Hlavním znakem těchto osob je celkové nebo částečné omezení hybnosti (omezení chůze, sedění ve třídě, zacházení s učebními pomůckami apod.), které jim způsobuje velké obtíže v běžných činnostech ve škole i v denním životě. Ke zmírnění poruch hybnosti slouží některé speciální pomůcky, např. invalidní vozík, protézy... (Průcha, Walterová, Mareš, 2003).

Tělesně postižené dítě je jedinec s vadou pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jako i poškození nebo poruchy centrálního

nervového systému, pokud se projevují trvaleji porušenou hybností (Jonášková, in Müller, 2004).

Tělesná postižení jsou přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Důvodem bývají změny na pohybovém aparátu. Příčinou může být dědičnost, nemoc nebo úraz (Renotierová, 2006; Renotierová, 2005; Ludíková, 2002).

Pro výchovu a vzdělání dětí tělesně postižených, tj. dětí s trvalejší poruchou hybnosti, je závažné, v jakém stádiu vývoje jedince určitá porucha hybnosti vznikla, jaký rozsah zkušeností, vědomostí a dovedností stačil jedinec získat ještě jako zdravý. Přitom se bere na zřetel nejen časové trvání vzniklé poruchy, ale i okolnosti jejího vzniku. Proto je třeba skupinu dětí tělesně postižených dále členit podle údobí vzniku, základní příčiny a délky změny jejich zdravotního stavu (Jonášková, in Müller, 2004).

Jonášková (in Müller, 2004) rozlišuje:

1. dítě s vrozeným tělesným postižením,
2. dítě se získaným tělesným postižením,
 - a. po úraze,
 - b. po nemoci.

Dále Jonášková (in Müller, 2004) rozlišuje:

1. dítě s vrozeným tělesným postižením,
2. dítě s raně získaným tělesným postižením,
3. dítě se získaným tělesným postižením v pozdějším období vývoje.

Dítě s vrozeným a raně získaným tělesným postižením

Příčiny vrozených tělesných vad jsou četné, např. prodělání různých infekčních onemocnění matky v době těhotenství. Nejčastější příčinou bývá dědičnost. Získaná tělesná postižení dítěte mohou vzniknout v kterémkoliv věkovém období buď jako následek úrazu nebo jako důsledek onemocnění (Renotierová, 2006).

Vrozená a raně získaná tělesná postižení působí většinou jako omezující faktor v celkovém vývoji dítěte. Následkem vrozené či raně vzniklé vývojové odchylky hybnosti dítěte nastává tzv. „vrůstání“ do poruchy či vady (defektu). Jde o situaci, kdy toto dítě nikdy nepoznalo zdravý stav. Z hlediska vývoje osobnosti je toto vrůstání do poruchy velmi důležitou okolností. Ve formování jedince to z jistého hlediska znamená hlubší změnu jako poškození získané v pozdějším věku. Pokud se osobnost vyvíjí od nejtělejšího věku jako tělesně postižená, postupně se adaptuje na tento stav (Jonášková, in Müller, 2004).

Z pohledu vývoje osobnosti s těžkou vrozenou nebo raně získanou poruchou hybnosti je důležitou okolností ochuzení o možnosti neomezené změny místa a o zážitky zdravých dětí. Omezí se okruh vnímání, jeho zážitky se váží k úzce ohraničeným možnostem pohybu. Nedostává se jim vlivu mechanických hraček, které rozvíjí schopnosti, vůli, sociální adaptaci, a vlivu, který má hračka jako přirozený prostředek odregování dětské agresivity (Jonášková, in Müller, 2004).

V rozvíjení osobnosti tělesně postiženého dítěte je pramenem zvláštních těžkostí to, že jeho prostředí nemůže pro ně znamenat přirozený a bezprostředně „napodobitelný vzor“, příklad. V rámci svých možností musí tedy dítě samo najít správnou míru požadků vůči sobě (Jonášková, in Müller, 2004).

Již od raného věku mohou pohybově znevýhodněné děti pociťovat jisté obtíže při hrách, jídle, oblékání, později ve škole při vyučování a dále při pracovních činnostech (Renotierová, 2006).

Jonášková (in Müller, 2004) uvádí dvě základní etapy poznání poruchy hybnosti ve vývoji tělesně postiženého dítěte.

- První etapa – etapa vnější krize – se obvykle objevuje v počátcích přípravy na školu, kdy dítě v tomto období jen tuší, že je „jiné“, „zvláštní“.
- Druhá etapa – etapa vnitřní krize – bolestného sebepoznání nastane po desátém roce života a končí zpravidla až koncem puberty. Vnitřní dozrávání vyvolává úsilí směřující k rozvíjení vlastních hodnot a možnost obrácení se směrem k neosobním hodnotám. Intelektuální, emocionální a volní vývoj dítěte

s tělesnou vadou se často prodlužuje. Nalézání sebe samého a období utváření ideálů často nastane až okolo dvacátého roku života. V tomto procesu vývoje hraje důležitou roli předprofesní a profesní příprava tělesně postiženého jedince (Jonášková, in Müller, 2004).

Vývoj dítěte s vrozeným postižením podle Vágnerové (2008) prochází stejnými fázemi jako vývoj dítěte zdravého, ale v některých vývojových obdobích může smyslové či pohybové postižení limitovat rozvoj určitých kompetencí.

V kojeneckém věku mají postižené děti zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí, protože jejich možnosti jsou omezeny a orientace v prostředí ztížena – buď proto, že nemají o světě dostatek informací (jsou-li smyslově či pohybově postižené) nebo nedovedou tyto podmínky přiměřeným způsobem zpracovat (mentálně postižené).

Batolecí věk je období označováno jako první fáze emancipace. Dítě se odpoutává z mnoha vazeb, které ztratily svůj vývojový význam a dále by blokovaly jeho další rozvoj. Pro postižené dítě je toto osamostatnění alespoň v některé ze složek obtížnější, ne-li zcela nedostupné. Jedná se o odpoutání z vázanosti na určité místo, kdy pohybově postižené dítě zůstává závislé na podnětech nejbližšího okolí, resp. na lidech, kteří mu vzdálenější objekty mohou přiblížit. Dále je to odpoutání z vázanosti poznávání na aktuální kontakt a přechod na symbolické myšlení. Pokud dítě není schopné pochopit vztah skutečnosti a jejích symbolických reprezentací, resp. pokud se nerozvíjí řeč, opoždí se jeho celkový vývoj. Jako poslední Vágnerová (2008) uvádí odpoutání z vázanosti na matku. Je obtížnější u jakkoli postižených dětí. Přetrvávající potřeba závislosti signalizuje, že dítě není k takové vývojové změně dostatečně zralé nebo aktuálně disponované. Závislost funguje jako významný zdroj jistoty a bezpečí, který by mohl být osamostatněním ohrožen. Batolecí věk má velký význam pro rozvoj vědomí sebe samého a pro rozvoj vlastní identity.

Nástup do školy je v životě postiženého dítěte velmi důležitým mezníkem. Někdy lze mluvit až o první krizi identity, protože se v této době potvrzuje stálost a neměnnost jeho znevýhodnění. V předškolním věku sice dochází k určitému vývojovému pokroku, a tím i k mnohdy nereálně optimistickému očekávání rodičů, ale požadavky školy jim připomenou, že možnosti dítěte jsou omezenější, než předpokládali. Zařazení do určitého typu školy funguje jako potvrzení míry normality dítěte. Přijetí do školy

zcela obecně znamená, že dítě dosáhlo přijatelné vývojové úrovně, a lze proto věřit, že jeho postižení nebude tak závažné. Integraci do běžné školy lze akceptovat jako nabídku socializační zkušenosti, která je relativně standardní. V dětském věku je snadnější přizpůsobení i osvojení potřebných sociálních dovedností. Zařazení do speciální školy má své výhody i nevýhody. Dítě není tolik stresováno svou odlišností a konfrontací se zdravými spolužáky. Výuka bývá kvalitní a přizpůsobená potřebám i možnostem dětí, učitelé mají potřebné vzdělání a mnohem víc profesních zkušeností.

Období školního věku Vágnerová (2008) definuje jako fázi snaživosti, výkonu, jehož cílem je příprava na budoucnost. Vývojovým rizikem je vznik pocitů méněcennosti, nedostatečnosti, strachu ze selhání. Na druhé straně může dojít k nadměrnému důrazu na výkon a ke zvýšení potřeby úspěchu.

Období dospívání označuje Vágnerová (2008) jako fázi druhé emancipace. V tomto období si postižený začne ve větší míře uvědomovat svá omezení v různých oblastech, včetně obtíží se začleněním do společnosti. Hledá přijatelnou roli, uvažuje o svých možnostech a o své hodnotě. V dospívání dochází k odpoutávání z vázanosti na rodinu, dochází k přesunu vazby na vrstevnickou skupinu. Emancipace od rodiny je důležitým vývojovým mezníkem, ale pro postiženého adolescenta je hůře dosažitelná.

Nejčastější příčiny vrozených tělesných postižení

Mezi hlavní příčiny podle Renotiérové (2006) patří poruchy zárodku během prvních týdnů těhotenství a to v době prenatální, perinatální a raně postnatální. Nepříznivou okolností je prodělání některých infekčních nebo parazitárních onemocnění matky v průběhu gravidity, zejména v jejich raných obdobích. Výrazně negativně působí na vývoj plodu rentgenové záření, různé typy poruch metabolismu matky (např. diabetes), ale i nedostatečné množství stopových prvků, vitamínů a minerálů v potravě. Mohou se uplatnit i nepříznivé vlivy sociální, psychologické, klimatické jak uvádí Renotiérová (2005). Důsledkem mohou být:

- vrozené vady lebky,
- poruchy velikosti lebky,
- rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře.

Při vrozeném postižení bývají poruchy hybnosti spojeny nejčastěji s dětskou mozkovou obrnou. Její příčiny nacházíme v poškození CNS v prenatálním a perinatál-

ním období. Méně časté jsou vrozené vývojové vady jako je např. tělesná malformace, chybějící končetiny nebo jejich části, rozštěpové vady..., které vznikají převážně v období tzv. teratogenetické kritické periody mezi 20. – 40. týdnem těhotenství (Slowík, 2007).

Vrozené vady končetin, růstové odchylky, centrální a periferní obrny a dětská mozková obrna

Renotiérová (2006) uvádí tyto vrozené vady končetin a růstové odchylky:

- amélie – vrození úplně nevyvinutí končetin,
- dysmélie – vrozená tvarová vývojová odchylka končetin,
- fokomélie – chybějící paže a předloktí, takže ruce vyrůstají přímo z trupu. Totéž se týká i dolních končetin,
- arachnodaktylie – mimořádně dlouhé a tenké prsty,
- syndaktylie – srůsty prstů na horních nebo dolních končetinách,
- polydaktylie – zmnožení prstů na horních nebo dolních končetinách,
- vrozená kososvislá noha – obvykle doprovází rozštěpy páteře nebo vrozené vymknutí kyčlí,
- vrozená noha hákovitá,
- vrozená noha kosá – přední úsek nohy ohnutý směrem dovnitř,
- luxace – vymknutí, vykloubení,
- centrální a periferní obrny – zasahují centrální a periferní nervovou soustavu, liší se rozsahem a stupněm závažnosti a člení se na:
 - parézy – částečné ochrnutí,
 - plégie – úplné ochrnutí,
- dětská mozková obrna – je porucha hybnosti a vývoje hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství.

Kraus (2005) uvádí, že dětská mozková obrna je trvalé a nikoli neměnné postižení hybnosti a postury. Je následkem neprogresivního defektu nebo léze nezralého mozku.

Slowík (2007) ji definuje jako neprogresivním neurologickým syndromem vyvolaný lézí nezralého mozku. Jde o poruchu s velmi pestrými etiologiemi i širokou škálou projevů. Přibližně ve dvou třetinách se u jedinců s DMO vyskytuje také mentální handicap různě

ného stupně, nezřídka i další onemocnění a komplikace – epilepsie, smyslové vady, vývojová dysartrie...

Slowík (2007) rozděluje formy DMO do dvou skupin:

- spastické – křečovitě,
- nespastické.

V případě spastických forem se svalstvo končetin křečovitě stahuje a oslabuje:

- diparéza – postižené jsou dolní končetiny,
- hemiparéza – postižené jsou obě končetiny na levé nebo pravé polovině těla,
- kvadruparéza – postiženy jsou všechny čtyři končetiny,

nebo zcela ochrnuje: paraplegie, hemiplegie, kvadruplegie.

Mezi nespastické typy DMO uvádí Slowík (2007):

- formu atetoidní (dyskinetická) – charakteristická mimovolnými pomalými, zpravidla kroutivými pohyby,
- forma ataktická – vyznačuje se poruchami rovnováhy a celkově špatnou pohybovou koordinací.

Možné jsou kombinace spastických a nespastických forem – tedy smíšené typy tohoto postižení.

Dítě se získaným tělesným postižením

Renotierová (2005) uvádějí, že získaná tělesná postižení mohou vzniknout od narození dítěte v kterémkoliv věkovém období v důsledku úrazu nebo nemoci. Nejzávažnější postižení hybnosti vznikají jako následek poškození mozku nebo míchy, příp. některých obtížně vyléčitelných nebo nevyléčitelných onemocnění.

Tělesná postižení vzniklá v pozdějším období vývoje osobnosti jedince vytváří problémy v závislosti od tohoto období. U starších tělesně postižených dětí (zejména v pubertě) vyvolává porucha hybnosti nejdříve apatii, později velkou labilitu afektivity. Tyto jedince charakterizuje hloubavost a nesmělost v přemýšlení o otázkách budoucnosti (Jonášková, in Müller, 2004).

Tělesné postižení vzniklé v pozdějším věku vyvolává spíše intenzivní krizi („šok z poznání“) v utváření osobnosti oproti postižení vzniklému v raném věku. Ale v těchto případech vědomí, že předcházející průběh života byl normální, vede jedince k tomu, že usiluje zdolat handicap způsobený poruchou hybnosti intenzivnější energií než těles-

ně postižený s trvalou vrozenou nebo raně získanou poruchou, který nikdy nepoznal zdravý stav (Jonášková, in Müller, 2004).

Později vzniklé postižení představuje silné emoční trauma. Způsob, jakým se jedinec s takovou zátěží vyrovnává, závisí podle Vágnerové (2008) na dosažené vývojové úrovni, jeho osobnostních vlastnostech i sociální podpoře nejbližších lidí. Prožitek ztráty vyvolává negativní emoční reakce, jako je deprese, úzkost, postižený člověk se trápí, vtírají se mu různé negativní myšlenky, kterých se nemůže zbavit. Postižení, které vznikne v období dospívání, je zásahem do emancipačního vývoje, deformuje další rozvoj identity nebo jej přinejmenším zpomalí a zproblematizuje.

Reakce na nově vzniklé postižení a zvládání této zátěže probíhá podle Vágnerové (2008) ve čtyřech fázích. První fáze latence, resp. nedostatečné informovanosti. Jedinec, který měl úraz, není o svém stavu plně informován. Může mít bolesti, strach z budoucnosti, strádá nucenou nečinností i bezmocností, ale jeho postoj se v zásadě nemění – cílem je úplné uzdravení. Druhou fází je pochopení traumatizující reality. Pacient prochází léčbou, ale po určité době, když se jeho stav nemění, sám pochopí, že se pravděpodobně nikdy neuzdraví, nebo je v tomto směru informován lékařem. Reakcí na toto zjištění je šok, člověk své trauma často řeší tím nejjednodušším způsobem – popírá, že by něco takové bylo vůbec možné. Třetí fází je fáze protestu a smlouvání. Pacient v této fázi neguje všechno, co není návratem k původnímu stavu. Odmítá kontakt s lidmi, nechce žít, nechce rehabilitovat, protože život postiženého je pro něj nepřijatelný. Teprve postupně se smiřuje se svým stavem, ale také s osudem smlouvá a snaží se uchovat naději na lepší výsledek. Poslední fází je fáze postupné adaptace, kdy se postižený učí různým kompenzačním způsobům pohybu, sebeobsluhy, orientace v prostředí... Teprve v tomto období si většina postižených připustí, že došlo k zásadní změně jejich kompetencí a že na tom nemohou nic změnit. Této skutečnosti je nutné přizpůsobit i další směřování. Sociální adaptace je spojena s přechodovými rituály, které symbolizují změnu identity postiženého. Může to být např. návrat do zaměstnání, mezi přátele, na ulici města, kde žije... Člověk se získaným postižením musí najít nový smysl svého života, nový cíl směřování, s tím souvisí změna jeho životních hodnot i jeho sebepojetí.

Výchovně vzdělávací proces tělesně postiženého dítěte je determinován nejen dobou, která uplynula od vzniku poruchy hybnosti, ale také zda vznikla náhle (úrazem)

nebo pozvolna (po dlouhodobé nemoci). Pokud vzniklo postižení dítěte před krátkým časem, jsou v popředí úlohy přízpusobování se jedince v nejširším smyslu. Někdy didaktické úlohy ustupují úlohám výchovné terapie. V některých případech předchází stavu tělesného postižení dlouhodobá choroba s relativně dobrým zdravotním stavem. Jindy se u jedince uskutečnilo postupně několik opakovaných hospitalizací v léčebném zařízení spojených s komplikovanými léčebnými zákroky. V takových případech je u dítěte možný i regres² v jeho vzdělávání a výchově (Jonášková, in Müller, 2004).

Nejčastější příčiny získaných tělesných postižení

Slowík (2007) uvádí, že mezi hlavní příčiny získaného tělesného postižení patří úrazy – poranění páteře a míchy, amputace končetin atd. a následky závažných nemocí.

Příčinami získaných tělesných postižení mohou být deformace, různé typy úrazů a řada nemocí (Renotiérová, 2006).

Deformace jsou charakteristické neobvyklým tvarem některé části těla. Jejich příčinou bývá nejčastěji nesprávné držení těla. Příčiny vadného držení těla podle Renotiérové (2006) mohou být vnitřní a vnější. Deformace páteře bývá v rovině sagitální (hyberlordóza, hrudní kyfóza, plochá záda, bederní lordóza). Za vadné držení těla je považována každá odchylka od správného držení, která se nedá svalovou činností, tedy aktivním úsilím, ještě vyrovnat (Renotiérová, 2006).

Tělesná postižení po úraze – mezi nejzávažnější, jak uvádí Renotiérová (2006) patří:

- úrazová onemocnění mozku a míchy – např. otřes mozku, zhmoždění mozku,
- zlomeniny obratlů – mívají většinou za následek poškození míchy,
- úrazové poškození periferních nervů,
 - neuropraxis – přechodná funkční blokáda,
 - axonotmesis – poškození střední osově části nervů,
 - neurotmesis – úplné přerušování nervu,
 - obrna pažní pleteně – přímé poškození nervové pleteně tlakem nebo tahem.

² Psychologický návrat na nižší nebo mladší vývojovou úroveň (Průcha, Walterová, Mareš, 2003).

Tělesná postižení po nemoci – Renotiérová (2006) uvádí jen nejzávažnější a to:

- revmatická onemocnění – akutní revmatismus, chorea minor, vleklý kloubní revmatismus,
- Perthesova nemoc – (úraz, luxace, prodělání bakteriálního nebo virového onemocnění aj.), hlavice stehenní kosti bývá postižena zánětlivým procesem,
- Myopatie – progresivní svalová dystrofie – projevuje se postupným rozpadem svalových vláken, které se proměňují na bezcenné vazivo s nestejně velikou příměsí tuku.

1.3.2 Dítě (žák) s nemocí

Dítě nemocné je jedinec ve stavu nemoci. Nemocí rozumíme poruchu rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají různé anatomické a funkční změny v organismu. Při některých nemocech mohou vznikat závažné somatické nebo psychické změny. Výskyt nemocí u dětí je mnohočetný. Existuje rozsáhlý počet nemocí dýchacího, srdečně cévního, trávicího, vylučovacího, pohlavního, nervového a pohybového ústrojí, nemocí žláz s vnitřní sekrecí, krevních, kožních, atd. Nemocné děti se stávají objektem zdravotnické péče a část z nich je také objektem speciální edukace, zejména pak pedagogické rehabilitace (Jonášková, in Müller, 2004).

Nemoc bývá charakterizována jako porušení rovnováhy organismu s jeho prostředím s důsledky v anatomických a funkčních změnách organismu (Renotiérová, 2006).

Jedince s nemocí rozlišuje Jonášková (in Müller, 2004) podle délky trvání nemoci na tyto skupiny:

1. dítě s krátkodobou akutní nemocí,
2. dítě s dlouhodobou nemocí,
 - a. dítě s recidivující nemocí,
 - b. dítě s chronickou nemocí.

Dítě s krátkodobou akutní nemocí

Choroby akutní se vyznačují náhlým začátkem, rychlým průběhem a omezeným trváním. Typické akutní onemocnění přichází z plného zdraví a předchází mu jen krátké období předzvěstných příznaků. Náhlé onemocnění vyřazuje z běžného řádu, znamená nečekanou změnu v kvalitě života, přináší utrpení, bolest nejistotu, úzkost, omezení

základních možností, závislost a celou řadu dalších nepříznivých faktorů (Renotiérová, 2006; Renotiérová, 2005).

Dítě s akutní krátkodobou nemocí je nejméně náročné. Jedná se o dítě s krátkodobou nemocí s domácí léčbou. Po krátké úspěšné léčbě nemoc odezní a dítě se plně zapojí do soustavné pedagogické práce (Jonášková, in Müller, 2004; Renotiérová, 2005).

Některé dítě je krátkodobě hospitalizované ve zdravotnickém zařízení v důsledku krátkodobé akutní nemoci (např. některé jednoduché operace – kýly, slepého střeva, po úrazech) nebo z důvodu diagnostických. Ani u tohoto jedince nebývají závažné problémy, vedle léčby má výchovně-vzdělávací proces podpůrnou funkci. Stav rekonvalescence trvá u jedinců různě dlouhou dobu, ale podmínky pro vyučování se postupně zlepšují (Jonášková, in Müller, 2004).

Dítě s dlouhodobou nemocí

Čím závažnější je stav dítěte a čím dlouhodobější nebo vícekrát opakovaná je jeho hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, tím větší je potřeba soustavné výchovy a vzdělávání nemocného dítěte (Jonášková, in Müller, 2004).

Dlouhodobá nemoc v mnoha případech vyžaduje dlouhodobou nebo opakovanou hospitalizaci v odborném zdravotnickém zařízení (Renotiérová, 2005).

Dítě s recidivující nemocí

Recidivující onemocnění dítěte je takové, které se opakuje nejméně třikrát ročně a více, a v mezidobí nenalzáme ani anatomické, ani funkční změny postiženého orgánu a systému (Jonášková, in Müller, 2004; Renotiérová, 2005).

Dítě s chronickou nemocí

Chronické onemocnění dítěte je charakterizováno závažnými organickými nebo funkčními změnami postiženého orgánu nebo systému s dlouhodobým nebo dlouhodobě předpokládaným průběhem (tj. nejméně tři roky), s možností uzdravení nebo s projevy přechodného vymizení příznaků nemoci či časným či pozdním návratu příznaků nemoci, která byla v klidu, kdy chronické onemocnění se může za určitých podmínek projevit jako akutní nemoc. Bez aktivního léčebného zásahu nelze chronické onemocnění zpo-

malit, zastavit nebo zlepšit. U chronického onemocnění lze předpokládat následky v období dospívání nebo v dospělosti (Jonášková, in Müller, 2004).

Chronické nemoci, vyžadují soustavnou léčbu, musí brát v úvahu aktuální onemocnění, které vyplývá ze zdravotního stavu a léčby. Někdy dochází k přesunu dětí z jednotlivých uváděných skupin, např. některé děti ze skupiny nemocných s recidivující nemocí do skupiny s chronickou nemocí; některé děti ze skupiny dětí s chronickou nemocí do skupiny dětí tělesně postižených (Jonášková, in Müller, 2004).

Nejčastější nemoci

Mezi nejčastější nemoci podle Renotiérové (2006) patří:

- onemocnění dýchacích orgánů – mezi obecné příčiny onemocnění patří změny dechové frekvence, dušnost, namáhavé dýchání, stridor, který je příznakem překážky v horních dýchacích cestách nebo je příznakem zúžení dolních dýchacích cest, kašel, cyanóza. Typické příznaky respirační virózy jsou následující: horečka, chrapt, palčivý pocit v nose a hrdle, někdy bolest v krku, suchý později vlhký kašel, pálení až slzení očí, světloplachost, celková únava, slabost, žízeň, bolesti hlavy, nechutenství, rýma, bolesti břicha a další. Může jít o tyto choroby:
 - průduškové astma (astma bronchiale) – záchvatová dušnost na podkladě obstrukce dýchacích cest,
 - alergická onemocnění,
 - záněty plic (pneumonie) – zánětlivé onemocnění plicních sklípků,
 - tuberkulóza – nemoc je způsobená bakteriemi *Mycobacterium tuberculosis*,
- nemoci krve a krevního oběhu – onemocnění krve se nejčastěji týká krevních elementů. Může jít o tyto choroby:
 - chudokrevnost (anémie) – jedná se o pokles erytrocytů, krevního barviva a trombocytů,
 - nemoci bílé krevní řady – např. leukopenie, lymfopenie, granulocytopenie, neutropenie, leukocytóza, lymfocytóza,
 - poruchy krevních destiček – např. tečkovitá krvácení, větší skvrny, krvácení z nosu, z dásní, krvácení do moči, do zažívacího traktu, do kloubů,
 - choroby krevního oběhu,

- zvýšený krevní tlak,
- nemoci trávicího traktu – základními příznaky onemocnění jsou bolesti břicha, nadýmání, průjmy, nechutenství, pálení žáhy. Tyto nemoci mohou postihnout dutinu ústní, hltan, jícn, žaludek, dvanáctník, tenké střevo, tlusté střevo. Mezi další onemocnění trávicího traktu patří:
 - bacilární dysentérie (úplavice, shigelóza),
 - appendicitis – zánět červovitého přívěsku slepého střeva,
 - ikterus (žloutenka),
 - žlučové kameny,
 - akutní pankreatitis,
 - parazitární nemoci trávicího traktu,
- choroby ledvin a močových cest – nemoci ledvin a močových cest mohou být vrozené nebo získané. Mezi závažné patří bakteriální a nebakteriální zánětlivá onemocnění ledvin, která mohou mít akutní nebo chronický průběh. Mezi tato onemocnění patří:
 - infekce močových cest – postižení močových cest bakteriemi,
 - glomerulonefritis (nebakteriální záněty ledvin),
 - urolitiáza – onemocnění, jejímž příznakem je tvorba močových kamenů,
 - enuréza – nekontrolovaný odchod moči po 3. roce života,
- choroby žláz s vnitřní sekrecí – mezi nejznámější typ tohoto onemocnění patří:
 - cukrovka (diabetes mellitus),
 - struma – zvětšení štítné žlázy,
 - hypertyreóza ,
 - hypotyreóza.

1.3.3 Dítě (žák) se zdravotním oslabením

Zdravotně oslabené dítě je dítě ve stavu rekonvalescence nebo se sníženou odolností vůči nemocem, tendencí k recidivitě, s ohrožením zdravotního stavu v důsledku nevhodného klimatického prostředí, ale i sociálního prostředí, zejména s nevhodným životním režimem a s nesprávnou výživou (Jonášková, in Müller, 2004; Renotíerová, 2005).

Děti zdravotně oslabené mají sníženou odolnost vůči nemocem a zvýšený sklon k jejich opakování. Oslabením organismu je ohrožený zdravotní stav působením nevhodného přírodního prostředí, špatným životním režimem, nedostatečnou nebo nesprávnou výživou (Renotírová, 2006).

2 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ A ŠKOLSKÉ INSTITUCE

V této kapitole se zaměříme na zdravotnická zařízení a jejich rozdělení a na rozdělení školských institucí pro jedince s tělesným postižením, jedince s nemocí a pro jedince se zdravotním oslabením.

2.1 Zdraví a nemoc

„Zdraví podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) je stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha nebo také stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody; nejde tedy jen o absenci nemoci nebo vady. Můžeme říci, že zdraví je takový stav, který umožňuje člověku uspokojovat všechny jeho tělesné, duševní a společenské potřeby, tedy funkce biologické, psychické a sociální.“ (Strejčková, 2007, s. 50)

„Nemoc je definována jako porucha rovnováhy (homeostázy) vnitřního a vnějšího prostředí organismu nebo jako porucha celistvosti (integrity) jeho součástí. Je tedy porušena stavba a funkce jednoho nebo více orgánů.“ (Strejčková, 2007, s. 50)

Definovat hranici mezi zdravím a nemocí je značně obtížné. Záleží na tom, co je na dané úrovni vědění za nemoc považováno. Objektivní hodnocení zdravotního stavu je výsledkem souhrnné medicínské diagnostiky. K rozhodnutí, zda člověk má být považován za zdravého nebo za nemocného, se často dospívá na pozadí statisticky získaných norem a standardů. Názor a hodnocení laické veřejnosti může být odlišný. Bývají ovlivňovány vnějšími znaky, průvodními nápadnostmi, mediálně prezentovanými názory nebo i předsudky jak uvádí Renotiérová (2005).

2.2 Zdravotnická zařízení

„Zdravotnictví je soustava odborných zdravotnických institucí a činností, které se zaměřují na péči o zdraví občanů a slouží k uspokojování zdravotnických potřeb obyvatelstva.“ (Strejčková, 2007, s. 5)

Škola při zdravotnickém zařízení je určena pro nemocné nebo zdravotně oslabené děti a žáky. Zřizuje se na úrovni předškolní výchovy a primárního cyklu jako škola

při nemocnici, dětské (lázeňské) léčebně a dětské ozdravovně (Průcha, Walterová, Mareš, 2003).

Strejčková (2007) do zdravotnictví zahrnuje:

- orgány a instituce (ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, ...),
- organizace a společnosti (lékařská komora, odborné lékařské společnosti, ...),
- zdravotnická zařízení (nemocnice, ambulantní zařízení léčebné ústavy, ...),
- pracovníky ve zdravotnictví (lékaři, zdravotní sestry, laboranti, ...),
- služby a činnosti (léčebně-preventivní péče, hygienická služba, lékařská služba, výchova ke zdraví, vědecký výzkum, zdravotnické školství, ...).

2.2.1 Dělení zdravotnických zařízení

Zdravotnická zařízení dělí Strejčková (2007) následovně:

a) zařízení ambulantní péče:

- ordinace praktických a odborných ambulantních lékařů,
- vyšetřovací a léčebné složky (laboratoře, rentgenová pracoviště, ...),

b) lůžková zařízení:

- nemocnice,
- odborné léčebné ústavy,
- psychiatrické léčebny,
- léčebny pro dlouhodobě nemocné,
- rehabilitační léčebny,
- lázeňské léčebny,

c) zvláštní dětská zařízení:

- kojenecké ústavy,
- dětské domovy,
- jesle,

d) lékárny,

e) záchranná služba.

Zařízení hygienické služby a výzkumné ústavy.

2.3 Školské instituce

Podle vyhlášky č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, se speciální vzdělávání poskytuje jedincům, u kterých byly speciální potřeby zjištěny na základě speciálně pedagogického, popřípadě psychologického vyšetření poradenským zařízením, a jejich rozsah a závažnost je důvodem k zařazení jedinců do režimu speciálního vzdělávání. Speciální vzdělávání se poskytuje i jedincům zařazeným do škol zřízených při zdravotnických zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy.

2.3.1 Školské instituce pro tělesně postižené děti

Děti, žáci a studenti s tělesným handicapem mají dnes teoreticky neomezenou příležitost vzdělávat se v běžných školách všech typů a stupňů. Omezením mohou být různé stěží překonatelné a stěží odstranitelné bariéry, proto existují školy specificky zaměřené na vzdělávání dětí, žáků a studentů s tělesným handicapem (mateřské, základní i střední školy pro tělesně postižené včetně např. gymnázií) uvádí Slowík (2007).

Jonášková (in Müller, 2004) rozděluje současný systém škol podle hlediska věku a školské instituce následovně.

- V období předškolního věku tělesně postižených jsou to:
 - mateřské školy,
 - speciální mateřské školy.
- Ve školním věku tělesně postižených dětí a mládeže jsou to:
 - základní školy,
 - speciální základní školy pro tělesně postižené.
- V dorostovém věku tělesně postižených jsou to:
 - gymnázia, obchodní akademie, nejruznější střední školy, odborná učiliště, odborné školy, praktické školy,
 - gymnázia pro tělesně postižené, obchodní akademie pro tělesně postižené, střední školy pro tělesně postižené, odborná učiliště pro tělesně postižené, praktické školy pro tělesně postižené.

Z výše uvedeného vyplývá, že tělesně postižení jedinci mohou navštěvovat běžné školy nebo speciální školy pro tělesně postižené.

Dle vyhlášky č. 73/2005 je pro děti s tělesným postižením zajištěno speciální vzdělávání:

- formou individuální integrace – individuální integrací se rozumí vzdělávání žáka:
 - v běžné škole,
 - v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení,
- formou skupinové integrace – skupinovou integrací se rozumí vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení,
- ve škole samostatně zřízené pro tyto žáky – speciální škola,
- kombinací tří předešlých forem.

Typy speciálních škol pro tělesně postižené žáky dle vyhlášky č. 73/2005:

- mateřská škola pro tělesně postižené,
- základní škola pro tělesně postižené,
- střední škola pro tělesně postižené (střední odborné učiliště pro tělesně postižené, odborné učiliště pro tělesně postižené, praktická škola pro tělesně postižené, gymnázium pro tělesně postižené, střední odborná škola pro tělesně postižené).

2.3.2 Školské instituce pro nemocné děti

Pro nemocné děti hospitalizované ve zdravotnickém zařízení (např. v nemocnici nebo v dětské léčebně) jsou zřizovány speciální školy při zdravotnickém zařízení, např. speciální školy při nemocnici nebo speciální školy při dětské léčebně (Jonášková, in Müller, 2004).

Nemocnice je nejběžnějším druhem zdravotnického zařízení, do kterého se děti umisťují z důvodů diagnostických a léčebných. Děti jsou hospitalizovány na dětských odděleních. Nejvyšší typ nemocniční péče o děti představuje fakultní nemocnice, která se vnitřně člení na kliniky (včetně dětské) a oddělení. Hospitalizace zpravidla není dlouhodobá, děti odchází domů nebo se odesílají na další léčení do dětských léčeben (Jonášková, in Müller, 2004).

Dětské léčebny poskytují specifickou zdravotnickou péči dětem s dlouhodobou nemocí. Léčebny se profilují podle chorob (Jonášková, in Müller, 2004).

Z organizačního hlediska tvoří zvláštní kategorii léčen tzv. lázeňské zdroje – léčivou vodu, peloidy, klimatické podmínky aj. (Jonášková, in Müller, 2004).

Podle Jonáškové (in Müller, 2004) jsou při zdravotnických zařízeních zřizovány nemocnice a dětské léčebny:

- pro děti nemocné předškolního věku hospitalizované v nemocnici,
 - speciální mateřské školy při nemocnici,
- pro děti nemocné předškolního věku hospitalizované v léčebně,
 - speciální mateřské školy při dětské léčebně,
- pro děti nemocné školního věku hospitalizované v nemocnici,
 - speciální základní škola při nemocnici,
- pro děti nemocné školního věku hospitalizované v léčebně,
 - speciální základní škola při dětské léčebně.

Podle vyhlášky č. 73/2005 se vyžaduje k zařazení do školy při zdravotnickém zařízení doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce žáka. Rozsah a organizaci výuky žáka určuje ředitel školy po dohodě s ošetřujícím lékařem. Pro nemocné děti jsou zřizovány školy při zdravotnických zařízeních:

- mateřské a základní školy při zdravotnických zařízeních - zde se mohou vzdělávat žáci se zdravotním oslabením nebo žáci dlouhodobě nemocní umístění v tomto zdravotnickém zařízení, pokud to jejich zdravotní stav umožňuje. Základní školy mohou poskytovat podle svých možností individuální konzultace ve všeobecně vzdělávacích předmětech i žáků středních škol umístěných v tomto zdravotnickém zařízení.

Typy speciálních škol pro nemocné a zdravotně oslabené žáky dle vyhlášky č. 73/2005:

- mateřská škola při zdravotnickém zařízení,
- základní škola při zdravotnickém zařízení,
- základní škola speciální při zdravotnickém zařízení.

2.3.3 Školské instituce pro zdravotně oslabené děti

Jonášková (in Müller, 2004) rozlišuje děti zdravotně oslabené vzhledem k jednotlivým kategoriím dětských ozdravoven:

- ozdravovny nížinné a podhorské,
 - dítě po opakovaných onemocněních, zejména po opakovaných zánětech dýchacích cest, u něhož je nebezpečí přechodu do chronického stádia,
 - rekonvalescence po akutním onemocnění a po operaci, u něhož dochází k oslabení organismu a ke snížení celkové odolnosti,
 - dítě ohrožené obezitou, astenií aj.,
- ozdravovny horské,
 - dítě s recidivující nemocí ve stádiu, kdy ji může příznivě ovlivnit horské klima a vhodný režim,
 - rekonvalescence po těžkém nebo dlouhotrvajícím onemocnění, u něhož dochází ke značnému oslabení organismu, a dítě se sklony k anemii, u něhož horské klima příznivě ovlivňuje krevní tvorbu.

Při ozdravovnách se zřizují, stejně jako při nemocnicích a při dětských léčebnách, speciální školy při zdravotnickém zařízení (resp. při ozdravovně). Také zde může být školní družina a klub. Školy při ozdravovně se však odlišují v zaměření a organizaci výchovně vzdělávací práce od speciálních škol při nemocnicích a při dětských léčebnách. V dětské ozdravovně a ve speciální škole při ní zřízené je ozdravné a výchovně-vzdělávací působení na oslabené děti stejně významné. Je důležité, aby se zdravotně oslabené dítě v ozdravovně zdravotně posílilo. Stejně důležité však je, aby se v době pobytu v ozdravovně soustavně vzdělávalo. Pokud by vzdělávání neprobíhalo, hrozilo by dítěti po jeho návratu na kmenovou školu buď opakování ročníku, nebo opětovné zdravotní komplikace z důvodu přetěžování organismu při usilovném dohánění zameškaného učiva (Jonášková, in Müller, 2004).

Speciální školy při ozdravovně Jonášková (in Müller, 2004) rozděluje:

- pro děti předškolního věku,
 - speciální mateřská škola,
- pro děti a mládež školního věku,
 - speciální základní škola.

3 SPECIÁLNÍ PEDAGOG JAKO UČITEL

Učitel je podle Průchy, Walterové, Mareše (2003) jeden ze základních činitelů vzdělávacího procesu, profesionálně kvalifikovaný pedagogický pracovník, spoluodpovědný za přípravu, řízení organizaci a výsledky tohoto procesu. K výkonu učitelského povolání je nezbytná pedagogická způsobilost. Tradičně byl učitel považován za hlavní subjekt vzdělávání, zajišťující ve vyučování předávání poznatků žákům. Současné pojetí učitele, vycházející z rozšířeného profesionálního modelu, zdůrazňuje jeho subjektivně-objektové role v interakci se žáky a prostředím. Učitel spoluvytváří edukační prostředí, klima třídy, organizuje a koordinuje činnosti žáků, řídí a hodnotí proces učení. Stoupá význam sociálních rolí učitele v interakci se žáky v týmu učitelů ve spolupráci s rodiči a komunitou.

Domníváme se, že učitelé jsou obvykle lidmi, kteří mají rádi své povolání a přijímají je jako své poslání. Je možné předpokládat, že většina z nich ráda poskytne pomoc, oporu či radu dětem a rodičům.

Speciální pedagog je pedagog, který má vzdělání a kvalifikaci pro práci s osobami vyžadujícími zvláštní péči ve školách a zařízeních speciálního školství. Může se uplatnit i ve vědecko-výzkumné, organizační a metodické činnosti příslušného oboru (Průcha, Walterová, Mareš, 2003).

Speciální pedagog je učitel, jehož úkolem je výchova a vzdělávání dětí s tělesným, smyslovým, duševním, zdravotním postižením nebo dětí s poruchami chování.

Speciální pedagog může pracovat přímo jako učitel u těchto dětí nebo se může uplatnit v poradnách pomáhajících rodičům těchto dětí, ve zdravotnických zařízeních pro tyto děti, v rehabilitačních centrech, jejichž úkolem je navrátit tyto děti do běžného života, nebo i v oblasti vědy, výzkumu či metodiky zabývajícími se výchovou a vzděláváním lidí s postižením. Speciální pedagog může být specializován na určitou oblast podle druhu postižení. Těmito oblastmi jsou zejména psychopedie, somatopedie, tyflopédie, surdopedie, logopedie, integrace postižených dětí mezi děti nepostižené. Další činností může být vzdělávání dětí s vývojovými poruchami učení v matematice, resp. v práci s čísly, ve čtení, a v psaní. Činnosti vyplývající ze skutečnosti, že výuka je urč-

na dětem s postižením, tedy především přizpůsobení metod výuky druhu postižení dětí a používání některých speciálních metod pro kompenzaci příslušného postižení.

Předpokladem pro úspěšný výkon povolání speciálního pedagoga je absolvování vysokoškolského studijního oboru speciální pedagogika na některé s pedagogických fakult, učitelství, autorita, vztah k dětem a mládeži, schopnost komunikovat s dětmi a mládeží, schopnost improvizovat, organizační schopnosti, kultivovaný zjev a vystupování (www.occupationsguide.cz, 2011).

V zákoně č. 563/2004 Sb. §18 se uvádí, že speciální pedagog získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na speciální pedagogiku.

V zákoně č. 317/2005 Sb. dle vyhlášky č. 317/2005 Sb. je uvedena základní činnost speciálního pedagoga dle kariérních stupňů. Kariérních stupňů speciálního pedagoga je pět.

1. Kontaktní činnosti zaměřené na jedince, skupiny dětí a mládeže se zdravotním postižením, se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobním a sociálním vývoji. Provádění speciálně pedagogických nápravných edukačních, reedukačních a kompenzačních činností s jedinci i skupinami dětí a mládeže. Speciálně pedagogická poradenství v oblasti nápravných, edukačních, reedukačních a kompenzačních postupů, prevence poruch chování, negativních jevů v sociálním vývoji a v oblasti vzdělávací dráhy a vedení programů prevence sociálně patologických jevů. Příprava a odborné vedení speciálně pedagogických výcvikových, preventivních, vzdělávacích a dalších programů osobnostního rozvoje. Etopedické, logopedické, somatopedické, psychopedické, tyflopédické a další specializované vyšetření dětí a mládeže se zdravotním postižením a provádění nápravy nebo psychoterapeutických činností zaměřených na odstraňování nebo zmírnění poruch učení a chování. Zpracovávání programů integrace a inkluze dětí a mládeže se speciálními vzdělávacími potřebami.

2. Provádění komplexní speciálně pedagogické diagnostiky, náročných nápravných, reedukačních a kompenzačních činností s dětmi a mládeží se zdravotním postižením a náročného speciálně pedagogického poradenství při řešení

problémů ve vývoji a vzdělávání dětí a mládeže se zdravotním postižením ve škole a rodině. Metodická a koordinační činnost v oblasti speciálně pedagogických preventivních a poradenských služeb ve školství. Samostatná aplikace logopedických, psychopedických, tyflopeditických a dalších diagnostických postupů a metodik stimulace, edukace, reedukace, kompenzace a poskytování specializované péče osobám se zdravotním postižením a znevýhodněním rehabilitačními metodami a ve spolupráci v návaznosti na jiná odvětví.

3. Provádění komplexní speciálně pedagogické diagnostiky, náročných nápravných, reedukačních a kompenzačních činností s dětmi a mládeží se zdravotním postižením a náročného speciálně pedagogického poradenství při řešení problémů ve vývoji a vzdělávání dětí a mládeže se zdravotním postižením ve škole a rodině. Metodické a koordinační činnosti v oblasti speciálně pedagogických preventivních a poradenských služeb ve školství. Samostatná aplikace logopedických, etopedických, somatopedických, psychopedických, tyflopeditických a dalších diagnostických postupů a metodik stimulace, edukace, reedukace, kompenzace a poskytování specializované péče osobám se zdravotním postižením a znevýhodněním rehabilitačními metodami a ve spolupráci v návaznosti na jiná odvětví.

4. Tvorba zásadních koncepcí systému speciálně pedagogických preventivních a poradenských služeb ve školství a sestavování prognóz včetně případného poskytování nejnáročnějších speciálně pedagogických služeb – speciálně pedagogická diagnostika, tvorba a uplatňování nových speciálně pedagogických metod.

5. Pátý kariérní stupeň je stejný jak předcházející. Jedná se o tvorbu zásadních koncepcí systému speciálně pedagogických preventivních a poradenských služeb ve školství a sestavování prognóz včetně případného poskytování nejnáročnějších speciálně pedagogických služeb – speciálně pedagogická diagnostika, tvorba a uplatňování nových speciálně pedagogických metod.

Učitel je jeden ze základních činitelů výchovně vzdělávacího procesu. Je osobou kvalifikovanou, (spolu)zodpovědnou za přípravu, řízení, organizaci a výsledky tohoto

procesu. Podle Plischke (in Kolektiv autorů, 2007) byl většinou kladen důraz na vyučovací činnost učitele, ale učitel přejímá také další sociální role a to:

- komunikuje s kolegy, rodiči, širokou veřejností,
- spoluvytváří prostředí vhodné pro výchovně vzdělávací proces,
- organizuje a koordinuje činnost žáků,
- zjišťuje, analyzuje a hodnotí výsledky procesu učení.

4 KOMPETENCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA

„Pojem kompetence vyjadřuje snahu přizpůsobit se praktickým požadavkům dne.“
(Lazarová, 2005, s. 22)

Kompetence a osobnostní předpoklady speciálního pedagoga hrají ve vzdělávacím procesu velkou roli. Nutností speciálních pedagogů je aktualizace vědomostí, dovedností a schopností (Kovářová, Janků, 2008).

Podle Kopřivy (1997) hraje klíčovou roli ve všech pomáhajících profesích vztah mezi pracovníkem a tím komu je pomáháno – ať už je to žák ve škole, pacient v nemocnici, obyvatel domova důchodců nebo klient v poradně.

4.1 Vymezení pojmu kompetence

„Klíčové kompetence zahrnují schopnosti, dovednosti, postoje, hodnoty, názory a další charakteristiky osobnosti, které umožňují člověku jednat adekvátně a efektivně v různých životních situacích. Tvoří základ jak pro celoživotní učení, tak pro získání odborné kvalifikace. Jsou založeny na aktivitách, nikoli pouze na vědomostech.“
(Kofroňová, Vojtěch, 2005, s. 4)

Průcha, Walterová, Mareš (2003) uvádějí pojem klíčové kompetence jako soubor požadavků na vzdělávání, zahrnující podstatné vědomosti, dovednosti a schopnosti univerzálně použitelné v běžných pracovních a životních situacích. Nejsou vázány na jednotlivé předměty, nýbrž měly by být rozvíjeny jako součást obecného základu vzdělávání. V rámci této snahy jsou postulovány klíčové kompetence, jež si mají osvojovat mladí lidé. Klíčové dovednosti zahrnují:

- komunikativní dovednosti, včetně znalosti cizích jazyků,
- personální a interpersonální dovednosti, např. schopnost pracovat v týmu,
- schopnost řešit problémové situace,
- dovednost využívat matematické postupy v praktických situacích,
- dovednost využívat informační technologie,
- pracovat s informacemi.

Kompetence učitele je podle Průchy, Walterové, Mareše (2003) soubor profesních dovedností a dispozic, kterými má být vybaven učitel, aby mohl efektivně vykonávat své povolání. Existují četné pokusy o vymezení kompetencí učitele, snažící se je sblížit s obsahem přípravy budoucích učitelů na pedagogických a jiných fakultách. Obvykle jsou uváděny jako hlavní kompetence osobností a kompetence profesní. Osobností kompetence zahrnují zodpovědnost, tvořivost, schopnost řešit problémy, týmově spolupracovat, být sociálně vnímavý a reflexivní. Profesní kompetence se vztahují k obsahové složce výkonu profese – znalost předmětu, ale dnes jsou zdůrazňovány zvláště komunikativní, řídicí a diagnostické kompetence.

„Kompetence je obecným termínem, který vyjadřuje schopnost a výraz člověka chovat se přiměřeně v situaci, v souladu sám se sebou.“ (Kovářová, Janků, 2008, s. 22)

Kompetence speciálního pedagoga, školského pracovníka, učitele, vychovatele souhrnně nazýváme pedagogické kompetence. Pedagogické kompetence můžeme také nazývat kompetencemi určité profese čili profesními kompetencemi. Tyto profesní kompetence pedagogického pracovníka, které jsou souborem profesních dovedností, vědomostí, zkušeností, osobnostních předpokladů, postojů, hodnot, mu umožňují výkon pedagogické profese a říkáme jim klíčové profesní kompetence (Kovářová, Janků, 2008).

„Slovník cizích slov definuje výraz kompetence jako pravomoc či rozsah působnosti, přičemž velmi často využíváme přídavných jmen stejného základu kompetentní a záporu nekompetentní.“ (Kovářová, Janků, 2008, s. 21)

Získávání klíčových kompetencí je celoživotní, individuální proces, který slouží k rozvoji osobnosti. Získávat kompetence znamená mít schopnost a být připraven učit se po celý život. Učit se můžeme celý život, i jako dospělí. Učit se učit – tím rozumíme kompetentní způsob, jakým dospělý člověk přijímá s tvůrčím duchem, samostatně a přiměřeně situaci a celoživotní výzvu, aby pro něj byl život učením a učení životem (Kovářová, Janků, 2008).

4.2 Pedagogické kompetence

Nejdůležitějšími součástmi kompetencí pedagogických jsou:

- znalosti,
- dovednosti,
- zkušenosti.

Kovářová, Janků (2008) uvádějí, že mezi klíčové profesní kompetence pedagogického pracovníka můžeme zařadit systém profesních dovedností, vědomostí, zkušeností, osobnostních předpokladů, postojů a hodnot, které mu umožňují a zkvalitňují výkon profese.

Kovářová, Janků (2008) klasifikují profesní pedagogické kompetence do těchto celků:

1. **Profesní dovednosti** – dovednost je učením získaná dispozice ke správnému, rychlému a úspornému vykonávání určité činnosti vhodnou metodou. Základní znaky dovednosti jsou kvalitní průběh a výsledek činnosti, zkrácení potřebného času k realizaci činnosti, snížení únavy při vykonávání činnosti.
2. **Profesní vědomosti** – vědomost je zapamatovaná, ale hlavně pochopená informace, fakt nebo teorie, která se týká dané profese a to v různých kontextech.
3. **Profesní zkušenosti** – zkušenost vyjadřuje to, co bylo prožito a fixováno v paměti člověka.
4. **Profesní postoje** – postoj je v našem případě hodnotící vztah k dítěti, kolegovi, vedení, apod.
5. **Osobnostní předpoklady a kvality** – osobnostní kvality a předpoklady se do značné míry podílejí na stylu řízení pedagogického procesu a tím také na atmosféře vyučování, která je více nebo méně příznivá učení a ovlivňuje vztah žáků k učení vůbec.

Pro výkon povolání učitele se vyžaduje tzv. pedagogická způsobilost, která je souhrnem potřebných specifických schopností, dovedností a vědomostí. Její součástí jsou i pedagogické kompetence, které učiteli umožňují plnit běžné a méně běžné úkoly, které život v profesi přináší. Lazarová (2005) uvádí, že pedagogické kompetence jsou vyjad-

řovány ve formě pozorovatelných pedagogických činností. Představují souhrn způsobilostí, kterými by měl být vybaven učitel, aby mohl efektivně vyučovat a vychovávat i zdokonalovat svoji pedagogickou činnost a které by měly být utvářeny, kultivovány a popř. i zdokonalovány. Mezi ně patří vrozené způsobilosti – schopnosti a pedagogické nadání, a způsobilosti získané učením a praktickou pedagogickou činností – pedagogické vědomosti a dovednosti, pedagogické zkušenosti.

Pedagogické kompetence rozděluje Lazarová (2005) do tří skupin následovně:

- kompetence k vyučování a výchově,
 - psychopedagogická kompetence – je zaměřená na projektování postupů podněcujících učení žáků a na realizaci těchto projektů a výchovného působení,
 - komunikativní kompetence – umožňující účinnou komunikaci se žáky v různých pedagogických situacích,
 - diagnostická kompetence – spočívá v tom, že učitel dovede diagnostikovat nejenom vědomosti a dovednosti žáků, ale také jejich pojetí učiva, styly učení a další žákovy potenciality, vztahy mezi žáky i klima školní třídy,
- osobnostní kompetence – podmiňující úspěšné pedagogické působení (odpovědnost učitele za svá pedagogická rozhodnutí i za důsledky jejich praktické realizace v pedagogické komunikaci, jeho tvořivost, flexibilitu, empatii, autenticitu, dovednost akceptovat sebe i druhé...),
- rozvíjející kompetence,
 - adaptivní kompetence – umožňující učiteli orientovat se ve společných změnách a orientovat v nich svoje žáky,
 - informační kompetence – spočívá ve zvládnutí moderních informačních technologií a jejich využití při práci učitele,
 - výzkumné kompetence – umožňující učiteli řešit s využitím vědeckých metod pedagogické problémy a zkoumat svoji pedagogickou činnost,
 - seberefektivní kompetence – umožňují učiteli zamýšlet se nad svou pedagogickou činností a projektovat změny v této činnosti,

- autoregulační kompetence, spočívající v autoregulaci učitelovi pedagogické činnosti, ve zdokonalování jeho vyučovacího stylu a pedagogických dovedností.

Podle našeho mínění se tyto kompetence praktické pedagogické činnosti prolínají. Lazarová (2005) soudí, že jádrem pedagogických kompetencí jsou osobnostní kompetence, které spolu s rozvíjejícími kompetencemi ovlivňují utváření i zdokonalování kompetencí k vyučování a výchově. Jádrem pedagogických kompetencí jsou pak pedagogické vědomosti, dovednosti a zkušenosti.

Dále také Lazarová (2005) uvádí, že považuje za zásadní tři hlavní oblasti, ve kterých učitel získává specifické znalosti a kompetence:

- znalosti spojené s disciplínami,
- znalosti spojené s řízením výuky,
- znalosti spojené s edukačním systémem.

Mezi hlavní kompetence, které by měl učitel získat v průběhu vzdělávání, patří – organizovat a animovat situace učení, zajišťovat a řídit pokroky v učení, formulovat a rozvíjet nástroje pro rozlišení, zapojit žáky do učení a práce, pracovat v týmu, účastnit se na řízení školy, informovat a zapojovat rodiče, využívat nové technologie, zvládat povinnosti a etická dilemata profese, řídit vlastní další vzdělávání. Mezi další kompetence patří podle Lazarové (2005) kompetence psychodidaktické, kompetence pedagogické, kompetence komunikativní, kompetence diagnostické a intervenční, kompetence poradenské a konzultační, kompetence reflexe vlastní činnosti, ale také krizově intervenční kompetence. Krizově intervenční kompetence vyjadřují způsobilost učitele využít adekvátně a účelně v nezvyklé, nestandardní situaci své speciální znalosti, dovednosti a zkušenosti. Krizově intervenční kompetence umožní pracovníkovi profesionálně zvládat základní činnosti jako je např. rychle se zorientovat v situaci; zvážit vlastní možnosti, práva a povinnosti ve vztahu k problému, klientovi a individuální situaci, ve které pracuje; rychle a adekvátně zasáhnout nebo vypracovat plán intervencí, resp. rychle a účelně rozhodovat o dalších postupech; poskytnout základní poradenství a sociální oporu, pracovat s emocemi klientů; spolupracovat s odborníky ve škole i mimo ni; vyhodnotit účinnost své intervence a reflektovat novou zkušenost...

4.2.1 Kompetence školního speciálního pedagoga ve vztahu k zákonným zástupcům

Každý speciální pedagog by měl komunikovat se zákonnými zástupci. Je nutné toto pojetí sledovat ve dvou liniích a to s rodiči žáků s postižením i bez postižení (Kovářová, Janků, 2008).

Komunikace s rodiči žáků bez postižení

Mezi základní činnosti ve vztahu k rodičům žáků bez postižení řadíme aktivity socializační (inkluzivní). Skutečnost, jak bude žák s postižením akceptován v kolektivu zdravých jedinců, bezesporu ovlivní jeho socializaci i v dalším životě. Všechny zainteresované subjekty dnes usilují o postupnou a přirozenou integraci jedinců s postižením do společnosti. (Kovářová, Janků, 2008).

Právě přirozené začlenění by mělo být nastartováno již v základní škole. Speciální pedagog by měl jako prvně poskytnout informace rodičům, dříve než do kolektivu jejich dítěte přijde žák s postižením. Speciální pedagog by měl navštívit třídní schůzky a rodiče obecně informovat o specifických daného typu postižení (Kovářová, Janků, 2008).

Komunikace s rodiči žáků s postižením

Školní speciální pedagog bude mnohem více v kontaktu s rodiči, jejichž dítě s postižením bude integrováno v dané škole. Kovářová, Janků (2008) uvádějí základní činnosti speciálního pedagoga vzhledem k rodičům dítěte s postižením, mezi které patří:

- spolupráce s rodiči při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu – rodiče budou opakovaně seznámeni se závěry speciálně pedagogického centra a speciální pedagog jim vysvětlí situaci v dané škole a domluví se na přesných pravidlech, která budou dodržována učiteli, žákem a rodiči,
- pomoc rodičům při sestavení optimálního domácího výukového programu,
- poskytování názorné pomoci při reedukačních činnostech,
- speciální pedagog bude rodičům nápomocen při řešení případných problémů souvisejících s edukací jejich dítěte,
- orientace rodičů na různé organizace, které jim mohou být nápomocny,
- pomoc při volbě další vzdělávací cesty žáka.

Vzhledem k těmto činnostem, musí speciální pedagog disponovat podle Kolářové, Janků (2008) následujícími kompetencemi:

- komunikační kompetence,
- odborné vědomosti,
- odborné dovednosti,
- schopnost tvořivého myšlení,
- schopnost empatie.

4.2.2 Kompetence školního speciálního pedagoga ve vztahu k žákům

Práce s žáky tvoří u školního speciálního pedagoga největší díl jeho pracovních povinností. I zde Kolářová, Janků (2008) rozděluje žáky na dvě základní skupiny:

- žáky intaktní,
- žáky s postižením.

Žáci intaktní (bez postižení)

Ve školním věku je důležité, aby se vytvořil odpovídající vztah zdravých jedinců k jedincům s postižením. Jeho vytvořením je dobrý základ pro budoucí pochopení potřeb postižené minority. Školní speciální pedagog v oblasti vytváření adekvátních postojů k jedincům s postižením spatřuje základní cíle, které směřuje k žákům bez postižení. Podle Kolářové, Janků (2008) se jedná o metody vytvářející adekvátní vztah:

- metoda pozorování – intaktní žáci jsou vedeni k tomu, aby pozorovali svého spolužáka s postižením a na základě vlastního pozorování vyhodnotili jeho schopnosti a nedostatky. Tímto způsobem můžeme dovést žáky k pochopení potřeb jednotlivých jedinců s postižením,
- metoda besedy (rozhovoru) – školní speciální pedagog zprostředkuje intaktním žákům besedu. Aktéry besedy mohou být žáci s postižením, kteří již jsou integrováni v běžné škole, rodiče žáků s postižením, pracovníci PPP, SPC, členové občanského sdružení a další...,
- metoda soutěže – lze pro všechny žáky společně organizovat soutěže, ve kterých mohou být úspěšní jak postižení jedinci, tak jedinci bez postižení,
- společné tábory – děti s postižením i nepostižené sdílejí společný čas na dětském táboře, což vede k pěstování dobrých mezilidských vztahů,

- metoda skupinové práce – může být využívána přímo ve vzdělávacím procesu nebo také mimo něj jako domácí práce. Vede ke kooperaci mezi všemi zainteresovanými jedinci.

Aby mohl školní speciální pedagog vykonávat tyto metody, musí být podle Kovářové, Janků (2008) vybaven základními kompetencemi:

- odborné vědomosti a dovednosti,
- organizační kompetence,
- kreativní kompetence,
- komunikační kompetence,
- znalost specifík jednotlivých věkových období.

Žáci s postižením

Největší díl pracovních povinností školního speciálního pedagoga tvoří práce se žáky s postižením. V tomto případě dochází k maximální snaze o jejich začlenění do kolektivu zdravých dětí. Jádrem práce speciálního pedagoga ve vztahu k jedincům s postižením spočívá podle Kovářové, Janků (2008) v:

- depistážní činnosti,
- diagnostické činnosti,
- intervenční činnosti.

Depistážní činnost

Depistážní činnosti ve většině případů probíhají v úzké spolupráci s třídním učitelem a znamenají vyhledávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich následné zařazení do speciálně pedagogické péče. Základní kompetencí, kterou při této činnosti školní speciální pedagog využije je znalost problematiky rizikových jedinců (Kovářová, Janků, 2008).

Diagnostická činnost

Diagnostická činnost se zabývá posouzením školní zralosti, diagnostikou speciálních vzdělávacích potřeb žáka, stanovení individuálního plánu a další... V souvislosti s diagnostickými kompetencemi školního speciálního pedagoga považujeme za nutné zdůraznit posílení pedagogické a speciálně pedagogické diagnostiky v rámci běžné zá-

kladní školy. V současné době diagnóza stanovená školním speciálním pedagogem musí být potvrzena školským poradenským zařízením – pedagogicko-psychologickou poradnou a speciálně pedagogickým centrem. Z časových důvodů se mnohdy oddaluje potvrzení zjištěné diagnózy, což samozřejmě není ve prospěch žáka, přestože intervenční opatření se již většinou konají (Kovářová, Janků, 2008).

Intervenční činnost

Intervenční činnosti podle Kovářové, Janků (2008):

- krátkodobá i dlouhodobá individuální práce s žákem může být prováděna v době i mimo vyučování – jedná se o tzv. ambulantní nápravu, ale také v rámci běžných vyučovacích hodin,
- za velmi přínosnou považujeme názornou a kvalitní pomoc učiteli přímo ve vyučovací hodině s konkrétním učivem, návrhy využívání kompenzačních pomůcek,
- skupinové reedukační a kompenzační působení nejčastěji v době mimo vyučování – využití odborných kompetencí při reedukaci deficitních funkcí,
- průběžné hodnocení účinnosti navržených opatření vyžaduje výborné kreativní schopnosti, jelikož speciální pedagog musí pružně reagovat na případnou netečnost vůči nastavenému programu,
- participace na kariérovém poradenství žáků s postižením.

4.2.3 Kompetence školního speciálního pedagoga ve vztahu k ostatním pedagogům

Činnost školního speciálního pedagoga je vázána na spolupráci s dalšími pedagogy. Kovářová, Janků (2008) uvádějí činnosti, které provádí školní speciální pedagog ve spolupráci s dalšími pedagogy:

- spolupráce s třídními učiteli při depistáži a následné intervenci dětí s SPU,
- spolupráce s třídními a ostatními zainteresovanými učiteli na tvorbě individuálních vzdělávacích plánů,
- spolupráce speciálního pedagoga, třídního učitele a výchovného poradce při výběru další cesty vzdělávání pro dítě s postižením,
- podpora učitelů při volbě vhodných metod a forem práce,
- kvalitní pomoc učitelům přímo ve vyučovací hodině,

- ukázkové hodiny práce žáků s postižením pro zájemce z řad pedagogů.

Aby byl školní speciální pedagog schopen naplnit tyto činnosti, musí podle Kovářové, Janků (2008) mezi jeho základní kompetence patřit:

- odborné kompetence,
- organizační kompetence,
- komunikační kompetence,
- kreativní kompetence,
- didaktické kompetence,
- schopnost spolupráce.

4.2.4 Kompetence školního speciálního pedagoga ve vztahu k dalším subjektům

V rámci integračního procesu musí školy spolupracovat s dalšími subjekty. Úzká spolupráce školy a rodiny je zcela neodmyslitelná. V případě integrace žáků s postižením je nezbytná spolupráce s dalšími subjekty (subjekty spadající jak do oblasti běžného školství, školského poradenství, i do oblasti sociální). Navazování vztahů s nimi a úspěšnou spoluprací by měl zabezpečovat školní speciální pedagog, který k této činnosti bude nejvíce kompetentní. Kovářová a Janků (2008) uvádí tyto subjekty:

- běžné základní školy zabývající se integrací žáků s postižením,
- pedagogicko-psychologické poradny (PPP),
- speciálně pedagogická centra (SPC),
- střediska výchovné péče (SVP),
- orgány péče o dítě (OPD),
- občanská sdružení.

4.3 Profesní kompetence

„Profesními kompetencemi se rozumí komplexní soubor určitých dispozic a dovedností učitele, který je složen z dílčích speciálních kompetencí.“ (Klapal, in Kolektiv autorů, 2007, s. 20)

Jedná se o ty schopnosti, dovednosti, postupy, návyky a postoje, které jsou typické pro práci učitele. Patří k základním předpokladům kvalitně a kompetentně vykonávané

činnosti, ale také patří ke kvalifikaci, kterou veřejnost, rodiče a školská správa od učitele právem vyžadují. (Klapal, in Kolektiv autorů, 2007)

Klapal (in Kolektiv autorů, 2007) uvádí následující složky profesních kompetencí učitele:

- odborně předmětová kompetence – její předpoklady by měly být patrné už před nástupem na vysokou školu, na vysoké škole by měl být položen základ těchto kompetencí, které se budou po celý život a profesní kariéru studiem rozvíjet a prohlubovat, jedná se především o vědecké základy daných předmětů,
- psychodidaktická kompetence – učitel musí umět učit a k tomu nestačí jen znát a vědět co předat, ale jak to předat a za jakých podmínek,
- komunikativní kompetence – zahrnuje všechny komunikativní dovednosti učitele, vědomosti o zákonitostech komunikace. Učitel musí umět navázat kontakt se žákem i se třídou jako sociální skupinou,
- organizační a řídicí kompetence – výuka je plánovaný proces, ve kterém učitel řídí a usměrňuje dění během hodiny. Dříve se ve škole žáci stávali pouhými objekty výchovně vzdělávacího procesu. Jejich úkolem bylo dobře se dívat a poslouchat informace, které přicházely od učitele. Učitelé kladli důraz na pamětní učení a kázeň ve výuce a nezajímali se příliš o to, co žáky zajímá a co by chtěli vědět. Nad situací ve škole se začali zamýšlet. Usilovali o komplexní rozvoj dítěte. Žáci se posunuli do centra pedagogického dění – pedocentrismus. Alternativní „jiné“ školy – Waldorfská usiluje o výchovu ke svobodě, rovnosti a bratrství; rozvoj osobnosti po stránce intelektuální, emocionální a volní; podceňování iniciativy, tolerance, odpovědnosti, empatie, spravedlnosti; podporování zájmu, tvůrčí činnosti a samostatného vzdělávacího úsilí. Učitel na waldorfské škole je považován za umělce v oblasti výchovy. Kromě dostatečné inteligence by měl mít i umělecké předpoklady, řemeslnou zručnost, smysl pro práci s dětmi a schopnost kontaktovat se s nimi. Měl by akceptovat temperament, nadání a zájmy jednotlivých žáků. Volí metody, které rozvíjejí kreativitu, fantazii, samostatné myšlení a umožňují hluboký zážitek. Důraz klade více na spolupráci než na vzájemné soutěžení. Montessoriovská škola odmítá nátlak, drilování, reglementování; důraz klade na svobodný projev, nezávislost a samostatnost dítěte; projevuje se v ní poměrně velký vliv náboženství a preference křesťanských

ctnosti – lásky, pokory, klidu, soucitu; každé dítě se rozvíjí podle individuálního studijního plánu. Učitel na škole Marie Montessoriové má za úkol citlivě zkontaktovat dítě s prostředím tak, že navozuje a podporuje jeho činnost, odstraňuje vzniklé překážky, které by mohly bránit v soustředění, pomáhá při jeho hledání a rozhodnutí – princip svobodné volby. Krédo této školy zní: „Pomoz mi, abych to mohl udělat sám!“ „Pomoz mi, abych to dokázal!“ Jenská škola se snaží vytvářet pro děti emocionálně laděné přirozené prostředí; školní místnosti spíše připomínají domov než školní třídu; žáci se neseskupují ve třídách, nýbrž v tzv. kmenových skupinách, ve kterých se uplatňuje věková heterogenost; žáci pracují podle týdenního učebního plánu. Ve výuce se rovnoměrně střídají rozhovor, práce, hra a slavnost; důraz se klade na rozvoj ctností – dobra, lásky, věrnosti, úcty, důvěry, pokory, zbožnosti, ochoty pomoci, kamarádství; důležitou roli v jenské škole sehrává pospolitost. Učitel je považován za vůdce, který si ovšem nevynucuje svoji autoritu zkoušením a známkováním. Jeho autorita vyplývá z řešení pedagogických situací. Obsahem „pedagogických situací“ jsou Bůh, příroda a svět člověka. Učitel pomáhá žákovi vyznat se sám v sobě a poznat okolní svět, rozumět mu a jednat v něm. Podporuje aktivitu a samostatnost. Freinetovská škola používá tradiční metody minimálně, hlavně besedy, rozhovory, přednášky; individualizované učení, praktická činnost, mimoškolní pozorování; specifické vyučovací postupy; rady učitele, podněcování, akceptace aktuálních zájmů a potřeb dětí; individuální charakter práce. Vztah mezi učitelem a žákem na alternativních školách: Učitel má přirozenou autoritu, která vyplývá z úcty žáků k jeho osobě. Žáci si jej váží pro jeho rozhled v oboru, pedagogické schopnosti, zájmy a koníčky, pro které dokáže získat také děti, mravní a charakterové vlastnosti – smysl pro spravedlnost, poctivost, odpovědnost, držení daného slova. Je rádcem, pomocníkem, vůdcem, kamarádem a partnerem žáků. Volba obsahu, metod a forem výuky není pouze jeho věcí, ale rovněž žáků, kteří s ním participují na tvorbě výuky. Opírá se hluboké znalosti vývojových zákonitostí člověka. Zajímá se o individuální zájmy, schopnosti a potřeby jednotlivých žáků, preferuje je a dále rozvíjí. Podporuje jejich sebeuvědomování a sebevědomí. K tomu využívá slovní hodnocení. Usiluje o to, aby každé dítě zažilo

pocit úspěšnosti. Chybování považuje za součást učení se. Více se zajímá, co žáci vědí, než co ještě nedokáží (Grecmanová, in Kolektiv autorů, 2007).

- diagnostická a intervenční kompetence,
- poradenská a konzultativní – učitel by si měl získat důvěru žáků, potom jim snáze může poradit jak s výukou, tak i s problémy, které s výukou nesouvisejí,
- reflexe vlastní činnosti – učitel musí neustále kontrolovat i sám sebe.

Klapal (in Kolektiv autorů, 2007) se zaměřuje také na jiný přístup vymezování profesních kompetencí, které vycházejí ne z toho, jaký by učitel měl být, ale z toho co učitel opravdu dělá a dělat musí:

- plánování a příprava,
- realizace vyučovací jednotky,
- řízení vyučovací jednotky, vytváření klimatu třídy,
- udržování kázně, hodnocení prospěchu žáků,
- reflexe vlastní práce a evaluace.

Mezi kompetence speciálního pedagoga by podle našeho mínění měla patřit i poradenská činnost. Poradce by měl pro svoji činnost nabýt kompetencí v průběhu profesionální přípravy. Hady Moussová (2002) je rozdělila následovně:

- kognitivní kompetence,
 - dostatečné znalosti a vědomosti v psychologii, speciální pedagogice a dalších potřebných oborech,
 - znalost teorií osobnosti a poradenských směrů,
 - znalost metod a technik diagnostiky a intervence v poradenství,
 - orientace v poradenském systému jak obecně, tak i konkrétně v regionu, kde poradce působí,
 - schopnost jasně a srozumitelně formulovat sdělení v kontaktu s klientem, rodiči a školou i s dalšími poradenskými institucemi,
 - znalost právních a etických norem týkající se činnosti poradce,
 - být otevřen novým poznatkům jak obecně tak i v oblasti, týkající se profesionálního zaměření či konkrétního případu,
- dovednosti poradce,
 - základní komunikační dovednosti,

- základní sociální dovednosti,
- vytváření a udržování mezilidských vztahů,
- účinně projevovat přijetí klienta,
- dovednost pozitivního ovlivňování klienta, bez manipulace,
- umět objektivně hodnotit a interpretovat pozorované jevy a chování klienta,
- zvládnout volbu přiměřeného typu intervence,
- poskytování podpory klientovi,
- umět ukončit poradenský proces.

4.4 Osobnost školního speciálního pedagoga

Zásady, které jsou předpokladem pro asertivní styl jednání a jejichž dodržování zaručí vskutku efektivní a spolupracující vztah speciálního pedagoga se zákonnými zástupci, se žáky, s ostatními pedagogy a s dalšími subjekty (Kovářová, Janků, 2008):

- učit se kontrolovat své emoce,
- respektovat a tolerovat i osobní práva a odlišnosti druhého,
- stručně a upřímně vyjadřovat své pocity,
- snažit se vidět sebe i druhého reálně,
- než budeme hodnotit, musíme důkladně poznávat,
- pokusit se poznat a pochopit stanovisko druhého,
- naslouchat druhému,
- vážit si názoru druhých,
- vyhýbat se zbytečným sporům a konfrontacím,
- učit se nacházet kompromis,
- přiznat omyl a pokusit se jej napravit,
- uvědomit si včas a přesně, jaký je můj cíl, čeho chci dosáhnout.

Potřebné schopnosti, dovednosti a zkušenosti nestačí „pouze“ získat či si je osvojit, nezbytný je jejich další rozvoj a především umění jejich použití, tedy aplikace do profesního, ale i do osobního a rodinného života (Veteška, Tureckiová, 2008).

V příloze č. 2 uvádíme možnost získání potřebného vzdělání a tím i kompetencí.

5 SYNDROM VYHOŘENÍ

Burnout efekt – vzniklo z anglického slova vyhoření, vypálení. Vyčerpání fyzických a psychických sil, ztráta zájmu o práci, eroze profesionálních postojů, které se především projevují u pracovníků tzv. pomáhajících profesí (sociální pracovníci, poradci, pedagogové, zejména speciální pedagogové). Značný podíl na tomto jevu mají stres, časová náročnost povolání, administrativní zásahy, které rušivě ovlivňují práci, apod. (Průcha, Walterová, Mareš, 2003).

Syndrom vyhoření neboli „burnout syndrom“ – jde svým způsobem o velmi výstižnou metaforu: anglické sloveso „to burn“ znamená hořet, ve spojení „burn out“ pak dohořet, vyhořet, vyhasnout. Původní silně hořící oheň symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání a vyhaslosti (Kebza, Šolcová, 2003).

„Burnout efekt je definován jako vyčerpání fyzických a psychických sil, ztráta zájmu o práci, eroze profesionálních postojů, které se projevují především u pracovníků tzv. pomáhajících profesí.“ (Grecmanová, 2007, s. 39)

Syndrom vyhoření je stav tělesného a emocionálního vyčerpání, který se postupně objevuje v průběhu času (Mastiliaková, 1999).

Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání. Vyskytuje se zvláště u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“. Mastiliaková (1999) uvádí, že syndromem vyhoření jsou většinou postiženi profesionálové, kteří pracují s lidmi, v zaměstnáních, která jsou emocionálně náročná (např. ošetrovatelky, sociální pracovníci).

Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční vyčerpání, kognitivní vyčerpání a „opotřebením“ a často i celková únava. Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu (Kebza, Šolcová, 2003).

Lidé se syndromem vyhoření tráví nadměrně času ve své práci, nemají věci v pořádku, snadno se rozzlobí a podávají nízký pracovní výkon. Hlavní charakteristikou

vyhoření je způsob, jakým se distancují od klientů. Distancování je doplněno depersonalizací klientů a jejich problémů. S klienty většinou jednájí nedůstojným způsobem (Mastiliaková, 1999).

5.1 Prevence syndromu vyhoření a intervence

Prevenčí syndromu vyhoření je podle Průchy, Walterové, Mareše (2003) osvojení si technik předcházení a snižování stresu, plánování a management času, oddělení práce od osobního života, snaha o profesionální růst, apod.

Možnosti prevence syndromu vyhoření jsou různé. Jestliže je vyhoření důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tento nepoměr zmenšit jednak na straně jedince osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategií zvládnání stresu, jednak na straně zaměstnavatele (podniku) změnou jeho organizace a kultury (Kebza, Šolcová, 2003).

Syndrom vyhoření se promítá i do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti, například absence v zaměstnání, změny zaměstnání, snížené pracovní úsilí, snížená pracovní spokojenost aj. – má i ekonomické důsledky, proto je v zájmu zaměstnavatele, aby se prevencí syndromu vyhoření zabýval. Proto je nyní v popředí zájmu organizací rozvoj programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmovou spolupráci, zvýšení podílu pracovníků na řízení atd. Řada podniků investuje do kondičních programů, které prokazatelně snižují fyzický i psychický stres, a tím i náklady na nemocenské dávky a velikost nahodilých změn pracovníků (Kebza, Šolcová, 2003).

Intervence neboli zásah na straně organizace může spočívat např. ve zvýšení participace pracovníků na rozhodování, vytvoření sociálně citlivého prostředí. Pozitivním faktorem ve spokojenosti se zaměstnáním je spokojenost s nadřizenými, spokojenost se spolupracovníky, spokojenost s postupem, spokojenost s finančním ohodnocením, jasný kariérní řád. Na straně jedince je potřeba zvládnout základní pravidla, jak si zachovat zdraví a nepodléhat stresu alespoň na úrovni znalostí, názorů a postojů k těmto otázkám (Kebza, Šolcová, 2003).

Při absolvování odborných praxí také autorka zjistila, že nejlepší prevence proti syndromu vyhoření je „ÚSPĚCH“, tj. pozitivní zpětná vazba. Žák, který říkal (sem tam) nějaké to slovo a používal většinou jen „ano“, „ne“, „nevím“ začal mluvit, ptát se, komunikovat s okolím. Tyto dny pro ni byli vzácností. Hodně lidí z úspěchu žáka mělo radost a největší ona. To, že něco dokázala, ji naplňovalo štěstím.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY

Hlavním cílem šetření bylo analyzovat současné kompetence speciálních pedagogů na škole při zdravotnickém zařízení.

Záměrem bylo zjistit, které kompetence hrají důležitou roli ve škole při zdravotnickém zařízení, ale také ověřit, zda speciální pedagogové na škole při zdravotnickém zařízení přispívají k informovanosti rodičů a široké veřejnosti.

Na základě předběžné teoretické analýzy, jež spočívala ve studiu příslušné odborné literatury, ve sběru informací a v konzultacích s odborníky byly formulovány hypotézy.

HYPOTÉZY:

H1: Odborné kompetence získané v průběhu praxe výrazně zvyšují schopnost pedagoga dobře reagovat na potřeby žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

H2: Osobnostní kompetence výrazně ovlivňují práci se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

7 CHARAKTERISTIKA VZORKU A PRŮBĚH ŠETŘENÍ

Šetření v rámci bakalářské práce bylo provedeno v těchto školách při zdravotnickém zařízení.

1. Základní škola při fakultní nemocnici Brno
2. Základní škola a Mateřská škola při Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé Luže Košumberk
3. Základní škola při dětské léčebně Luhačovice
4. Základní škola a Mateřská škola při fakultní nemocnici Bulovka
5. Základní škol a Mateřská škola při fakultní nemocnici Plzeň
6. Základní škola při zdravotnickém zařízení a Mateřská škola při zdravotnickém zařízení Klimkovice
7. Základní škola a Mateřská škola při fakultní nemocnici Hradec Králové
8. Základní škola a Mateřská škola při Olivově dětské léčebně Říčany
9. Základní škola a Mateřská škola při zdravotnickém zařízení Opava
10. Základní škola Mateřská škola při sanatoriu EDEL Zlaté hory

Několik dotazníků bylo získáno od přátel mých přátel. Šetření bylo realizováno v období školního roku 2010/2011 ve výše zmíněných školách, při kterém se nám podařilo získat přesně 27 vyplněných dotazníků. Dotazník byl určen speciálním pedagogům na škole při zdravotnickém zařízení a byl zaměřen na jejich kompetence a osobnostní předpoklady.

Před vyplněním dotazníků (viz příloha č. 1) byli osloveni vedoucí pracovníci daného zařízení, ve většině případů paní ředitelku, pana ředitele. Následně byli požádáni o souhlas s možností provést v jejich zařízení šetření. Vstříc vyšla jen některá zařízení. Někde byla odpověď záporná, vzhledem k tomu, že jim údajně takových dotazníků chodí velké množství a nemohli by se věnovat plně svojí práci.

8 METODY ŠETŘENÍ

Údaje pro výzkum byly získány na základě dotazníkového šetření. Chráska (2007) definuje dotazník jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Kladené otázky se mohou vztahovat buď k jevům vnějším např. názory učitelů, nebo k jevům vnitřním např. postoje, citové stavy. Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny.

Požadavky na konstrukci dotazníku uvádí Rádlová (2004) následovně:

- dotazník by neměl být příliš rozsáhlý,
- položky nesmějí být sugestivní,
- je nutno si uvědomit, že ochota klienta spolupracovat závisí od míry jeho motivace,
- pokud dotazník vyplňuje klient, musí obsahovat jasné, krátké a srozumitelné pokyny k vyplnění,
- při řazení položek dotazníku preferujeme psychologické hledisko před logickým a systémovým – nejdůležitější položky umístíme dopředu dotazníku, začínáme jednoduchými a konkrétními otázkami a postupujeme k obecněji formulovaným položkám.

Dotazník byl sestaven z 23 otázek, z nichž 7 otázek bylo s otevřenou odpovědí. U ostatních 16 otázek byla možnost výběru odpovědi. U některých otázek byly vytvořeny podotázky s otevřenou odpovědí. Výsledky byly analyzovány z dotazníkového šetření následovně:

- grafickým znázorněním (sloupcovými a výsečovými grafy),
- určením četnosti výpovědí,
- procentuálním vyjádřením.

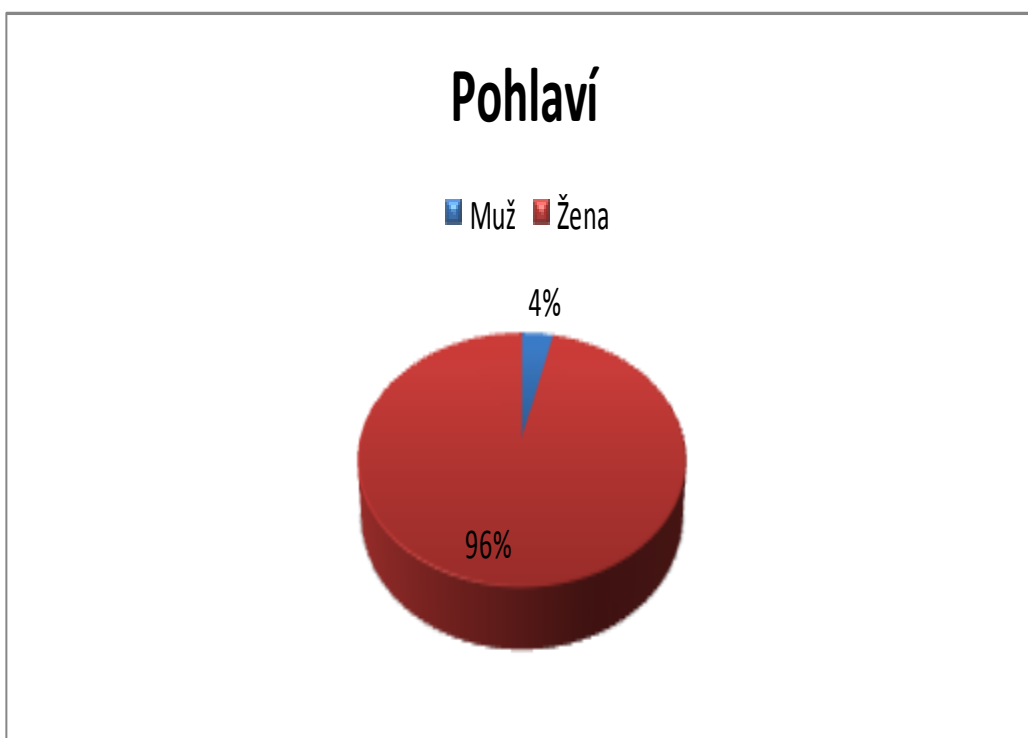
9 VÝSLEDEK ŠETŘENÍ

V této části práce jsou graficky vyhodnoceny jednotlivé odpovědi výzkumného šetření se stručným komentářem.

1. Jaké je vaše pohlaví?

V první otázce dotazníku jsme zjišťovali pohlaví respondentů. Celkem nám odpovědělo 27 respondentů, z nichž bylo 26 žen a 1 muž.

Graf 1: Pohlaví

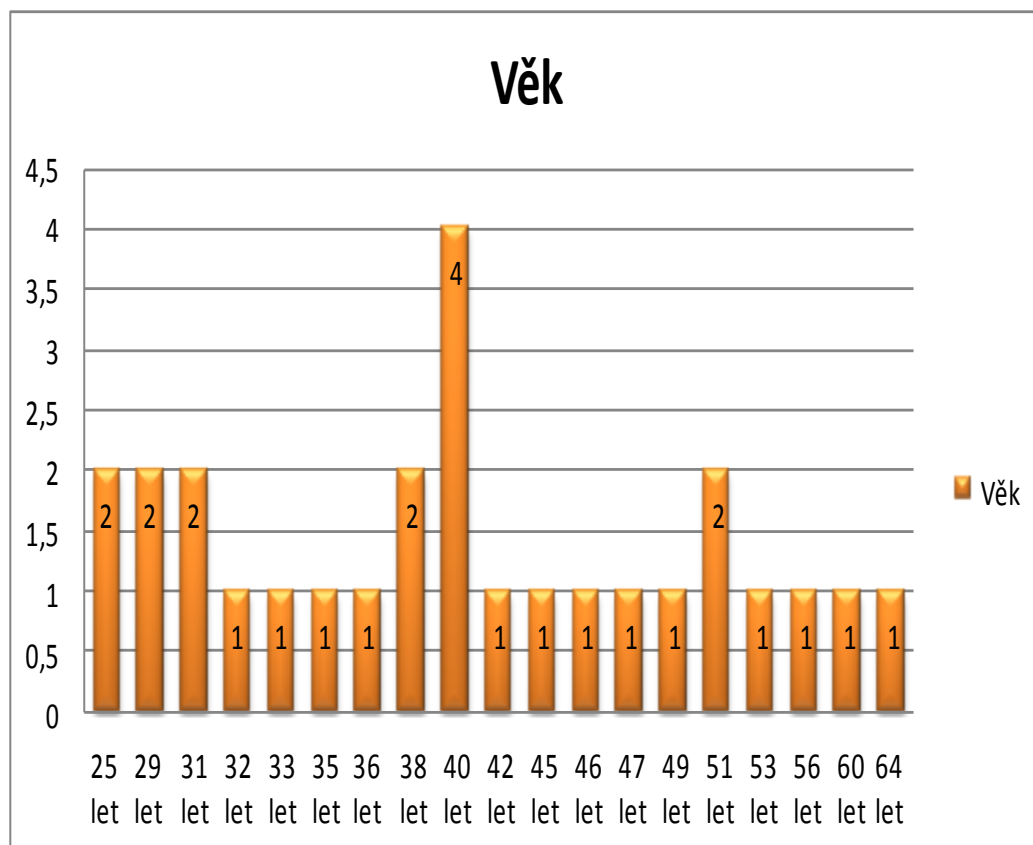


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

2. Jaký je Váš věk?

V druhé otázce jsme zjišťovali věk respondentů. Z dotazníku vyplynulo, že jen málo respondentů je mladších jak 40 let a 15 respondentů je starších jak 40 let.

Graf 2: Věk



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

3. Jste spokojen/a se svou prací?

Při zjišťování, zda jsou respondenti spokojeni se svojí prací, jsme zjistili, že všech 27 respondentů je spokojeno se svojí prací.

Graf 3: Spokojenost s prací



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

4. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

Myslíme si, že vzdělání je pro speciálního pedagoga velice důležité. Z následujícího grafu vyplývá, že všech 27 respondentů má vysokoškolské vzdělání.

Graf 4: Nejvýše dosažené vzdělání



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

5. Jaký obor máte vystudovaný?

U této otázky 18 respondentů odpovědělo, že mají vystudovanou speciální pedagogiku s různými kombinacemi oborů, popřípadě jednooborovou speciální pedagogiku. Někteří respondenti uváděli i více vystudovaných oborů.

Graf 5: Vystudovaný obor



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

6. Doplnujete si ještě vzdělání v rámci celoživotního vzdělávání?

Celoživotní vzdělávání je nezbytnou součástí většiny lidí. Z následujícího grafu je patrné, že i u většiny našich respondentů je celoživotní vzdělávání nezbytnou součástí. 85% respondentů si v současné době doplňují vzdělání. U zbylých 15% je celoživotní vzdělávání důležité, ale v současné době si ho nedoplňují.

Graf 6: Celoživotní vzdělávání



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

7. Komunikujete s kolegy o problematice žáků se speciálními vzdělávacími potřebami?

Na následující otázku odpovědělo všech 27 respondentů stejným způsobem. Jejich odpověď zněla ANO.

Graf 7: Komunikace s kolegy o problematice žáků

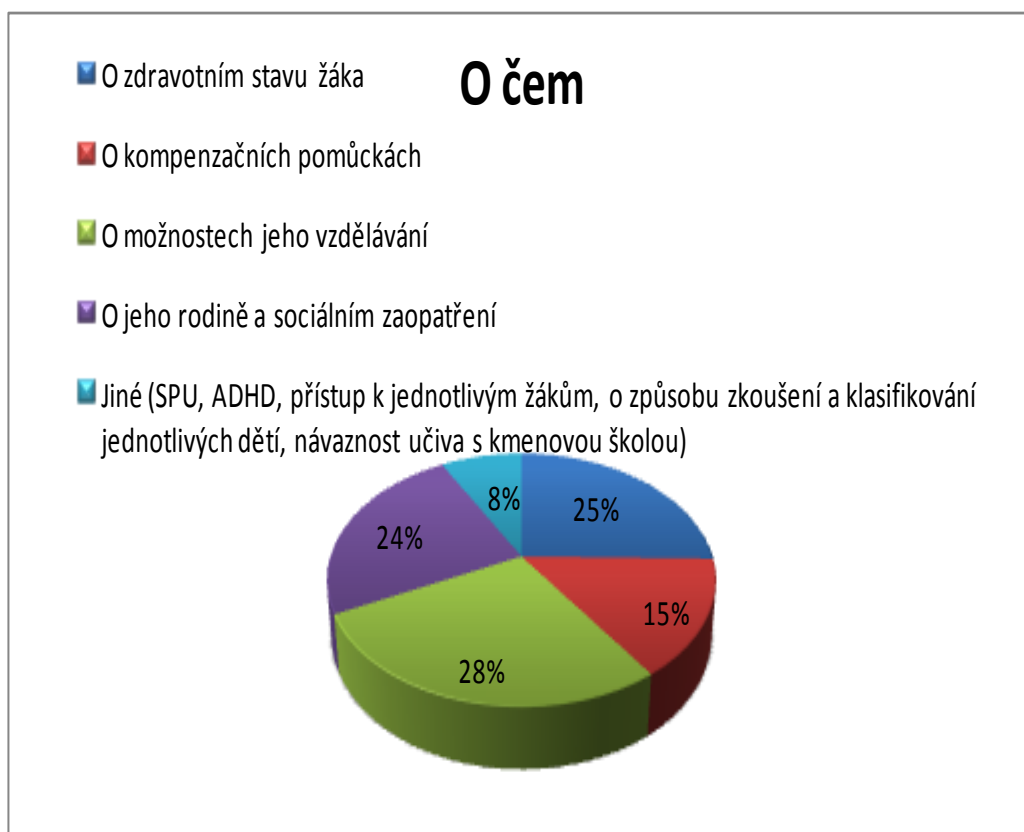


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

Podotázka k otázce č. 7 - Pokud ANO, tak o čem?

V tomto grafu vidíme, že speciální pedagogové nejvíce komunikují s kolegy o možnostech vzdělávání žáka a o jeho zdravotním stavu. Také pokládají za důležité komunikovat o jeho rodině a sociálním zaopatření. V pozadí zůstává komunikace o kompenzačních pomůckách či o přístupu k jednotlivým žákům.

Graf 8: Komunikace s kolegy o problematice žáků



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

8. Komunikujete s rodiči o problematice žáků se speciálními vzdělávacími potřebami?

Z odpovědi na tuto otázku jasně vidíme, že skoro všichni odpověděli ANO. Komunikace s rodiči o problematice jejich dítěte je velmi důležitá. Myslíme si, že hlavně musí být zájem ze strany rodičů. Jen 2 respondenti odpověděli na tuto otázku NE a zdůvodnil to tím, že rodiče nemají zájem o komunikaci.

Graf 9: Komunikace s rodiči o problematice žáků

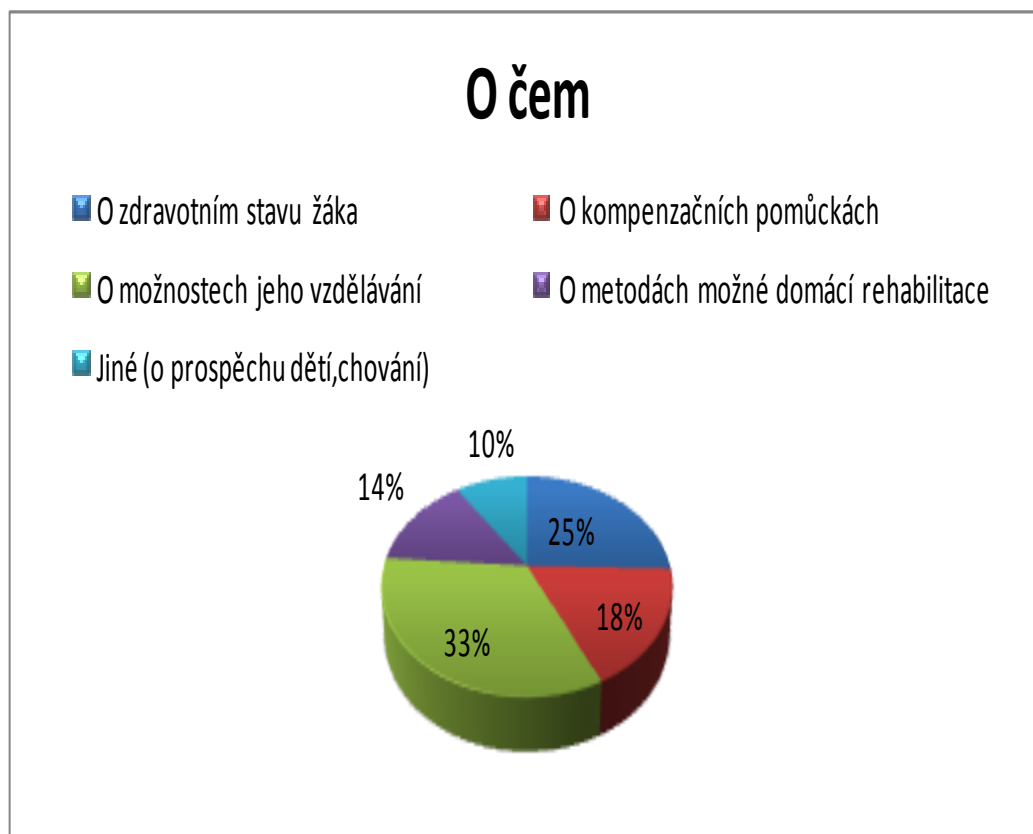


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

Podotázka k otázce č. 8 - Pokud ANO, tak o čem?

Z naší podotázky vyplývá, že se speciální pedagogové baví nejvíce s rodiči o možnostech vzdělávání jejich dítěte, ale také o jeho zdravotním stavu. Jen z malé části komunikují o kompenzačních pomůckách, o metodách možné domácí rehabilitace a o prospěchu a chování žáka.

Graf 10: Komunikace s rodiči o problematice žáků

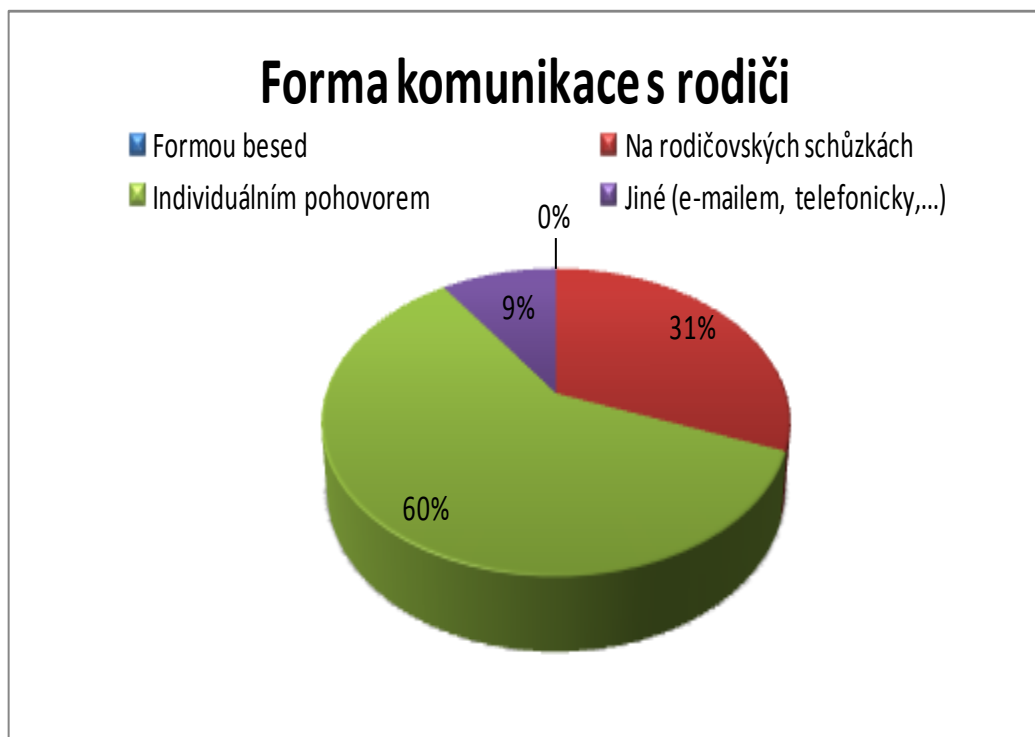


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

Podotázka k otázce č. 8 - Jakou formou s rodiči komunikujete?

Další podotázka je zaměřena na formu komunikace speciálních pedagogů s rodiči. Většina speciálních pedagogů komunikuje s rodiči individuálním pohovorem, časté jsou i rozhovory na rodičovských schůzkách. Méně častá je telefonická komunikace, či elektronická komunikace (e-mailem).

Graf 11: Forma komunikace s rodiči



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

9. Komunikujete s širokou veřejností o problematice žáků se speciálními vzdělávacími potřebami?

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda speciální pedagogové komunikují s širokou veřejností. Z následujícího grafu plyne, že 59% respondentů s širokou veřejností komunikuje a zbylých 41% respondentů s širokou veřejností nekomunikuje.

Graf 12: Komunikace s širokou veřejností

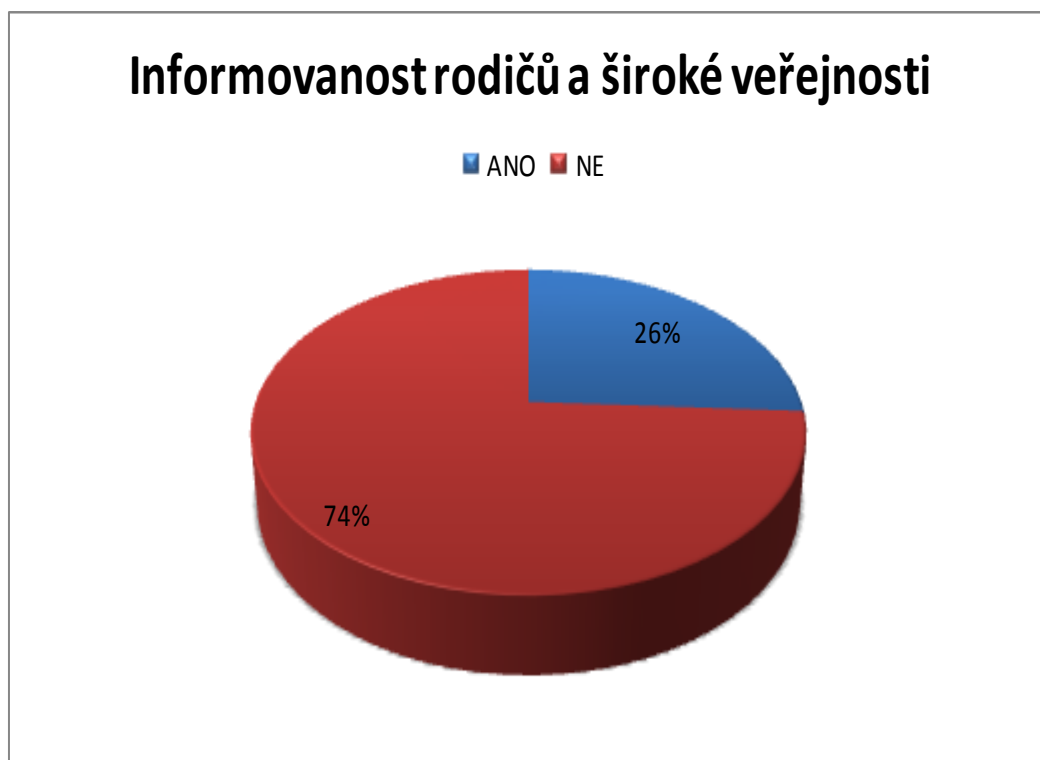


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

10. Myslíte si, že je informovanost rodičů a široké veřejnosti o speciálně vzdělávacích potřebách žáků dostatečná?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda je komunikace speciálních pedagogů s širokou veřejností a s rodiči je dostatečná. 74% respondentů si myslí, že komunikace s širokou veřejností a s rodiči není dostatečná. Zbýlých 26% respondentů jsou přesvědčeni o tom, že komunikace s širokou veřejností a s rodiči je dostatečná.

Graf 13: Informovanost rodičů a široké veřejnosti

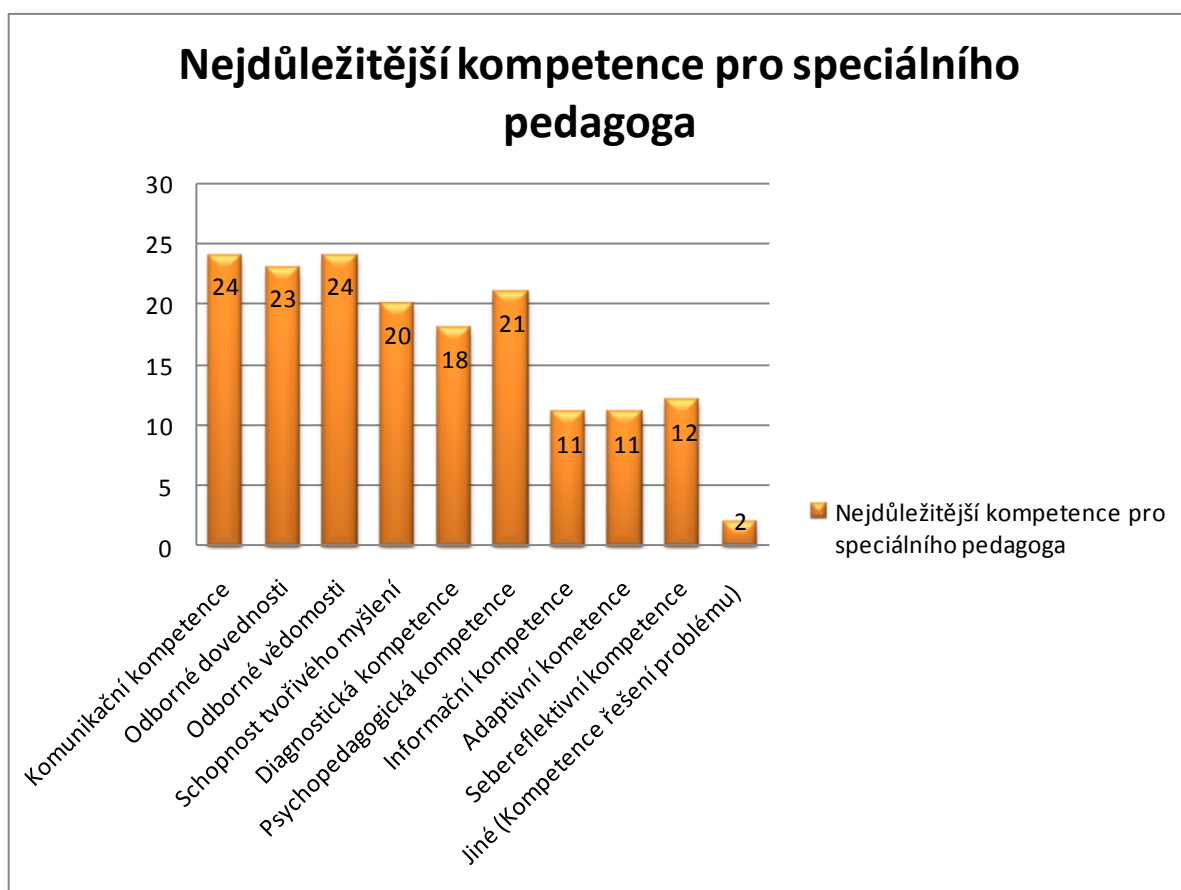


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

11. Zaškrtněte, které kompetence jsou podle Vás nejdůležitější pro speciálního pedagoga, který pracuje na škole při zdravotnickém zařízení.

Jedenáctou otázkou jsme chtěli zjistit, jaké kompetence jsou nejdůležitější pro speciálního pedagoga na škole při zdravotnickém zařízení. Z grafu plyne, že mezi nejdůležitější kompetence speciálního pedagoga na škole při zdravotnickém zařízení patří komunikační kompetence, odborné dovednosti, odborné vědomosti, schopnost tvořivého myšlení a psychopedická kompetence. Mezi méně důležité podle speciálních pedagogů na škole při zdravotnickém zařízení patří diagnostická kompetence, informační kompetence, adaptivní kompetence, seberefektivní kompetence a také kompetence řešení problému.

Graf 14: Nejdůležitější kompetence pro speciálního pedagoga

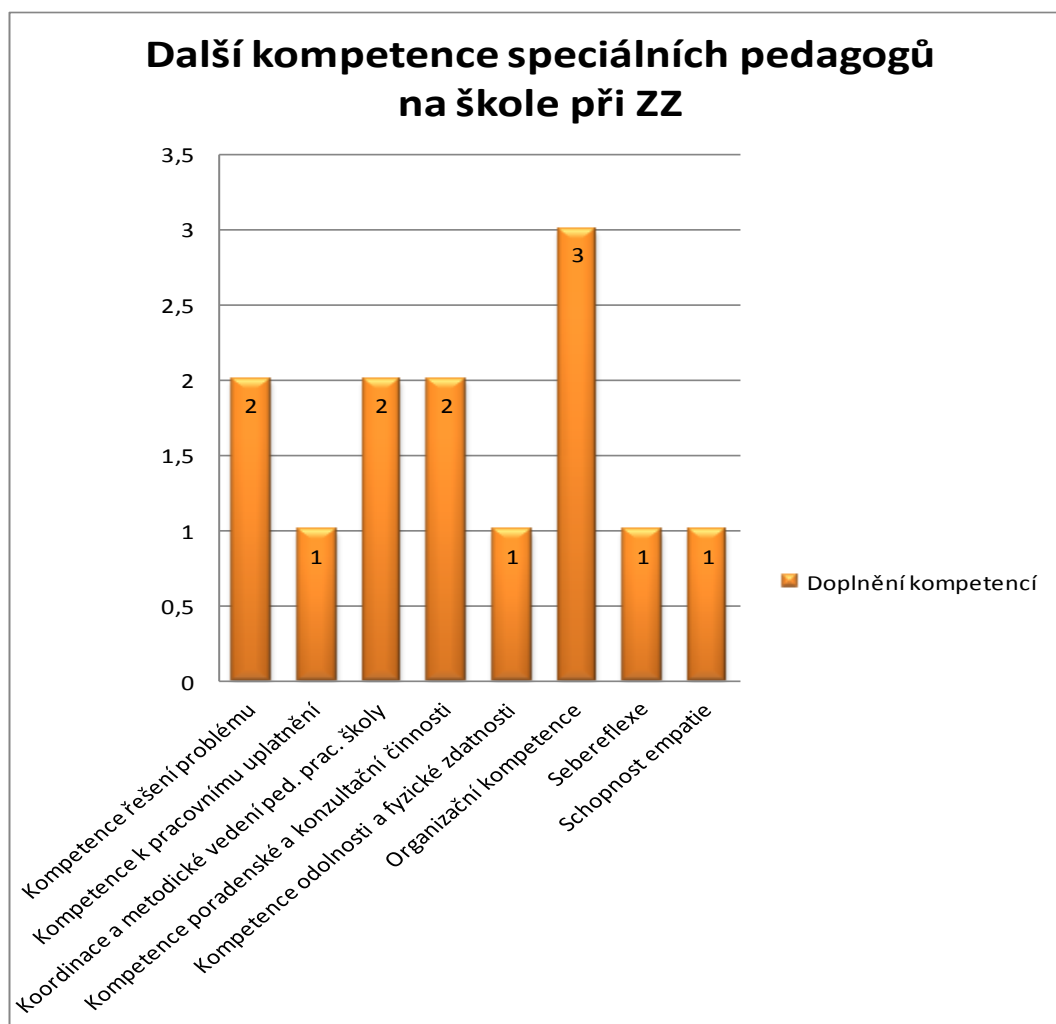


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

Podotázka otázky č. 11 - Které kompetence byste ještě doplnil/a? Stačí 1-2 kompetence:

V této podotázce měli speciální pedagogové doplnit další kompetence, které jsou pro speciálního pedagoga na škole při zdravotnickém zařízení důležité. Jen 9 respondentů doplnilo další kompetence. Mezi další kompetence zařadili kompetence řešení problému, kompetence k pracovnímu uplatnění, koordinace a metodické vedení pedagogických pracovníků školy, kompetence poradenské a konzultační činnosti, kompetence odolnosti a fyzické zdatnosti, organizační kompetence, sebereflexe a schopnost empatie.

Graf 15: Další kompetence speciálních pedagogů na škole při ZZ

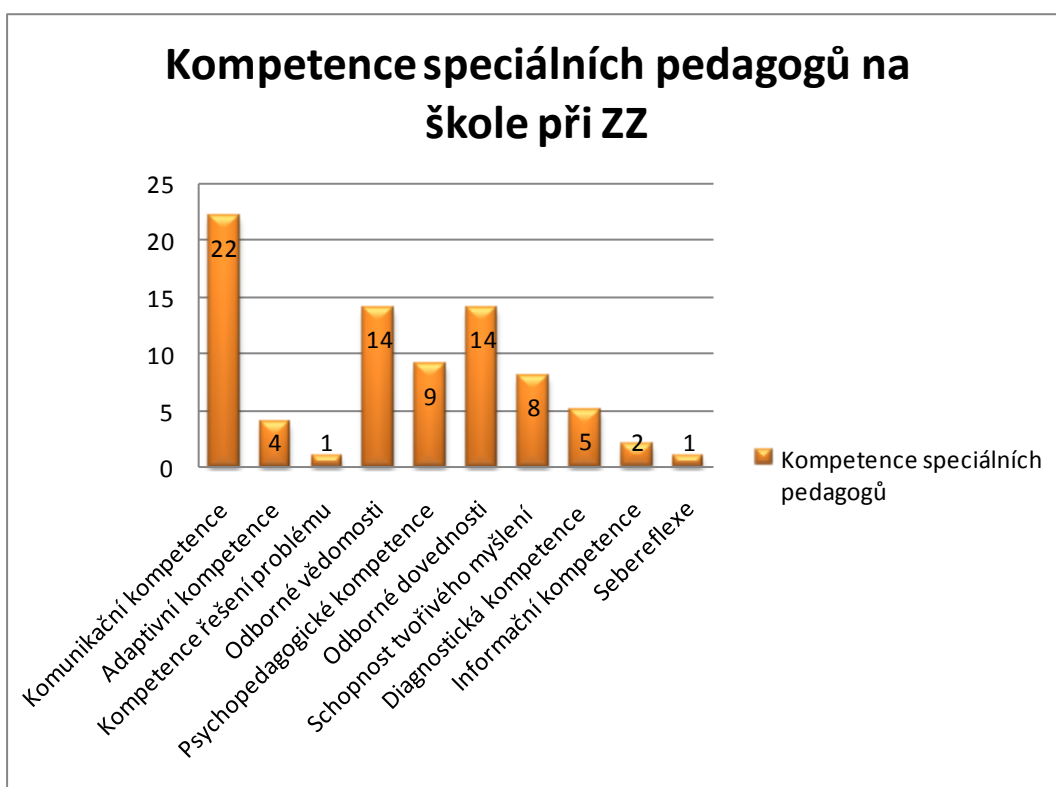


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

12. Které kompetence Vás nejvíce vystihují?

Cílem této otázky bylo zjistit, které kompetence nejvíce vystihují respondenty. Respondenty nejvíce vystihují komunikační kompetence, odborné dovednosti, odborné vědomosti, ale také schopnost tvořivého myšlení a psychopedagogická kompetence. Méně je vystihují následující kompetence – diagnostická kompetence, adaptivní kompetence, informační kompetence, kompetence řešení problému a sebereflexe.

Graf 16: Kompetence speciálních pedagogů na škole při ZZ



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

13. Mezi kompetence speciálního pedagoga patří i profesní postoj. Souhlasíte s tím?

Profesní postoj je nedílnou součástí speciálního pedagoga. Někteří respondenti na tuto otázku odpověděli NE jen z toho důvodu, že nevěděli, co si pod pojmem profesní postoj mají představit. 85% respondentů odpovědělo na otázku ANO.

Graf 17: Profesní postoj speciálních pedagogů na škole při ZZ

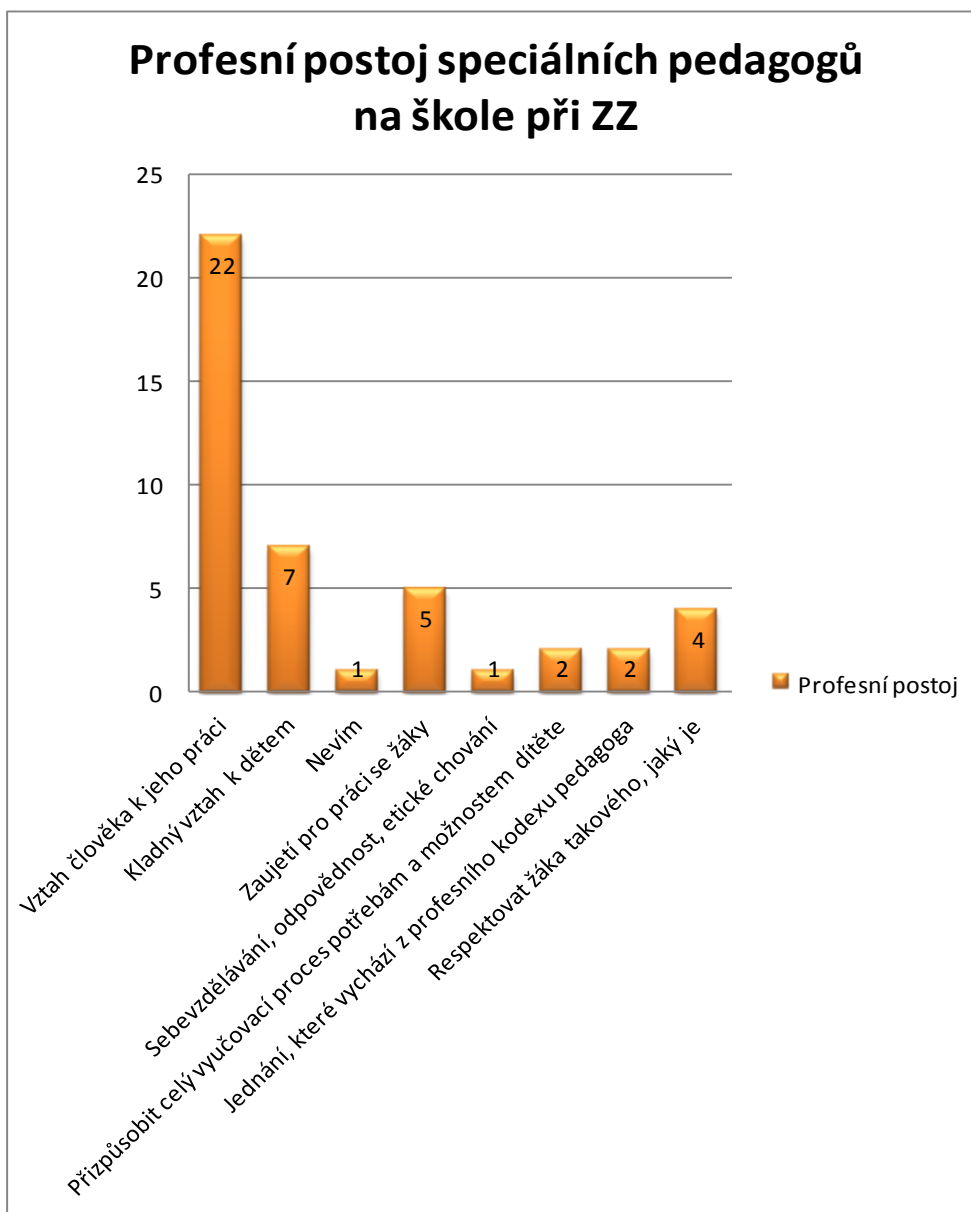


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

14. Co si pod pojmem profesní postoj představujete? Jak tento pojem chápete?

Pod pojmem profesní postoj si 50% respondentů představuje vztah člověka k jeho práci, 16% respondentů si pod tímto pojmem představuje kladný vztah k dětem, 11% respondentů si pod tímto pojmem představuje zaujetí pro práci s dětmi a 9% respondentů si pod tímto pojmem představuje respektování žáka takového, jaký je.

Graf 18: Profesní postoj speciálních pedagogů na škole při ZZ

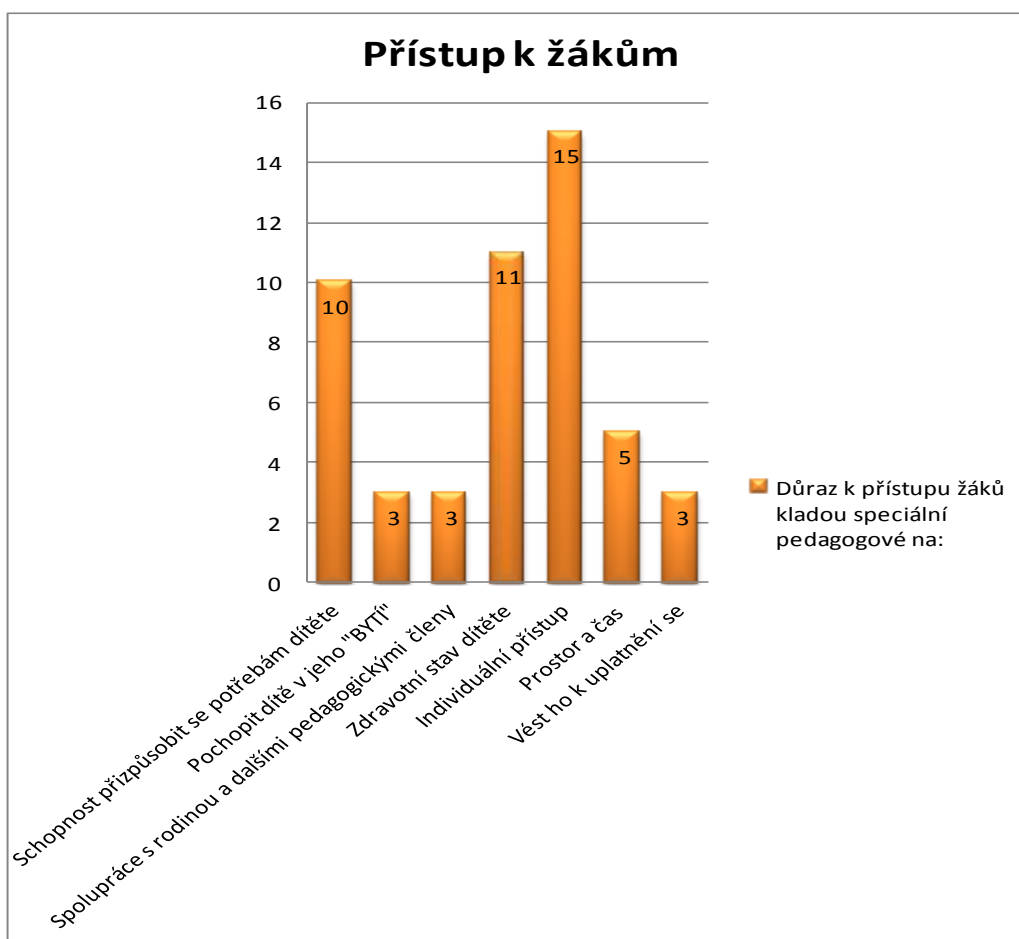


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

15. Na co je třeba klást důraz v přístupu k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami?

Cílem této otázky bylo zjistit, na co kladou speciální pedagogové na škole při zdravotnickém zařízení největší důraz v přístupu k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. V této otázce klade největší důraz 30% respondentů na individuální přístup k žákům a 22% respondentů klade důraz na zdravotní stav dítěte. Dále také kladou speciální pedagogové na škole při zdravotnickém zařízení na schopnost přizpůsobit se potřebám dítěte, pochopit dítě v jeho „bytí“, spolupracovat s rodiči a dalšími pedagogickými členy, dát dítěti dostatečný prostor a čas a vést ho k uplatnění se.

Graf 19: Přístup k žákům



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

16. Jak zohledňujete možnosti a zdravotní stav žáka při výuce?

Při práci se žáky se speciálně vzdělávacími potřebami je důležité přihlížet na jejich možnosti a zdravotní stav. Šestnáctou otázkou chceme zjistit, jak zohledňují speciální pedagogové tyto možnosti a zdravotní stav žáka. 48% respondentů klade důraz na individuální přístup, 39% respondentů se snaží přizpůsobit celý vyučovací proces žákům, 11% respondentů klade na žáky nižší požadavky a pouhé 2% respondentů se snaží pochopit možnosti každého žáka.

Graf 20: Zohlednění zdravotního stavu žáka při výuce

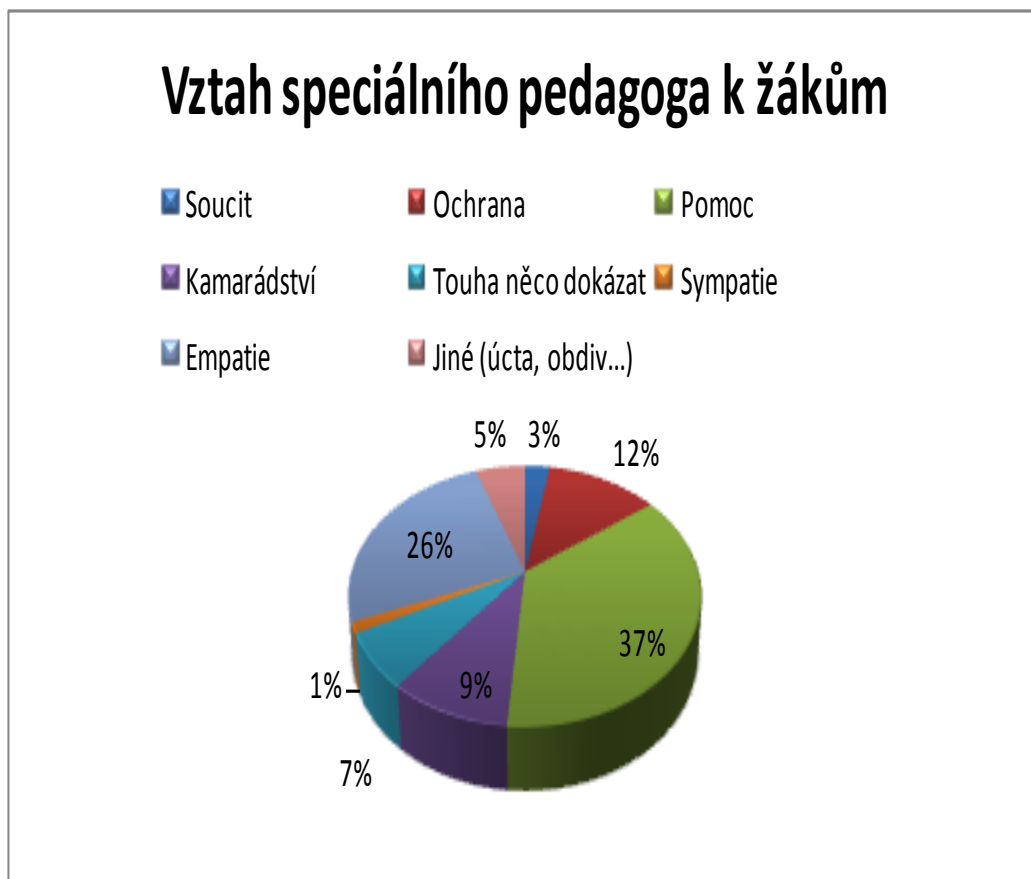


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

17. Co u Vás převládá ve vztahu k handicapovaným žákům?

37% respondentů se shodlo na tom, že u nich převládá potřeba pomoci žákům s handicapem, u 26% respondentů převládá empatie k těmto žákům, 12% respondentů se snaží tyto žáky ochraňovat a 9% respondentů se snaží být s nimi kamarád.

Graf 21: Vztah speciálního pedagoga k žákům



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

18. Jste nadměrně tolerantní k handicapovaným žákům?

Domníváme se, že tolerance hraje také důležitou roli ve vztahu speciálního pedagoga na škole při zdravotnickém zařízení a žáka. Více než polovina dotazovaných respondentů 78% uvedla, že nejsou nadměrně tolerantní k handicapovaným žákům. Jen 22% respondentů je nadměrně tolerantních k handicapovaným žákům.

Graf 22: Tolerantnost speciálních pedagogů k žákům



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

19. Myslíte si, že vede zvýšená péče o handicapované žáky k jejich menší aktivitě?

Z výsledku této otázky vidíme, že téměř polovina respondentů 59% respondentů se domnívá, že zvýšená péče o handicapované žáky vede k jejich menší aktivitě. Zbývajících 41% se domnívá, že zvýšená péče o handicapované žáky nevede k jejich menší aktivitě.

Graf 23: Zvýšená péče o žáky a jejich následná aktivita



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

20. Je Vám některý z žáků méně sympatický?

Sympatie také hrají důležitou roli ve vztahu speciálního pedagoga na škole při zdravotnickém zařízení a žáka. Na otázku, zda je některý z žáků, pro speciálního pedagoga, méně sympatický odpovědělo 37% respondentů, že je jim některý ze žáků méně sympatický. 63% dotazovaných odpovědělo, že není takový žák, který by byl pro ně méně sympatický.

Graf 24: Sympatičnost žáků z pohledu speciálního pedagoga na škole při ZZ



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

Podotázka otázky č. 20 - Pokud ANO, tak proč?

Touto podotázkou jsme chtěli zjistit, proč je jim žák méně sympatický. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že je 46% nesympatií zaviněno chováním žáka, 18% respondentů odpovědělo, že je jim žák méně sympatický kvůli jeho vzhledu, dalším 18% respondentů vadí na osobnost žáka jako celku a 9% uvedlo, že jim vadí komunikace žáka s okolím a jeho povahové vlastnosti.

Graf 25: Sympatičnost žáků z pohledu speciálního pedagoga na škole při ZZ



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

21. Vyhýbáte se kontaktu s tímto žákem?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda se vyhýbají speciální pedagogové na škole při zdravotnickém zařízení kontaktu s méně sympatickými žáky. Všech 27 respondentů odpovědělo stejně. Jejich odpověď zněla, že se kontaktu s tímto žákem nevyhýbají.

Graf 26: Kontakt s méně sympatickými žáky



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

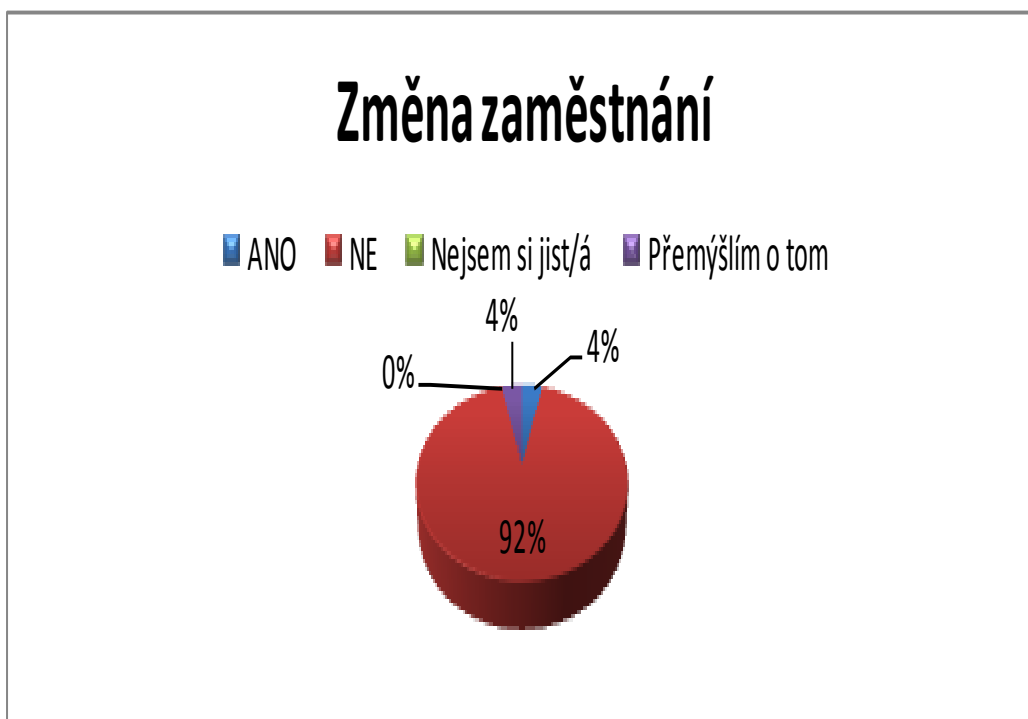
Podotázka otázky č. 21 - Pokud ANO, tak proč?

Jelikož všichni respondenti odpověděli na předcházející otázku NE, tak na podotázku nikdo neodpověděl. Z toho důvodu není zapotřebí graf.

22. Chtěl/a nebo potřeboval/a byste změnit své zaměstnání?

Na zaměstnání jsme se ptali i v otázce č. 3. Tam odpověděli všichni respondenti, že jsou spokojeni se svou prací a tudíž z otázky č. 22 vyplývá, že nechtějí ani nepotřebují respondenti změnit své zaměstnání. Jen 1 respondent uvedl, že by chtěl nebo potřeboval změnit své zaměstnání a 1 respondent o tom přemýšlí, ale jen někdy, jinak by nechtěl změnit své zaměstnání. 95% respondentů odpovědělo, že nechtějí ani nepotřebují změnit své zaměstnání.

Graf 27: Změna zaměstnání

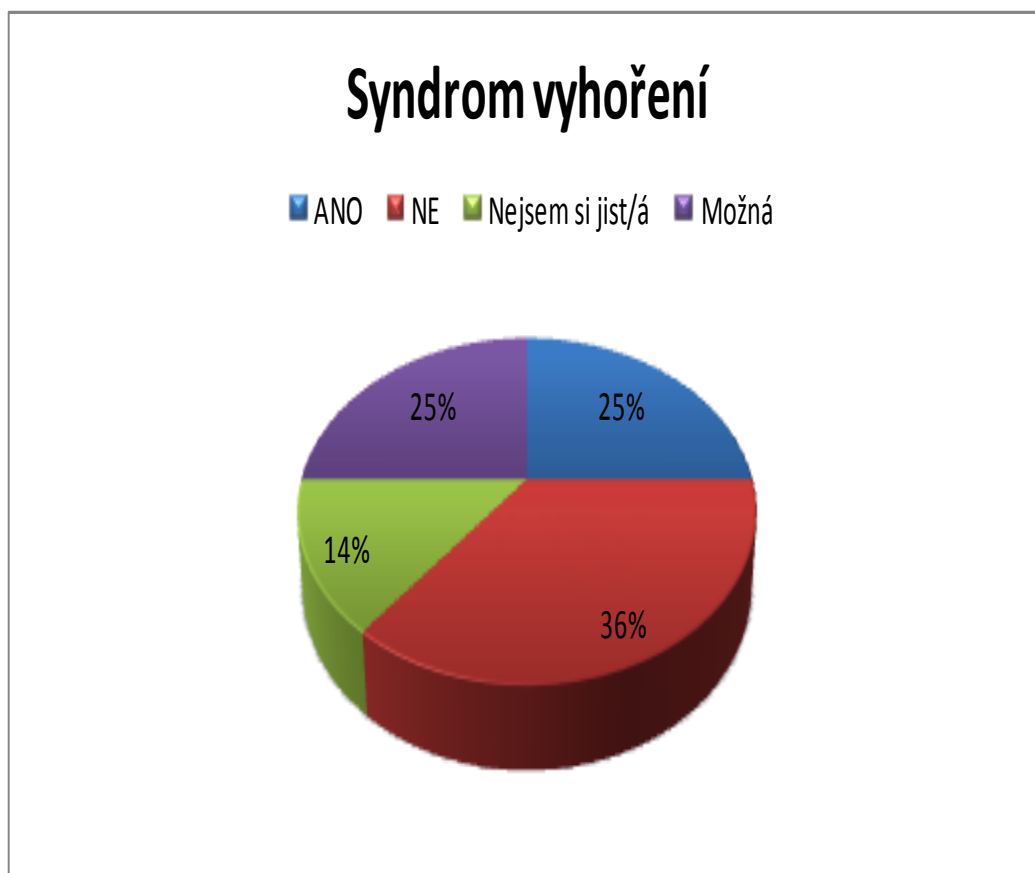


Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

23. Pociťoval/a jste někdy příznaky syndromu vyhoření?

Důležitou roli při práci speciálního pedagoga při zdravotnickém zařízení hraje i syndrom vyhoření. Pouhých 36% respondentů nepocítilo příznaky syndromu vyhoření. 25% respondentů možná pocítilo syndrom vyhoření. 25% respondentů pocítilo příznaky syndromu vyhoření a zbývajících 14% respondentů si není jisto.

Graf 28: Syndrom vyhoření



Zdroj: Markéta Pohlová, 2011 (vlastní šetření)

9.1 Vyhodnocení stanovených hypotéz

Hypotéza č. 1 – Odborné kompetence získané v průběhu praxe výrazně zvyšují schopnost pedagoga dobře reagovat na potřeby žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

V šetření se touto hypotézou zabývali otázky č. 4 – 9. Z výsledků je zřejmé, že odborné kompetence získané v průběhu praxe výrazně zvyšují schopnost pedagoga dobře reagovat na potřeby žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Hypotéza č. 2 – Osobnostní kompetence výrazně ovlivňují práci se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Touto hypotézou se v šetření zabývali otázky č. 11 – 20. Z výsledků šetření je patrné, že osobnostní kompetence výrazně ovlivňují práci se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Hypotéza č. 2 se potvrdila.

ZÁVĚR

Bakalářská práce klasifikuje skupinu jedinců s tělesným postižením, s nemocí a zdravotním oslabením. Během její tvorby jsem získala více informací o jednotlivých skupinách těchto jedinců. Zabývala jsem se poruchami hybnosti, jejich základními typy, stupni poruch a klasifikacemi základních skupin dětí s poruchami hybnosti. Dále jsem se věnovala zařazení těchto jedinců do školských institucí a školských institucí při zdravotnickém zařízení.

V bakalářské práci se autorka zaměřila na práci speciálních pedagogů a hlavně na jejich kompetence, které ovlivňují vzdělávání žáků na školách při zdravotnickém zařízení. Tato práce měla za cíl, pomocí anonymního dotazníkového šetření, zjistit, zda odborné kompetence získané v průběhu praxe výrazně zvyšují schopnost speciálního pedagoga dobře reagovat na potřeby žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a dále zda osobnostní kompetence výrazně ovlivňují práci se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Důležitou částí mé bakalářské práce bylo dotazníkové šetření. Z šetření vyplývá, že vysokoškolsky vzdělaní speciální pedagogové, kompetence získané v průběhu praxe výborně uplatňují při vzdělávacím a výchovném procesu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Většina těchto pedagogů je ochotna se celoživotně vzdělávat a nabývat tak další odborné, ale i osobnostní kompetence, které uplatní při svém zaměstnání.

Během shromažďování údajů jsem se setkala i s jistými nedostatky. Ze strany speciálních pedagogů je dobrá informovanost rodičů, jejichž dítě má speciální vzdělávací potřeby, ale již vážně informovanost široké veřejnosti. Domnívám se, že většina lidí se o tuto problematiku začne zajímat, až když se jí přímo dotkne. Přesto si myslím, že spousta lidí chápe potřebu vzdělávání, integrace a začlenění těchto žáků do společnosti.

Tělesné ani jiné postižení není žádný trest. Je to stav člověka, který ovlivňuje život daného jedince, ale také často jeho okolí. Tito lidé potřebují jisté pochopení, porozumění a někdy také pomoc. Z mého šetření vyplynulo, že speciální pedagogové jsou na tuto roli plně připraveni, práce je naplňuje a jsou spokojeni se svým zaměstnáním.

Tato práce mi přinesla mnoho nových informací o práci speciálních pedagogů. Vcítila jsem se do role speciálního pedagoga na škole při zdravotnickém zařízení. Odpověděla jsem na dotazník a na většinu otázek položených v dotazníkovém šetření, by moje

odpovědi byly stejné. Tím jsem se ujistila, že po ukončení studia chci opravdu nastoupit dráhu speciálního pedagoga, ať už ve škole při zdravotnickém zařízení nebo ve „speciální škole“.

Bakalářská práce by mohla posloužit začínajícím speciálním pedagogům k nabytí odborných a osobnostních kompetencí a ujasnění postojů k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- 1) GRECMANOVÁ, H. Pracovní zátěž a zdraví učitelů. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Učitel sekundární školy 1*. 1. vyd., Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1828-5.
- 2) GRESMANOVÁ, H. Učitel v alternativní škole. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Učitel sekundární školy 2*. 1. vyd., Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1829-2.
- 3) CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd., Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- 4) JONÁŠKOVÁ, V. Dítě s poruchou mobility. In MÜLLER, O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. S 89 - 113. ISBN 80-244-0231-9.
- 5) KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd., Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. 3 s. ISBN 80-7071-231-7.
- 6) KLAPAL, V. Osobnost učitele jako vychovatele a vzdělavatele. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Učitel sekundární školy 1*. 1. vyd., Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1828-5.
- 7) KOFROŇOVÁ, O.; VOJTĚCH, J. *Analýza vzdělávacích programů z hlediska zaměstnatelnosti absolventů*. 1. vyd.; Praha : NÚOV, 2005.
- 8) KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychologické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd., Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-429-X.
- 9) KOVÁŘOVÁ, R.; JANKŮ, K. *Postavení a kompetence speciálního pedagoga v rámci integračního procesu na běžné škole*. 2. vyd., Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-548-5.
- 10) KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- 11) LAZAROVÁ, B. *Netradiční role učitele*. Brno : Paido, 2005. ISBN 80-7315-115-4.

- 12) LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0557-1.
- 13) MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN: 80-7013-277-9.
- 14) MICHALÍK, J. Speciální školy a zařízení. In RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L.; a kol. *Speciální pedagogika*. 4.vyd., Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. S. 99-104. ISBN 80-244-1475-9.
- 15) PLISCHKE, J. Učitel současné školy. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Učitel sekundární školy I*. 1. vyd., Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1828-5.
- 16) PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. a kol. *Pedagogický slovník*. 4. aktualizované vyd., Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
- 17) RÁDLOVÁ, E. a kol. *Speciálně pedagogická diagnostika*. Ostrava : MONTANEX, a. s., 2004. ISBN 80-7225-114-7.
- 18) RENOTIÉROVÁ, M. Charakteristika osob s pohybovým postižením. In RENOTIÉROVÁ, M.; BENDOVIČ, P. *Somatopedie pro výchovné pracovníky I*. 1. vyd., Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1097-4.
- 19) SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd., Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- 20) STREJČKOVÁ, A. a kol. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. 1. vyd., Praha : Fortuna, 2007. ISBN 978-80-7168-943-0.
- 21) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha : Portál, 2008. ISBN 80-7367-414-4.
- 22) VETEŠKA, J.; TURECKIOVÁ, M. *Kompetence ve vzdělávání*. 1. vyd., Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1770-8.

Seznam použitých internetových zdrojů

- 1) www.occupationsguide.cz

Legislativní zdroje

- 1) Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

- 2) Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.
- 3) Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví.....	54
Graf 2: Věk	55
Graf 3: Spokojenost s prací.....	56
Graf 4: Nejvýše dosažené vzdělání.....	57
Graf 5: Vystudovaný obor	58
Graf 6: Celoživotní vzdělávání	59
Graf 7: Komunikace s kolegy o problematice žáků.....	60
Graf 8: Komunikace s kolegy o problematice žáků.....	61
Graf 9: Komunikace s rodiči o problematice žáků	62
Graf 10: Komunikace s rodiči o problematice žáků	63
Graf 11: Forma komunikace s rodiči	64
Graf 12: Komunikace s širokou veřejností	65
Graf 13: Informovanost rodičů a široké veřejnosti.....	66
Graf 14: Nejdůležitější kompetence pro speciálního pedagoga.....	67
Graf 15: Další kompetence speciálních pedagogů na škole při ZZ	68
Graf 16: Kompetence speciálních pedagogů na škole při ZZ.....	69
Graf 17: Profesionální postoj speciálních pedagogů na škole při ZZ.....	70
Graf 18: Profesionální postoj speciálních pedagogů na škole při ZZ.....	71
Graf 19: Přístup k žákům	72
Graf 20: Zohlednění zdravotního stavu žáka při výuce	73
Graf 21: Vztah speciálního pedagoga k žákům	74
Graf 22: Tolerantnost speciálních pedagogů k žákům.....	75
Graf 23: Zvýšená péče o žáky a jejich následná aktivita	76
Graf 24: Sympatičnost žáků z pohledu speciálního pedagoga na škole při ZZ.....	77
Graf 25: Sympatičnost žáků z pohledu speciálního pedagoga na škole při ZZ.....	78
Graf 26: Kontakt s méně sympatickými žáky.....	79
Graf 27: Změna zaměstnání	80
Graf 28: Syndrom vyhoření	81

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
Příloha B – Školská soustava ČR	VII

Příloha A - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Pohlová a studuji v Olomouci na Univerzitě Palackého Speciální pedagogiku pro 2. stupeň základních škol a pro střední školy a matematiku se zaměřením na vzdělávání. Přicházím k Vám se žádostí o vyplnění dotazníku k mé závěrečné bakalářské práci na téma: „**Kompetence a osobnostní předpoklady speciálního pedagoga jako učitele na škole při zdravotnickém zařízení**“. Dotazník je určen speciálním pedagogům (pedagogickým pracovníkům), kteří pracují na škole při zdravotnickém zařízení, a je zaměřen na jejich kompetence. Dotazník je **anonymní** a jeho odpovědi použiji pouze pro potřeby svého šetření. **Vybrané odpovědi, prosím zakroužkujte, z nabízených můžete vybrat i více odpovědí, u otevřených otázek stačí krátké, heslovité odpovědi.**

Předem Vám děkuji za spolupráci a Váš čas strávený při vyplňování dotazníku!

Markéta Pohlová

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a. Muž
- b. Žena

2. Jaký je Váš věk?

.....

3. Jste spokojen/a se svou prací?

- a. ANO
- b. NE

4. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

.....

5. Jaký obor máte vystudovaný?

.....

6. Doplnujete si ještě vzdělání v rámci celoživotního vzdělávání?

- a. ANO
- b. NE

7. Komunikujete s kolegy o problematice žáků se speciálními vzdělávacími potřebami?

- a. ANO
- b. NE

Pokud ANO, tak o čem?

- a. O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽÁKA
- b. O KOMPENZAČNÍCH POMŮCKÁCH, KTERÉ ŽÁK POTŘEBUJE
- c. O MOŽNOSTECH JEHO VZDĚLÁVÁNÍ
- d. O JEHO RODINĚ A JEHO SOCIÁLNÍM ZAOPATŘENÍ
- e. JINÉ.....

8. Komunikujete s rodiči o problematice žáků se speciálními vzdělávacími potřebami?

- a. ANO
- b. NE

Pokud ANO, tak o čem?

- a. O ZDRAVOTNÍM STAVU JEJICH DÍTĚTE
- b. O KOMPENZAČNÍCH POMŮCKÁCH, KTERÉ JEJICH DÍTĚ POTŘEBUJE
- c. O MOŽNOSTECH JEHO VZDĚLÁVÁNÍ
- d. O METODÁCH MOŽNÉ DOMÁČÍ REHABILITACE
- e. JINÉ.....

Jakou formou s rodiči komunikujete?

- a. FORMOU BESED
- b. NA RODIČOVSKÝCH SCHŮZKÁCH
- c. INDIVIDUÁLNÍM POHOVOREM
- d. JINÉ.....

9. Komunikujete s širokou veřejností o problematice žáků se speciálními vzdělávacími potřebami?

- a. ANO
- b. NE

10. Myslíte si, že je informovanost rodičů a široké veřejnosti o speciálně vzdělávacích potřebách žáků dostatečná?

- a. ANO
- b. NE

11. Zaškrtněte, které kompetence jsou podle Vás nejdůležitější pro speciálního pedagoga, který pracuje na škole při zdravotnickém zařízení.

- a. KOMUNIKAČNÍ KOMPETENCE
- b. ODBORNÉ DOVEDNOSTI
- c. ODBORNÉ VĚDOMOSTI
- d. SCHOPNOST TVOŘIVÉHO MYŠLENÍ
- e. DIAGNOSTICKÁ KOMPETENCE
- f. PSYCHOPEDAGOGICKÁ KOMPETENCE
- g. INFORMAČNÍ KOMPETENCE
- h. ADAPTIVNÍ KOMPETENCE
- i. SEBEREFLEKTIVNÍ KOMPETENCE
- j. JINÉ.....

Které kompetence byste ještě doplnil/a? Stačí 1-2 kompetence:

.....
.....

12. Které kompetence Vás nejvíce vystihují?

- a.
- b.
- c.

13. Mezi kompetence speciálního pedagoga patří i profesní postoj. Souhlasíte s tím?

- a. ANO
- b. NE

14. Co si pod pojmem profesní postoj představujete? Jak tento pojem chápete?

- a.
.....
.....
- b.
.....
.....

15. Na co je třeba klást důraz v přístupu k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami?

- a.
- b.
- c.

16. Jak zohledňujete možnosti a zdravotní stav žáka při výuce?

- a.
- b.
- c.

17. Co u Vás převládá ve vztahu k handicapovaným žákům?

- a. SOUCIT
- b. OCHRANA
- c. POMOC
- d. KAMARÁDSTVÍ

- e. TOUHA NĚCO DOKÁZAT
- f. SYMPATIE
- g. EMPATIE
- h. JINÉ.....

18. Jste nadměrně tolerantní k handicapovaným žákům?

- a. ANO
- b. NE

19. Myslíte si, že vede zvýšená péče o handicapované žáky k jejich menší aktivitě?

- a. ANO
- b. NE

20. Je Vám některý z žáků méně sympatický?

- a. ANO
- b. NE

Pokud ANO, tak proč?

- a.

21. Vyhýbáte se kontaktu s tímto žákem?

- a. ANO
- b. NE

Pokud ANO, tak proč?

- a.

22. Chtěl/a nebo potřeboval/a byste změnit své zaměstnání?

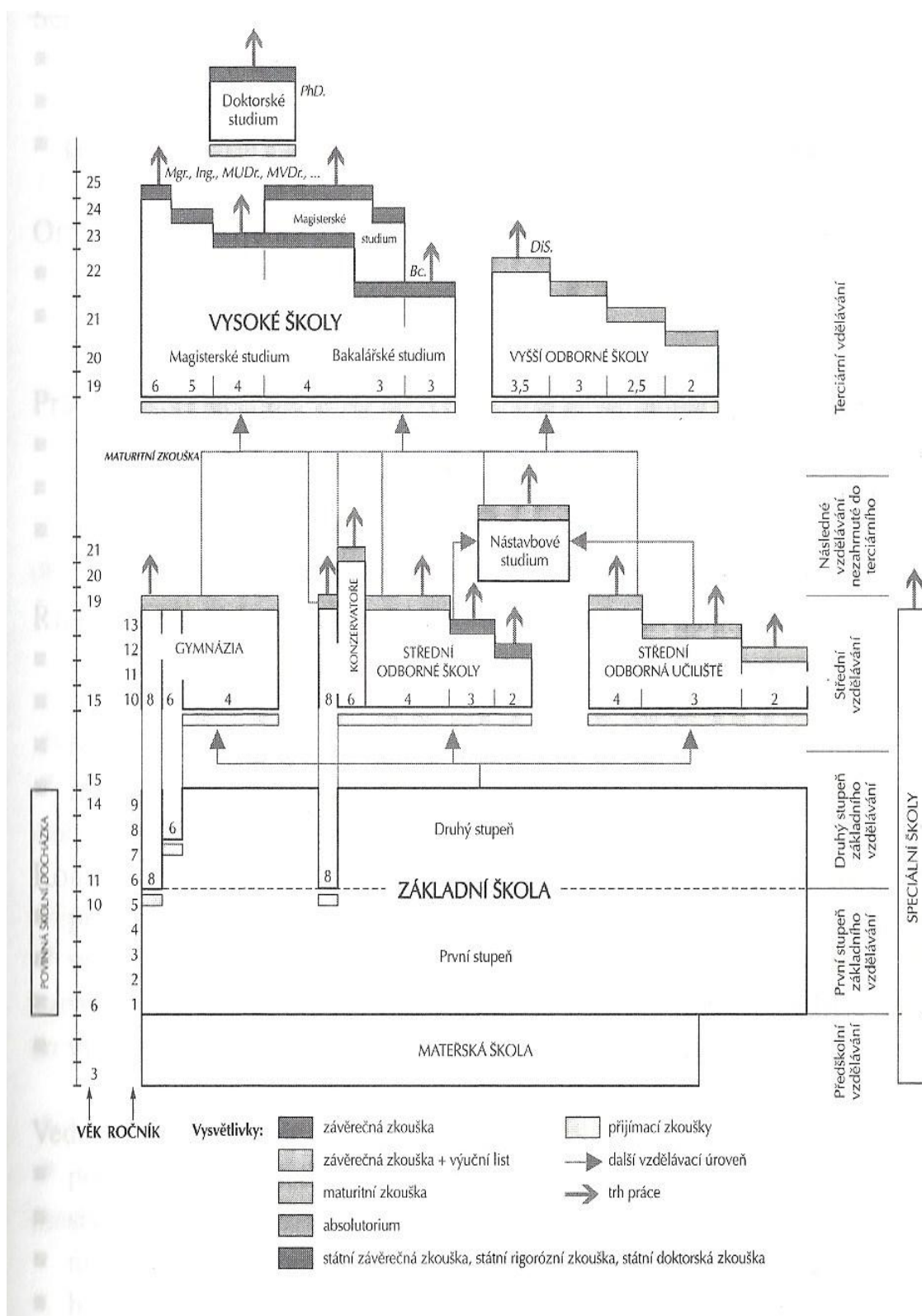
- a. ANO
- b. NE
- c. NEJSEM SI JIST/Á
- d. PŘEMÝŠLÍM O TOM

23. Pociťoval/a jste někdy příznaky syndromu vyhoření?

- a. ANO
- b. NE
- c. NEJSEM SI JIST/Á
- d. MOŽNÁ

Příloha B – Školská soustava ČR

Školská soustava ČR (Veteška, Tureckiová, 2008, s. 155)



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Markéta Pohlová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

**Název práce: Kompetence a osobnostní předpoklady speciálního pedagoga jako
učitele na škole při zdravotnickém zařízení**

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 77

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů českých použitých zdrojů: 22

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: PaedDr. Klugerová Jarmila Ph.D.