

Odborné činnosti poskytované deťom/žiakom chorým a zdravotne oslabeným

Autorka: PhDr. Jana Olíková

Hodnotitelia: Mgr. Marianna Burianová
PhDr. Petra Ferenčíková
Mgr. Anton Kalina

Recenzentka: doc. PhDr. Alexandra Biščo Kastelová, PhD.

Obsah

1. Úvod do problematiky	4
2. Dosah na vzdelávanie.....	8
2.1. Všeobecný dosah ochorenia a zdravotného oslabenia na vzdelávanie dieťaťa/žiaka	8
2.2. Špecifický dosah ochorenia a zdravotného oslabenia na vzdelávanie	10
2.3. Dosah niektorých ochorení na vzdelávanie dieťaťa/žiaka	11
2.4. Prvky podpory v edukačnom procese	13
3. Špecifická diagnostika detí s uvedenou problematikou	16
3.1. Psychologická diagnostika	17
3.2. Špeciálnopedagogická diagnostika	21
3.3. Interpretácia a formulácia záverov	23
4. Nepriame intervencie	24
4.1. Nepriama intervencia prostredníctvom spolupráce rodiny a školy	24
4.2. Nepriama intervencia prostredníctvom spolupráce pedagógov a odborného tímu.....	25
4.3. Nepriama intervencia prostredníctvom triedneho kolektívu	26
5. Priame intervencie	26
5.1. Poradenstvo	27
5.2. Reedukácia	28
5.3. Rehabilitácia	28
5.4. Terapia.....	28
5.5. Intervencie pri niektorých špecifických ochoreniach	30
6. Príklad z praxe.....	33
7. Literatúra.....	35

Zoznam skratiek

CPP	Centrum poradenstva a prevencie
EEG	Elektroencefalogram
DM	Diabetes mellitus
OZ	Odborný zamestnanec
PZ	Pedagogický zamestnanec
ZŠ	Základná škola
Z.z.	Zbierka zákonov

1. Úvod do problematiky

Deti a žiaci so závažným ochorením alebo zdravotne oslabení predstavujú veľmi heterogénnu skupinu klientov so širokou škálou etiológie a prejavov.

Choré dieťa/žiak je jednotlivец „v štádiu akútnej, chronickej či nevyliciteľnej choroby. Pritom choroba sa definuje ako prevaha patologických faktorov v organizme“ (Harčaríková, 2011, in Vladová, 2017, s. 108). V dôsledku choroby vznikajú rozličné anatomické a funkčné zmeny v organizme, ktoré narúšajú schopnosť prispôbovať sa podmienkam prostredia. Legislatíva definuje dieťa choré alebo zdravotne oslabené alebo žiaka chorého alebo zdravotne oslabeného ako dieťa alebo žiaka s ochorením, ktoré je dlhodobého charakteru, a dieťa alebo žiak vzdelávajúci sa v školách pri zdravotníckych zariadeniach.¹

Existuje veľa druhov chorôb, ktoré môžu zasahovať rôzne systémy (napr. pohybový, nervový, srdcovocievny, dýchací, tráviaci, močovopohlavný, endokrinný, krvný či kožný systém) (Harčaríková, Kollárová, 2016). Akákoľvek závažná choroba je záťažou, ktorá má vplyv na aktuálne prežívanie, uvažovanie a správanie, osobnostné vlastnosti. Telesné problémy môžu byť zhoršované zlým psychickým stavom a naopak dobrou psychickou kondíciou môžu byť zmierňované (Vágnerová, 2014).

Zdravotne oslabené dieťa/žiak je taký, ktorý má ťažkosti so zníženou odolnosťou voči chorobám, prípadne má sklon k recidívam ochorenia, s ohrozením zdravia vplyvom škodlivého prostredia či nevhodnej životosprávy, režimu (tzv. chorľavé dieťa), zníženou telesnou výkonnosťou, väčšou unaviteľnosťou. Patrí sem i držanie tela, zlá kondícia, obezita (pri endokrinných poruchách hovoríme o chorobe, pri nedostatočnej pohybovej aktivite a prejedaní sa ide o zdravotné oslabenie). Podobným problémom je aj nadmerná chudosť. Príčinou i dôsledkom môže byť ochranný výchovný štýl (Lechta, 2010; Harčaríková, Kollárová, 2016).

U chorých alebo zdravotne oslabených žiakov sa môžu často v dôsledku ich choroby prejavovať rozličné zmeny psychického vývinu a správania (úzkostné a depresívne stavy, fóbické, kompulzívne reakcie a adaptačné zmeny). Častá je unaviteľnosť, strach z bolesti, z medicínskych a liečebných zákrokov, z recidívy choroby, zo smrti, z nových ľudí a situácií. Choroba môže viesť k nechuti nadväzovať kontakty s inými ľuďmi, k celkovej podráždenosti, nespavosti, oslabeniu apetítu a pohybovej pasivite, oslabeniu hygienických návykov (Vladová, 2016, in Vladová, Lechta et al., 2017).

Medzi najčastejšie závažné a chronické ochorenia u detí a mládeže patria: ochorenia centrálného nervového systému, metabolické a endokrinologické ochorenia a duševné poruchy.

Ochorenia centrálného nervového systému

Epilepsia je chronické poškodenie mozgového tkaniva, ktoré sa prejavuje opakovanými záchvatmi rôzneho charakteru (Řičan, Krejčířová, 1997). Môže vzniknúť bez zistenej príčiny (tzv. idiopatická) alebo ako následok traumy, infekcie, nádoru, metabolických porúch (tzv. sekundárna). Možnými spúšťacími faktormi pri ochorení je nadmerná únava, spánková deprivácia, fotostimulácia, stresová situácia a iné (Vágnerová, 2014). Podľa typu epileptických záchvatov rozlíšujeme:

- **Parciálne** záchvaty, ktoré vznikajú v ohraničenej oblasti mozgu (hemisféry) a prejavy zodpovedajú lokalizácii (možné motorické, senzorické, senzitivne alebo vegetatívne príznaky).

¹ § 2 písm. j) zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

- **Generalizované** záchvaty sú komplexným bilaterálnym narušením kôrových funkcií. Prejavujú sa rôznou mierou poruchy vedomia a motoriky.

Tonicko-klonické záchvaty (tzv. grand mal) sú spojené s bezvedomím, pádom. Tonus svalov sa stráca (tonické kŕče), nastupujú kontrakcie svalov (klonické kŕče). Môže im predchádzať tzv. aura (subjektívne zmeny pocitov). Po záchvate je možná zmätenosť, ospalosť, únava, bolesti hlavy, amnézia (nepamätanie si na záchvat).

Absencie (tzv. petit mal) sú typické pre mladší školský vek (6 – 8 rokov). Prejavujú sa krátkymi výpadkami vedomia (10 – 20 sekúnd), ktoré môžu byť okolím vysvetlené ako porucha pozornosti.

Môžu sa vyskytovať aj tzv. akinetické záchvaty, pri ktorých môže dieťa náhle padať bez zjavnej príčiny (Vágnerová, 2014).

Roztrúsená skleróza (skleróza multiplex) je chronické pomaly progredujúce zápalové ochorenie CNS, ktoré vedie k rozpadu myelínových obalov, čo vplýva na vodivosť nervových vlákien. Prvé príznaky bývajú v období dospievania, častejšie u žien. Prejavy súvisia s lokalizáciou ložiska. Objavujú sa poruchy motoriky (napr. pri poškodení pyramídových dráh býva obmedzenie až strata hybnosti končatín a pri poškodení mozočku prevažujú problémy s koordináciou, rovnováhou a trasom), poruchy pociťovania (tzv. parestézie - zmeny v citlivosti, bolestivosť), poruchy videnia (poruchy ostrosti, bolestivosť bulbov, zahmlené videnie, unaviteľnosť, výpadky zorného poľa, dvojité videnie), problémy v mimike, artikulácii, prehĺtaní, ovládaní jazyka; nutkavý plač/smiech bez zjavného dôvodu (pseudobulbárny syndróm) a poruchy verbálneho prejavu (dikcia, rýchlosť, dysartria).

Neuroinfekcie (meningitídy, encefalitídy) sú akútnym vírusovým alebo bakteriálnym zápalom mozgových obalov (meningitída) alebo mozgového tkaniva (encefalitída).

Úrazy hlavy sú poškodenia mozgu v dôsledku vonkajšej mechanickej sily, pri ktorých dochádza k poraneniu mozgového tkaniva alebo ciev primárne (napr. komócia/otras mozgu – funkčné poškodenie mozgu; kontúzia/pomliaždenie mozgového tkaniva a ciev priamo v mieste úrazu alebo oproti nárazu, na opačnej strane lebky). Môžu vznikáť aj sekundárne, po úraze napr. v dôsledku krvácania alebo v dôsledku edému, infekcie a pod. Prejavy závisia od lokalizácie a charakteru poranenia, takisto od priebehu zotavovania.

Nádorové ochorenia sú sprevádzané neregulovaným patologickým bujnením mozgového tkaniva. Prejavy závisia od lokalizácie a zhubnosti. Svojím rastom môžu zvyšovať vnútrolebečný tlak a viesť ku generalizovaným ťažkostiam. Špecifické príznaky môžu súvisieť s ložiskovým postihnutím (lokalizáciou nádoru). Spočiatku môžu byť sprevádzané nešpecifickými príznakmi (únava, podráždenosť, bolesti hlavy, problémy s pamäťou a so sústredením) (Vágnerová, 2014).

Metabolické a endokrinologické ochorenia

Diabetes mellitus (ďalej len „DM“) je porucha metabolizmu sacharidov (niekedy následne aj tukov a bielkovín, minerálnych látok a vody). V detskom veku býva častejší DM I. typu. Je spôsobený poruchou funkcie pankreasu, ktorý stráca schopnosť produkovať hormón inzulín. Toto autoimunitné ochorenie býva podmienené dedične, prekonaním vírusovej infekcie či nepriaznivými vonkajšími podmienkami (napr. silný stres). Chronické zvyšovanie hladiny cukru v krvi vedie postupne k somatickým ťažkostiam. Zmeny hladiny cukru zároveň ovplyvňujú psychiku a naopak.

U diabetikov je zvýšené riziko rozvoja depresie a úzkostných porúch, čo následne môže ovplyvňovať aj kompenzáciu ochorenia (alebo kontrolu glykémie), prístup k stravovaniu, k chorobe, k jej liečbe a dodržiavanie obmedzení. Častejšie ako v bežnej populácii sa objavujú aj poruchy príjmu potravy

(Vágnerová, 2014; Cviková, Šimúnová, 2009).

Psychosomatické ochorenia sú „neadekvátnou somatickou reakciou na neovládnutú psychickú záťaž, ktorej mechanizmus si chorý nevedomuje“ (Vágnerová, 2014, s. 97). Psychická a somatická zložka majú úzky vzájomný vzťah a navzájom sa ovplyvňujú. Psychická záťaž môže spúšťať, udržiavať alebo zhoršovať somatické ťažkosti. Psychosomatické ochorenia sú podľa klasických teórií „neodžitémi emóciami“, najmä zápornými (dysforické) ako úzkosť, strach, hnev, zármutok (Říčan, Krejčířová et al., 1997). Stres a s ním súvisiace emócie vplyvajú cez prežívanie a sprievodné fyziologické reakcie na zmeny telesných funkcií (Vágnerová, 2014). Glukokortikoidy a katecholamíny (mediátory stresovej odpovede) majú ochrannú funkciu, no pri dlhodobom pôsobení môžu byť spúšťačom metabolických porúch (vplyv na metabolizmus sacharidov, lipidov, proteínov), porúch imunity (imunosupresívne pôsobenie glukokortikoidov), afektívnych porúch (zníženie plasticity v nervovom systéme), môžu stimulovať nádorovú proliferáciu (zvýšené hladiny katecholamínov), podieľať sa na hypertenzii (zvýšená aktivita sympatikových nervov). Vďaka interindividuálnym rozdielom medzi ľuďmi (vplyv jedinečných kognitívnych procesov, genetiky, výchovy, sociokultúrnych faktorov, individuálnej skúsenosti) nie sú vplyvy rovnakých stresorov na ľudí rovnaké (Mravec, Blažíček, 2016).

Pre detský vek a psychosomatické ťažkosti platí podľa Bašteckého (1993), že vznikajú ľahšie, a čím včasnšie vzniknú, tým sú ich dôsledky závažnejšie a ťažšie. Čím je dieťa mladšie, tým sú ťažkosti menej diferencované a viac globálnejšie. Takisto vzťah medzi manifestáciou ťažkostí a začiatkom poruchy je dlhší. Vyskytujú sa v rovnakej miere u chlapcov i dievčat, celkovo asi u 10 % detskej populácie (Malá, 2000, in Vágnerová, 2014). Často sú to deti s vyššou mierou konformity, poslušnosti a prispôsobivosti, so sklonom k perfekcionizmu a s vyššou ašpiračnou úrovňou. Sú ladené skôr úzkostne, eventuálne úzkostno-depresívne, precitlivené, so sklonom k pesimizmu. Horšie zvládajú záťaž, majú silný strach z možného zlyhania. Nároky majú zvnútornené, vnímajú ich ako oprávnené, chcú uspieť. Somatizujú, čo však nemá charakter simulácie. Rodičia bývajú často presvedčení, že dieťa trpí nejakou závažnou skrytou somatickou chorobou, a veľmi ťažko prijímajú náhľad o možných psychosociálnych faktoroch a podmienkach.

Najčastejšími psychosomatickými problémami v detskom veku sú podľa Krejčířovej (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001):

Bolesti brucha bývajú spojené s nevoľnosťou, vracaním, hnačkou, niekedy aj s bolesťami hlavy. Deti sú často viac labilné, majú zvýšené svalové napätie, sú orientované na výkon, perfekcionistické, často so zvýšenou citlivosťou na bolesť. Takisto býva zvýraznená úzkosť a obavy zo zlyhania, depresívne ladenie. V rodinách môže byť vyššie zameranie pozornosti na zdravotné problémy (zdravie a choroba ako dôležitá téma). Udržiavacím faktorom môže byť spôsob reagovania prostredia na tieto ťažkosti.

Dlhodobý stres môže prispievať aj k vzniku **žalúdočných vredov**. Výrazné prežívanie zodpovednosti a snaha o výraznejšie sebaobmedzovanie spolu so sklonom k neuroticizmu a depresívnemu ladeniu, zvýšená úzkostnosť, precitlivenosť a zraniteľnosť môžu byť významnými faktormi, ktoré majú vplyv na vznik i liečenie spomínaných ťažkostí.

Bolesti hlavy bývajú často tzv. tenzného charakteru, tzn. z dôvodu zvýšeného napätia svalov hlavy a krku pri záťaži. Častejšie sa vyskytujú popoludní. Vplyvom vazodilatácie/vazokonstrikcie ciev sa aj v detskom či adolescentnom veku môžu objaviť aj migrény.

Bolesti chrbta sú umocňované zvýšenou úzkostnosťou. Vedú k obmedzovaniu fyzickej aktivity, čo posilňuje bezmocnosť (takisto sekundárny zisk - o chorého je potrebné sa starať). U niektorých sa kombinujú s depresiou, potláčanou a vytesňovanou hostilitou, averziou alebo úzkosťou k vzťahovej osobe (čo je vnímané ako neprípustné). Vágnerová (2014) hovorí o somatizujúcej depresii.

Chronická únava a vyčerpanosť s obvyklým nástupom po prekonaní choroby (napr. virózy) a s pretrvávajúcimi ťažkosťami viac ako 2 mesiace po odznení ochorenia. Mierne bolesti hlavy, svalov, krku, zvýraznené uzliny, subfebrilné teploty a bolesti brucha neprechádzajú ani po oddychu. Mierne pozitívne vplyvajú prázdniny. Asi tretina týchto detí má podobné príznaky ako súčasť „maskovanej“ depresie. Školský výkon sa postupne zhoršuje, prítomná je sociálna izolácia. Ochorenie sa môže sekundárne posilňovať ziskami. Začne sa podporovať vyhýbavé správanie (syndróm naučenej bezmocnosti), vzrastá závislosť od rodiny. Situáciu môže zhoršovať prístup okolia (dieťaťa je označované za lenivé alebo sa, naopak, zvyšuje hyperprotektivita).

Tetánia/tetanický syndróm so zvýšenou dráždivosťou centrálného a periférneho nervového systému sa môže okrem somatických príčin (poruchy prištítnych teliesok, zmeny v hladinách magnézia, vápnika, nedostatkom vitamínu D a pod.) vyskytovať aj pri nadmernej a dlhodobej záťaži, strese a hyperventilácii, pri rôznych fóbiách, depresii, poruchách príjmu potravy (v dôsledku častého vracania, hnačiek atď.), zvýšenej neurolabilite. Prejavuje sa trpnutím tváre, končatín, tlakom na hrudi, bolesťami brucha, sťaženým dýchaním až laryngospazmom a cyanotickým sfarbením pier, výrazným strachom o život.

Funkčné záchvaty u detí s epilepsiou sú záchvaty na psychosomatickej báze. Nález na EEG nezodpovedá klinickému stavu, presne však imitujú skutočné epileptické paroxyzmálne záchvaty. Spúšťačom môže byť separačná záťaž, stres, zvýšená potreba pozornosti.

Bronchiálna astma je sprevádzaná sklonom k zúženiu priedušiek s pocitom dušnosti pri výdychu, ťažkosťami pri dýchaní, pocitom tlaku na prsiach, únavou a vyčerpaním. Úzko s ňou súvisí alergia (precitlivenosť na určité podnety). Predzvestou záchvatu či jeho priamou príčinou môžu byť negatívne emócie (zlosť, smútok, depresia, nadmerné obavy) späté s emočným nabudením. Dušnosť sekundárne navodzuje úzkosť, napätie, pocity bezmocnosti a naopak. Deti a dospievajúci môžu mať sklon k depresii, agresívnej podráždenosti a pocitom bezmocnosti k záťaži, môžu byť viac vzťahovační, ťažšie sa podriaďovať autoritám (Vágnerová, 2014). Liečba kortikoidmi môže mať vplyv na ladenie (môže vyvolávať napr. eufóriu), pamäť, pozornosť, môže byť príčinou problémov so spánkom či viesť k depresivite. U dospievajúcich a detí môžu byť príčinou zmeny vzhľadu, čo zase spätne môže byť zdrojom negatívneho prežívania a úzkosti. V niektorých prípadoch je závažným etiologickým faktorom rodinné prostredie. Obvykle býva vysoká miera úzkosti a hyperprotektivity zo strany rodičov (čo je v niektorých prípadoch skôr sekundárny dôsledok ochorenia). U dieťaťa môže dochádzať k zhoršovaniu školských výkonov (častá absencia, lieky). Prežívanie stresu môže viesť k hyperventilácii a tá má priamy vzťah s možnosťami výskytu astmatického záchvatu. Významným faktorom je aj možnosť sekundárnych ziskov (možnosť vyhnúť sa napr. skúšaniam). Sprievodným faktorom môže byť dráždivý kašeľ, ktorý môže byť veľmi rušivým faktorom.

Reumatoidná artritída (zápal výstelky kĺbu) patrí medzi autoimunitné ochorenia. Pri strese sa vyplavujú kortikosteroidy, ktoré majú imunosupresívny účinok, čo z dlhodobého hľadiska má významné negatívne somatické dôsledky. Z osobnostných predispozícií napomáhajú k vzniku nadmerná svedomitosť, perfekcionizmus, sklon k potláčaniu hnevu, zlosti, následne k depresii. Časté je aj odmietnutie liečby so zdôvodnením významu bolesti zvládnuť, „dať to“.

Kožné ochorenia (napr. atopický ekzém, psoriáza, bradavice) môžu byť spustené alebo zhoršené stresom a záťažou. Samotné ochorenie môže byť stigmatizujúce (napr. psoriáza/lupienka) a spôsobovať stres. Bývajú prítomné negatívne emócie, úzkosť, napätie.

Zaťažujúco môže pôsobiť aj svrbenie a zápal (napr. atopický ekzém). Chronický stres zvyšuje vnímavosť voči infekciám alebo ich aj reaktivuje (napr. herpes simplex).

Duševné poruchy

Duševné poruchy patria k závažným, často chronickým poruchám psychického vývinu. Predstavujú výrazný odklon od spôsobu vnímania a správania psychicky zdravého dieťaťa/žiaka. Prejavujú sa poruchami v oblasti duševného diania alebo prevažne telesnými príznakmi, ktoré sú zapríčinené psychickými činiteľmi. Z hľadiska problematiky chorých a zdravotne oslabených detí/žiakov ide predovšetkým o tieto kategórie duševných porúch:

- schizofrénia a schizotypové poruchy,
- afektívne poruchy,
- neurotické, stresom podmienené poruchy.

Najdôležitejšie informácie o etiológii a prejavoch týchto duševných porúch, ich vplyvu na vzdelávanie žiakov, diagnostickom obraze, špecifikách diagnostických prístupov, nepriamych a priamych intervenciách sú uvedené v obsahovom intervenčnom štandarde **Odborná starostlivosť o deti/žiakov s emočnými poruchami v detstve a dospievaní**.

2. Dosah na vzdelávanie

2.1. Všeobecný dosah ochorenia a zdravotného oslabenia na vzdelávanie dieťaťa/žiaka

Choroba môže závažným spôsobom zasiahnuť do života dieťaťa priamo, vplyvom chorobného procesu/stavu (primárne dôsledky), alebo nepriamo, vplyvom samotnej liečby (sekundárne dôsledky). Ochorenie má vplyv na telesnú (somatickú), psychickú i sociálnu oblasť.

Somatický aspekt ochorenia predstavuje záťaž formou telesných prejavov/príznakov, obmedzení. S tým súvisí aj psychické prežívanie detí/žiakov (symptómy, obmedzenia, dôsledky, prognóza). Choroba zhoršuje kvalitu života (bolesť, nepríjemné príznaky), často obmedzuje sebestačnosť, mení spôsob života. Súvisí s ňou sčasti sprievodný znak – vnímanie bolesti, ktoré je veľmi individuálne (biopsychosociálne podmienenie). Prítomnosť choroby má vplyv na aktuálny stav dieťaťa/žiaka (únava, vyčerpanie), ktorý môže prispievať k vyčerpanosti, dráždivosti, následne ovplyvňuje aj pohľad na budúcnosť.

Oblasť **psychického prežívania** (tzv. psychický aspekt) súvisí priamo s konkrétnou chorobou, ale aj s vekom, osobnosťou, so skúsenosťami, schopnosťami, s emočnou stabilitou či so spôsobmi zvládania záťaže. Zmeny v emočnej oblasti môžu byť samostatným počiatočným signálom ochorenia (napr. depresia pri skleróze multiplex, poruchách štítnej žľazy, diabetes mellitus...) alebo dôsledkom zhoršenia kvality života.

Choroba môže viesť k zvýšenej fixácii na blízkych ľuďoch, u niektorých k regresným prejavom. U mladších detí je prežívanie choroby spojené hlavne s aktuálnymi ťažkosťami (príznaky, obmedzenia), nie s dôsledkami ochorenia či predstavou budúcnosti. Objavuje sa vo zvýšenej miere únava a vyčerpanie, emočná labilita a dráždivosť. S ochorením sa spája aj určitá strata, na ktorú môžu reagovať smútkom (v porovnaní s dospelým trvá kratšie). Bolesť súvisiaca s ochorením, diagnostikou či liečbou znižuje pohodu detí, ktoré na ňu reagujú prevažne emocionálne. Na prežívanie choroby dieťaťom majú veľký vplyv správanie a postoje dospelých. Ak ochorenie trvá príliš dlho, môže viesť k apatii a rezignácii. Rozumové spracovanie ochorenia (pochopenie príčiny, priebehu, dôsledkov) závisí od veku a schopností dieťaťa.

V predškolskom veku deti ťažko chápu reálne príčiny choroby. Myslenie je u nich magické, môžu sa objavovať personifikované predstavy, nezriedka vnímajú chorobu ako trest za nejaké previnenie, vplyv situácie/človeka a pod.

Školský vek sa spája s reálnejším hodnotením, hoci stále je viac prepojený na aktuálne ťažkosti ako budúcnosť (vnímanie budúcnosti je väčšinou prebraný názor/postoj najbližšieho okolia).

Dospievanie je spojené s hľadaním vlastnej identity a chorobu môže dospievajúci vnímať ako jej súčasť, prípadne úplne ju odmietať. Dospievajúci vníma už aj vplyv ochorenia na svoju budúcnosť (vzťahy...). Dokáže chápať príčiny, priebeh i možné dôsledky. Môže sa u neho zvýšiť potreba dosahovať ciele za každú cenu.

Chorý a jeho rodina majú tendenciu vyhľadávať informácie o ochorení, čo môže byť copingovou stratégiou. Hlavnou potrebou sa stáva zdravie, potreba orientovať sa v novej situácii, opäť obnoviť istotu, bezpečie. Mení sa potreba sebarealizácie. Choré dieťa aj jeho okolie môžu začať idealizovať minulosť a výrazne negatívne vnímať budúcnosť. Ochorenie môže zhoršovať sebahodnotenie, sebaúctu chorého a meniť jeho celkové sebaopínanie. Choroba značne sťažuje a obmedzuje možnosti sociálneho kontaktu.

Postoj k chorobe sa u detí mení (Vágnerová, 2014):

1. Prvá fáza býva nešpecifická (únava, dráždivosť, zmena vo výkone, v správaní). Končí sa vyhľadaním odbornej pomoci a zistením diagnózy.
2. Druhá fáza je spojená s potvrdením choroby, vedie k zmenám v spôsobe života. Dieťa sa podrobuje vyšetreniam, vymeškáva zo školy. Vníma zmenu v reakciách a prežívaní rodičov.
3. Fáza adaptácie na chorobu je sprevádzaná dlhodobejšou zmenou v aktivitách, choroba sa stáva súčasťou života (dieťa vymeškáva zo školy, obmedzujú sa kontakty s vrstovníkmi). Dieťa vníma neistotu a strach, smútok rodičov.
4. Fáza trvalejších zmien osobnosti a kompetencií dieťaťa (dlhodobé zmeny) súvisí s dlhodobou zažívanou zmenou prístupu okolia, obmedzeniami súvisiacimi s ochorením. Dieťa môže byť viac závislé od okolia, menej samostatné, môže mať zmenené očakávania od okolia. V rámci priamych/primárnych dôsledkov v oblasti psychiky sa môžu zmeny prejaviť v kognitívnych procesoch (kognitívne procesy, pracovné tempo, výkonnosť, pozornosť, motivácia, vôľovo regulačné mechanizmy) a v oblasti emocionality.

Sociálny aspekt choroby je ovplyvnený spoločnosťou (postoje a správanie ostatných v súvislosti s ochorením), ale aj sociálnym statusom (vek, začlenenie) (Vágnerová, 2014). Ochorenie ovplyvňuje celú osobnosť dieťaťa, preto je nevyhnutný individuálny prístup s ohľadom na špecifické dôsledky a potreby dieťaťa/žiaka. Vplyvom choroby sa môže zmeniť sociálny status žiaka v triede, môže to viesť až k strate kontaktov (prípadne ich obmedzeniu) so spolužiakmi v dôsledku dlhodobého liečenia. Časté absencie v škole narúšajú plynulosť kamarátstiev so spolužiakmi v triede, dieťa/žiak s ochorením prichádza o množstvo situácií v triednom kolektíve, ktoré by mu priniesli nové skúsenosti a sociálne dozrievanie. Oslabenie v oblasti sociálneho zrenia sa v rovesníckych vzťahoch môže prejaviť v podobe neprimeraných reakcií počas interakcií s ostatnými deťmi. Dieťa/žiak s ochorením môže mať silno vybudovaný zvyk na pomoc iných a branie ich pomoci za samozrejmosť, v citovej oblasti sa môže prejavovať slabšia vyspelosť, v správaní vzdorovitosť. Pre dieťa/žiaka s ochorením sú v triede potrebné relaxačné chvíľky a rozhovory s učiteľom, v ktorých by mu bolo vysvetlené, čo sa od neho v konkrétnej situácii očakáva.

Ak sa ťažkosti súvisiace s ochorením nepridružujú k iným závažným postihnutiam (zraku, sluchu, mentálnej úrovne), dieťa sa zúčastňuje vyučovania na bežnej základnej škole. Niektoré ochorenia vyžadujú dietetické úpravy, môžu viesť k sebaobslužným ťažkostiam, motorickým obmedzeniam či

k zmene vzhladu. Somatické ochorenia môžu spôsobiť náhlu zmenu životného štandardu dieťaťa, čo môže mať traumatické následky, ktoré sa môžu prejaviť v emočnej i behaviorálnej oblasti.

Psychické i sociálne aspekty ochorenia môžu pretrvávať aj po odznení priamych somatických prejavov (symptómov), napr. v dôsledku dlhodobej zmeny životného štýlu, následkov liečby, dlhodobou zmenou sociálneho statusu dieťaťa/žiaka a podobne. Je dôležité odborne zväžiť spôsob pokračovania/ukončenia odbornej starostlivosti a podpory dieťaťa/žiaka v školskom prostredí.

2.2. Špecifický dosah ochorenia a zdravotného oslabenia na vzdelávanie

Ťažkosti v dôsledku ochorenia sa môžu prejaviť v oblasti vzdelávania, v oblasti správania a tiež v oblasti sociálnych kontaktov s vrstovníkmi (začlenenie do skupiny vrstovníkov).

Vzdelávacie ťažkosti súvisia s možným **oslabením čiastkových zručností/schopností** v dôsledku ochorenia:

1. poruchy grafomotoriky, tempa písania,
2. poruchy vnímania vo vizuálnej oblasti (oddeľovanie figúry a pozadia, priestorová predstavivosť, orientácia v čase a priestore), v sluchovej oblasti (oslabenie sluchového vnímania a rozlišovania), v propioceptívnej, kinestetickej oblasti,
3. poruchy pozornosti (dĺžka, výberovosť, stabilita, odolnosť voči vyrušovaniu, pružnosť, kolísanie vplyvom napr. medikácie),
4. poruchy pamäti (krátkodobej i dlhodobej pamäti, ťažkosti v jednotlivých fázach pamäti – zapamätávania, retencie a vybavovania),
5. poruchy myslenia (obmedzenie pružnosti – rigidita, lipnutie, spomalenie),
6. poruchy učenia (špecifické poruchy učenia, deficity čiastkových funkcií),
7. poruchy reči (plynulosť, artikulácia, expresívna i receptívna oblasť reči),
8. poruchy exekutívnych funkcií (vytrvalosť, plánovanie, organizácia, rýchlosť, tlmenie impulzov).

Oslabenie výkonu v škole je spôsobené aj formálnymi dôsledkami častého vymeškávania, pobytu dieťaťa v nemocnici a pod. To má vplyv na pochopenie nového učiva a jeho utvrdzovanie, precvičovanie. Následky sa môžu prejaviť v motivácii dieťaťa učiť sa, v rozvoji aspiračnej a vôľovo regulačnej úrovne dieťaťa.

Výchovné ťažkosti súvisia s adaptáciou dieťaťa a jeho okolia na zmenené podmienky. V súvislosti s adaptáciou na chorobu sa objavujú najčastejšie reakcie podobné ako pri iných zdrojoch stresu (útek, útok, zamrznutie). Závisia od osobnosti dieťaťa a aj od výchovných a socioekonomických podmienok (hyperprotektivita najbližšieho okolia, zanedbávanie, nereálne požiadavky, nižší ekonomický štandard, výchovná kohézia rodičov). Dieťa môže reagovať:

9. únikovými reakciami (uzavretie sa do chorobného stavu, násobenie symptómov choroby, únava, vyhýbanie sa povinnostiam),
10. agresívnymi prejavmi (verbálne i brachiálne prejavy agresivity vo vzťahu k iným, k okoliu, k sebe),
11. negativizmom, egocentrickými prejavmi.

Sociálne začlenenie je sťažené chorobou dieťaťa i reakciou okolia. Závisí od typu ochorenia, jeho vplyvu na dieťa (na jeho vzhlad a špecifické somatické ťažkosti). Stáva sa, že dieťa je vplyvom choroby sociálne odčlenené od vrstovníkov alebo zosmiešňované či degradované. Môže byť ignorované alebo nadmerne ochraňované. Môže sa stať, že dieťa má lepšie sociálne zázemie a kontakty vybudované

mimo svojej vekovej kategórie (s mladšími či oveľa staršími deťmi).

Ochorenie často vyžaduje špecifický prístup, zohľadnenie potrieb a možností/schopností dieťaťa.

Je potrebné vnímať vplyv ochorenia komplexne.

2.3. Dosah niektorých ochorení na vzdelávanie dieťaťa/žiaka

Epilepsia môže mať na psychické procesy a stavy dieťaťa krátkodobé a dlhodobé dôsledky. **Krátkodobé zmeny** často predchádzajú záchvatu. Jeden až dva dni pred záchvatom býva u dieťaťa zvýšená dráždivosť a labilita, horšie sústredenie, neadekvátne reakcie (Graham et al., 1999, in Vágnerová, 2014). Nezriedka býva tzv. aura (zmeny vo vnímaní, v prežívaní). Po záchvate býva u dieťaťa prítomná únava, ospalosť, vyčerpanosť, amnézia, dezorientovanosť, problémy v sústredení, pozornosti, spomalené reakcie, skreslené vnímanie, pocity nereálnosti (Pavlovský, 2001, in Vágnerová, 2014). **Dlhodobejšie zmeny**, ktoré súvisia priamo s epilepsiou, sa môžu spájať s pridruženými **poruchami správania** (asi u ½ až ⅔ prípadov). U detí je často zvýšená tendencia k impulzivite a agresívnemu správaniu, **emočné poruchy** (úzkosť a depresia). Môžu súvisieť s lokalizáciou prebiehajúceho záchvatu, napr. pri ľavostrannej temporálnej epilepsii sa u dieťaťa prejavuje sklon k smútku, pesimizmu, absencia zmyslu pre humor, silnejší pocit viny, moralizovanie. Pravostranná epilepsia sa prejavuje viac v preceňovaní vlastných síl, podceňovaní problémov, prítomná je aj vyššia dráždivosť, výkyvy nálad, bezmocnosť súvisiaca s neschopnosťou predvídať záchvaty/mať ich pod kontrolou. To má za následok zvýšenú úzkosť u dieťaťa, prežívanie hanby, strach z ublíženia si, zníženie sebaúcty, znížené sebahodnotenie, prežívanie neistoty (Vágnerová, 2014). Často sa objavujú **problémy v učení** alebo **narušenie intelektových schopností**. Podľa Krejčírovej (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) dosahujú tieto deti v porovnaní so svojimi schopnosťami a kapacitou oveľa častejšie horší školský výkon (až 20 % detí zlyháva). V 20 % prípadov je vykazovaná duševná zaostalosť (Vágnerová, 2014).

Častejšie bývajú pridružené i poruchy reči, eventuálne až získaná afázia (prechodná či trvalá), poruchy aktivity a pozornosti, hyperaktivita, senzomotorické, perцепčné poruchy.

V prípade ložiska v parientálnej oblasti sú u detí prítomné ťažkosti skôr vo vizuopriestorovej oblasti, často sa u nich vyskytujú **dyskalkulické problémy**.

Generalizované epilepsie bývajú sprevádzané poruchami pozornosti a vizuokonštrukčných schopností.

Pozornosť a výkonnosť býva u detí narušená výraznejšími osciláciami. U detí so záchvatmi typu absencií vedomia bývajú ťažkosti s výraznými osciláciami pozornosti, ktoré majú vplyv aj na krátkodobú a operačnú pamäť (majú problémy s uchopením komplexných inštrukcií, je nutné viacnásobné opakovanie, sú výrazne unaviteľné).

U niektorých detí sú prítomné aj ľahšie **rečové dysfunkcie, ťažkosti s pamäťou** (i dlhodobou).

U niektorých detí býva, práve naopak, útlm, bradypsichizmus a tendencie lipnúť na predmetoch.

Sekundárne dôsledky epilepsie sa môžu prejavovať u detí negatívnym vzťahom k škole a neprimeraným strachom z písomných prác a zo skúšania učiteľmi. Rodičia i škola majú znížené očakávania vo vzťahu k výkonu detí a často sa znižuje aj sebahodnotenie detí. Veľmi častá je aj naučená bezmocnosť (Krejčířová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Na dieťa môžu negatívne vplývať aj dôsledky ochorenia vo forme obmedzenia aktivít (častejšie

vylučovanie z táborov, výletov atď., obmedzenie športových aktivít). Závažnou problematikou je aj možnosť funkčných záchvatov u vulnerabilnejších detí (tzv. „psychoepilepsia“) (Říčan, Krejčířová, 1997). **Dôsledky súvisiace s liečbou** nebývajú dlhodobé alebo príliš závažné. Vágnerová (2014) uvádza možnú únavu, ospalosť, ovplyvnenie pozornosti (niekedy môže mať liečba práve pozitívny vplyv na pozornosť). Benefity liečby prevládajú nad negatívnymi dôsledkami.

Dosah **roztrúsenej sklerózy** na vzdelávanie dieťaťa/žiaka súvisí priamo s ochorením (demyelinizáciou častí CNS), ale aj so sekundárnymi dôsledkami (stres). **V emotívite** dieťaťa býva sklon k depresívnosti, podráždivosti, k neprimeraným reakciám. Depresivita býva niekedy prvým prodromálnym signálom ochorenia. V **kognitívnych funkciách** to závisí od vývinu ochorenia. U dieťaťa sa najprv objavujú opakované ťažkosti vo videní a v priestorovom vnímaní. Pri progresii v subkortikálnych oblastiach býva prítomné spomalenie aj psychickej činnosti, zníženie flexibility, verbálnej fluencie, narušenie exekutívnych funkcií, pozornosti, pamäti. **Zmeny správania** u dieťaťa súvisia okrem choroby a jej prežívania aj so zmenou sociálnej pozície dieťaťa ako dôsledku ochorenia.

Neuroinfekcie (meningitídy, encefalitídy) sa prejavujú v 3 fázach. V **akútnej** fáze bývajú poruchy vedomia rôzneho stupňa. **Krátkodobé** dôsledky sú typické pár mesiacov po ochorení. U dieťaťa sú prítomné najmä percepčno-motorické ťažkosti. **Dlhodobé** dôsledky sa objavujú u dieťaťa po odznení ochorenia (aj s dlhším intervalom), napr. objavenie porúch učenia, iných problémov v školských spôsobilostiach/zručnostiach. Ich vplyv závisí aj od veku, v ktorom sa ochorenie u dieťaťa začalo (pred 2. rokom veku majú najčastejšie vplyv na celkový intelektový vývin dieťaťa, neskôr najmä na správanie a osobnosť. Často smerujú k tzv. plus prejavom, ako sú hyperaktivita, poruchy pozornosti, emočná labilita či agresivita, alebo k tzv. mínus prejavom – najmä k hypoaktivite). Pri meningitídach bývajú poruchy intelektu skôr výnimočné. Prevládajú skôr percepčno-motorické poruchy. Pri encefalitídach bývajú zasiahnuté aj intelektové schopnosti (až u ¼ detí) a pamäť. O dôsledkoch rozhoduje aj rýchlosť začatej liečby (Říčan, Krejčířová, 1997).

Pri **úrazoch hlavy** má krátkodobé dôsledky (v trvaní 1 – 3 mesiacov) väčšina detí. Asi tretina detí má pretrvávajúce problémy v správaní. Kognitívne dôsledky sa zvyknú upraviť do pol roka, najneskôr do roka po úraze.

Dôsledky závisia od rozsahu a závažnosti úrazu, dĺžky trvania bezvedomia (väčšie dôsledky vznikajú, ak strata vedomia trvá dlhšie ako 24 hodín), prítomnosti posttraumatickej amnézie, deteriorácie intelektových schopností bezprostredne po úraze. Ak u dieťaťa trvá strata vedomia viac ako 1 týždeň, býva postihnutá motorika (u 90 % detí) a taktiež intelektové schopnosti dieťaťa (asi tretina detí zostáva bez ťažkostí), ale nemusí to tak byť. Častejšie býva komplexná úprava stavu u mladších detí v predškolskom a mladšom školskom veku, hoci s prechodnou zvýšenou podráždivosťou a so zmenami správania. U starších detí sú následkami prevažne bolesti hlavy, poruchy učenia a pamäti.

Diabetes mellitus I. typu je spojený s nutnosťou pravidelne niekoľkokrát denne aplikovať dieťaťu inzulín, sledovať hladinu glykémie, upravovať si množstvo jedla a fyzickej záťaže podľa nameranej hodnoty glykémie, striktno dodržiavať odporúčaný režim a absolvovať pravidelné kontroly u odborníkov či prípadné hospitalizácie v nemocnici. To vytvára na dieťa neúmerný tlak a nároky. Na dieťa môže veľmi negatívne vplývať zlá kompenzácia ochorenia a neprispôsobenie sa podmienkam ochorenia. DM si vyžaduje zásadnú zmenu životného štýlu dieťaťa a celej rodiny, prináša obmedzenia, potrebu presnosti, sebadisciplíny a to býva často spojené aj s negatívnymi reakciami a emóciami, ako sú odmietanie prísneho režimu dieťaťom, výkyvy nálad, bolesť, strach a úzkosť. V týchto prípadoch je zaznamenaný u detí výskyt depresíí, stresu a dokonca sa stupňuje detská agresivita. Často sú u detí prítomné poruchy nálad, narušená sebaúcta a znížené sebahodnotenie, ako aj obmedzenie sociálnych aktivít (Cviková, Šimúnová, 2009).

Psychosomatické ochorenia sú spojené s dlhodobým a veľmi intenzívnym emocionálnym stresom. Zdrojom môžu byť rodinné problémy, pocity osamelosti v kolektíve spolužiakov, zlé vzťahy s pedagógom. V rámci školy to môže byť:

- Šikanovanie, odmietanie chorého dieťaťa zo strany spolužiakov, vylúčenie z kolektívu – dieťa sa môže začať vyhýbať škole, pred nástupom do školy sa u neho môžu objaviť hnačky, bolesti brucha a i. Dieťa sa môže stať utiahnuté, nevyhľadávajúce kontakty alebo, naopak, agresívnejšie a nepokojné.
- Zlý prospech, vyhýbanie sa skúškam z dôvodu anticipačnej úzkosti (očakávanie zlyhania, zvýšené nároky na výkon zo strany rodičov).
- Zaostávanie za spolužiakmi z dôvodu pretrvávajúcich vývinových porúch učenia, spolužiaci môžu dieťaťu závidieť jeho zdanlivé výhody a iný prístup zo strany pedagóga, vysmievať sa mu pre jeho nedostatky. To môže mať priame dôsledky na sebahodnotenie a sebaobraz dieťaťa.
- Nevhodný prístup pedagóga – nekompromisný a direktívny prístup, zosmiešňovanie dieťaťa alebo jeho ochorenia, konfrontácia s inými deťmi, „nálepkovanie“. To všetko môže v deťoch s ochorením vzbudzovať strach a obavy z chodenia do školy. Môžu sa objaviť absencie a vyhýbavé stratégie (aj v zmysle psychosomatických problémov).

2.4. Prvky podpory v edukačnom procese

Vzdelávanie detí s chorobou alebo so zdravotným oslabením je najčastejšie realizované v podmienkach bežných typov škôl. V niektorých prípadoch to zdravotný stav neumožňuje, vtedy sa deti vzdelávajú v podmienkach škôl pri zdravotníckom zariadení.

Materská škola pri zdravotníckom zariadení (detskej nemocnici, ozdravovni, liečebni, kúpeľoch) poskytuje predškolskú výchovu deťom od 3 rokov a jej činnosť sa prispôsobuje liečebnému režimu zdravotníckeho zariadenia. Vytvára špecifické podmienky na úspešné vzdelávanie a zabezpečenie špeciálnych edukačných potrieb. Cieľom je rešpektovať zdravotný stav a individuálne možnosti a schopnosti dieťaťa. Uľahčuje dieťaťu lepšie a ľahšie zvládať adaptáciu na nové prostredie. Plní aj diagnostickú funkciu v spolupráci so zákonnými zástupcami, zdravotníckym personálom, s klinickým psychológom.

Základná škola pri zdravotníckom zariadení (nemocnici, liečebni, ozdravovni, kúpeľoch, príp. inom zdravotníckom zariadení) poskytuje žiakom výchovu a vzdelávanie počas ich hospitalizácie v zdravotníckom zariadení. Má fluktuálny charakter, tzn. priebežne sa mení zloženie žiakov počas celého školského roka. Žiaci plnia rovnaké ciele vzdelávania ako ostatní žiaci základných škôl. Ak ide o bežnú školu, tak každé dieťa/žiak sa v škole vzdeláva primárne podľa školského vzdelávacieho programu, ak ten nezodpovedá potrebám alebo schopnostiam dieťaťa/žiaka, tak sa vzdeláva podľa individuálneho vzdelávacieho programu.

Vzdelávanie detí chorých alebo zdravotne oslabených formou začlenenia/inkluzívnym vzdelávaním v podmienkach „bežnej“ školy je bližšie vymedzené vzdelávacím programom pre choré a zdravotne oslabené deti/žiacov v podmienkach materskej školy (ďalej len „MŠ“) (ISCED 0 schválený MŠ SR 26. 5. 2016 pod číslom CD-2008-18550/39582-1:914) alebo základnej školy (ďalej len „ZŠ“) (ISCED 1 a 2 schválený MŠ SR 26. 5. 2009 pod číslom CD-2008-18550/39582-1:914). V prípade potreby sa vypracúva pre dieťa/žiaka individuálny vzdelávací program, ktorý vychádza z uvádzaných vzdelávacích programov a zohľadňuje odborné závery a odporúčania z diagnostiky v príslušných zariadeniach poradenstva a prevencie.

V niektorých prípadoch zdravotný stav dieťaťa/žiaka neumožňuje návštevu školského zariadenia a vzdelávanie sa realizuje individuálne. Tento spôsob vzdelávania sa umožňuje podľa §24 ods. 2 písm.

a) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove vzdelávaní (ďalej len „školský zákon“) na základe žiadosti zákonného zástupcu či plnoletého žiaka a priloženého vyjadrenia všeobecného lekára pre deti a dorast alebo odporúčania zariadenia poradenstva a prevencie. Vzdelávanie žiaka zabezpečuje škola, ktorá rozhodla o povolení individuálneho vzdelávania, a to v rozsahu najmenej dve hodiny týždenne.

Hodnotenie a klasifikácia žiaka zohľadňuje jeho špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby a možnosti. Je realizované podľa prílohy č. 2 (Zásady hodnotenia žiaka so zdravotným znevýhodnením začleneného v základnej škole) k aktuálnemu metodickému pokynu č. 22/2011 na hodnotenie žiakov ZŠ. V podmienkach strednej školy (ďalej len „SŠ“) je potrebné postupovať podľa metodického pokynu č. 21/2011 na hodnotenie a klasifikáciu žiakov SŠ. Takisto je potrebné a nevyhnutné pri hodnotení postupovať v zmysle v § 55 až § 58 školského zákona. Hodnotenie vychádza z analýzy výkonu žiaka, priebehu jeho práce, ktorá by mala byť zrozumiteľne podaná žiakovi aj jeho zákonnému zástupcovi. Hodnotenie by malo zohľadňovať princípy individuálneho prístupu k žiakovi. Rozšírené formy hodnotenia umožnia reflektovať priebeh vzdelávania, osobnostné vlastnosti dieťaťa/žiaka, jeho schopnosti a aj vplyv primárnej diagnózy na jeho školský výkon. Individualizované hodnotenie sa zameriava na posúdenie výkonu daného žiaka.

Formatívne hodnotenie poskytuje spätnú väzbu žiakovi aj učiteľovi. Slovné hodnotenie vytvára priestor na kvalitatívny opis výkonov dieťaťa/žiaka. Takisto je možné hodnotiť žiaka aj klasifikáciou. Motivačné a dôležité z hľadiska zvyšovania sebareflexie dieťaťa/žiaka a pocitu vlastnej kompetentnosti a zodpovednosti je aj sebahodnotenie žiaka. Inými alternatívami je hodnotenie žiakov navzájom, bodové hodnotenie, princíp odmien, uvedenie počtu chýb. Znamky je vhodné dopĺňať slovným opisom, ktorý prináša dieťaťu/žiakovi vysvetlenie chýb v postupe práce a privádza ho na spôsob, ako na nich zapracovať. To umožňuje lepšie pochopenie obsahu známky. Takisto tento typ hodnotenia môže byť zdrojom ocenenia snahy, individuálneho pokroku dieťaťa/žiaka. Konkrétnym slovným hodnotením sa posudzuje, do akej miery žiak úlohu, čiastkovú schopnosť či nadobudnutie určitej kompetencie zvládol. Všeobecnejšie zamerané slovné hodnotenie sa odporúča u žiaka citlivejšieho na neúspech v predmetoch najviac ovplyvnených primárnou diagnózou či stavom žiaka, v činnostiach a predmetoch, v ktorých je žiak menej úspešný.

Hodnotenie výkonov dieťaťa/žiaka by malo byť stručné, zrozumiteľné a výstižné. Obsahovo sa zameriava na opis toho, čo žiak zvládol, v akej kvalite, s akými nedostatkami/chybami, ako aj na návrh ďalšieho postupu (ako nedostatkom predchádzať, eventuálne odstrániť ich).

Žiak chorý, alebo zdravotne oslabený v podmienkach edukácie v bežnej škole má odlišné postavenie v závislosti od toho, akou chorobou trpí (závažnosť choroby, jej trvanie) a či mu vôbec choroba umožňuje, aby sa začlenil do procesu edukácie. Žiak dostáva možnosť postupovať vo vyučovaní podľa IVP, ktorý rešpektuje jeho aktuálny stav.

Škola zabezpečuje plnenie vzdelávacieho programu v jednotlivých ročníkoch a vytvára primerané materiálne, personálne i organizačné podmienky vzdelávania:

- a) Materiálne podmienky – didaktické pomôcky, kompenzačné pomôcky (diktafón, počítač, tablet, interaktívna tabuľa...), vhodný školský nábytok, úprava pracovného miesta, výber takého miesta v triede, kde sú eliminované rušivé vplyvy, zároveň by malo byť miesto ľahko dostupné pre pedagóga.
- b) Personálne podmienky – tvorené pedagogickými a odbornými zamestnancami, ktorí v danej škole pôsobia (pedagógovia, školský psychológ, pedagogický asistent, školský špeciálny pedagóg, školský logopéd, liečebný pedagóg, školský podporný tím). Nevyhnutnou podmienkou je oboznámenie zamestnancov školy s prejavmi choroby, so situáciami, ktoré by mohli nastať počas vyučovania (napr. záchvat) na základe ochorenia, ale aj s pomocou, ktorú by mohol žiak potrebovať.

Súčasťou školského podporného tímu môže byť školský zdravotnícky pracovník (lekár, sestra alebo zdravotnícky záchranár, ktorý má odbornú spôsobilosť na výkon odbornej pracovnej činnosti). Školský zdravotnícky pracovník sa v rámci sekundárnej a terciárnej prevencie priamo podieľa na poskytovaní zdravotnej starostlivosti dieťaťu/žiakovi v školskom prostredí (aplikácia liekov, ošetrovanie, sledovanie zdravotného stavu, odber biologického materiálu, sledovanie výživy, dodržiavanie dietetických opatrení). Pôsobí aj v oblasti primárnej prevencie (poradenstvo, preventívne aktivity, podpora a výchova k zdravému životnému štýlu, preventívne prehliadky).

c) Organizačné podmienky – predstavujú viacero opatrení, ktoré slúžia na zabezpečenie riadneho priebehu vyučovania aj s ohľadom na žiakov v kategórii ŠVVP.

2 § 7a zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

3 § 24 ods.3) zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

Metódy výučby

Je dôležité modifikovať metódy a spôsoby výučby pre deti/žiacov s ochorením/oslabením takým spôsobom, aby čo najviac mohli rozvíjať ich vedomosti a zručnosti s ohľadom na dosiahnutie vzdelávacích cieľov. Inkluzívne prostredie podporuje širšie ciele – rozvíja podporujúce a kooperatívne vzťahy (tzn. kognitívne ciele sú s presahom do emocionálnej a sociálnej oblasti, podporujú adaptáciu v prirodzenom prostredí).

V inkluzívnom prostredí je preto vhodné voliť najmä metódy, ktoré podporujú spoluprácu medzi žiakmi

- Kooperatívne učenie, ktoré je založené na spolupráci žiakov pri riešení rôznych úloh a problémov, projektov.
- Skupinová a párová výučba využíva sociálne vzťahy medzi žiakmi, vytvárajú sa malé skupiny žiakov, ktoré spolupracujú pri riešení spoločnej úlohy.
- Vrstovnícka podpora (peer tutoring, peer skupiny) využíva možnosť lepšieho pochopenia potrieb, sprostredkovania informácií „rovnakým jazykom“. Informácie, ale aj zručnosti či spôsoby zvládania sú sprostredkované prostredníctvom kontaktu medzi zdravým žiakom, ktorý preberá rolu „tútora“.

Stratégie a postupy výučby musia rešpektovať špecifické potreby konkrétneho dieťaťa/žiaka.

Preto je dôležitá:

- Individualizácia výučby – umožňuje vyčlenenie priestoru na individuálnu aktívnu činnosť vedenú priamo pedagógom alebo pedagogickým asistentom.
- Paralelné inštrukcie – vychádzajú z rešpektovania kognitívnych možností, z limitov, ktoré súvisia s ochorením dieťaťa. Spôsob a charakter inštrukcií sa im priamo prispôsobuje (rozsah, slovník, grafická úprava...).
- Štrukturalizácia výučby – zohľadňuje individuálne potreby a schopnosti (limity) žiaka. Pomáha znižovať dôsledky ťažkostí napr. v časovej a priestorovej orientácii (štruktúra priestoru/prostredia; času, možnosti jej vizualizácie; štruktúra pracovných postupov, ako napr. úprava didaktických materiálov do čiastkových úloh, procesných schém).
- Nevyhnutnou súčasťou úspešnosti cielených intervencií je podpora motivácie žiaka. Pre pedagóga je dôležité mapovať názory, hodnoty, postoje, presvedčenia, ale aj individuálne záujmy žiaka vzťahujúce sa na konkrétne oblasti učiva a priamo na jednotlivé predmety. Podpora motivácie vychádza z rešpektovania žiaka a vytvárania pozitívnej klímy (podporujúca kooperáciu a spoluprácu), využívania aktivizujúcich metód, obmieňania edukačných činností,

štruktúrovania zadaných úloh podľa aktuálnych možností žiaka, pozitívneho hodnotenia. Veľmi dôležité je vytvárať také podmienky, aby mal žiak čo najviac možností a príležitostí zažívať vlastnú kompetentnosť.

Choroba, zdravotné oslabenie či ich liečba môžu byť sprevádzané väčším sklonom k únave. Preto sú dôležité opatrenia, ktoré sú zamerané na prevenciu únavy a podporu koncentrácie pozornosti. Dôležité je predovšetkým rešpektovať vyššiu unaviteľnosť a kolísanie pozornosti. K dispozícii by mali byť materiálne, priestorové možnosti na relaxáciu (relaxačný kútik). Vhodné je zaraďovanie aktívneho pohybu, dychových cvičení, prvkov autogénneho tréningu alebo iných foriem relaxácie, uvoľňovacích cvičení. Činnosť a odpočinok by sa mali vhodne striedať (aktívne, nie až po prejave intenzívnych známkov únavy). Preventívne môže pôsobiť aj vhodné striedanie činností a multisenzorické vyučovanie. V tejto súvislosti sa odporúča:

- Úprava pracovného miesta podľa ergonomických zásad, so zohľadnením možností ľahkého prístupu pedagóga (pedagogického asistenta) k dieťaťu. Výber pozície dieťaťa/žiaka v triede by mal zohľadňovať možnosti eliminácie rušivých vplyvov a podporovať aktívne sledovanie výučby.
- Didaktické materiály by mali byť dobre čitateľné a zrozumiteľné.
- Optimalizácia edukačného procesu sa dosahuje striedaním viacerých vhodných metód a foriem výučby, motiváciou a posilňovaním žiaka aj formou slovného hodnotenia a bezprostrednej pozornosti, častou pozitívnou spätnou väzbou. Náročnosť a rozsah úloh je potrebné prispôbiť možnostiam žiaka. Je vhodné využívať aktivizujúce techniky (napr. žiak opakuje inštrukciu, odpovedá na otázky týkajúce sa učiva).
- Úprava obsahov a výstupov vzdelávania sa v prípade potreby týka len čiastkových oblastí, ktoré žiak vzhľadom na svoje špeciálne vzdelávacie potreby nemôže zvládnuť alebo ich zvláda alternatívnym spôsobom. Obsah vzdelávania žiakov sa upravuje v závislosti od štruktúry a charakteru špeciálnych vzdelávacích potrieb žiakov.

Špecifické úpravy na prijímacie a záverečné skúšky

Riaditeľ školy rešpektuje špeciálne vzdelávacie potreby žiaka, jeho ochorenie alebo zdravotné oslabenie, ktoré môžu ovplyvniť priebeh prijímacieho konania. Uchádzač v kategórii ŠVVP pripojí k prihláške na vzdelávanie správu z diagnostického vyšetrenia vykonanú zariadením poradenstva a prevencie. Škola v prípade potreby upraví žiakovi písomnú časť prijímacej skúšky. Žiaci počas skúšok pracujú s upravenou písomnou formou materiálu, môžu mať zvýšený časový limit na dané úlohy, upravené pracovné prostredie alebo môžu využívať kompenzačné pomôcky.

2. Špecifiká diagnostiky detí s uvedenou problematikou

Pri diagnostike detí/žiakov a ochorením alebo so zdravotným oslabením je dôležité vychádzať z multidisciplinárneho prístupu viacerých odborníkov (psychológa, špeciálneho pedagóga, liečebného pedagóga, sociálneho pedagóga a podľa potreby i fyzioterapeuta, logopéda, školského zdravotníckeho pracovníka).

Základným zdrojom informácií sú údaje od žiadateľa o vyšetrenie (zákonný zástupca, plnoletý žiak) alebo školy/školského zariadenia. Tieto údaje je potrebné doplniť o:

- aktuálne a relevantné lekárske správy,
- správy z predchádzajúcich lekárskeho vyšetrení a ďalších odborných vyšetrení od klinického psychológa, OZ zariadenia poradenstva a prevencie,
- hodnotenie zo školy (vzdelávacie výsledky, proces vyučovania, správanie žiaka, sociálne

začlenenie, spolupráca s rodinou). V prípade dlhodobej hospitalizácie žiaka v zdravotníckom zariadení je kmeňovej škole odosielaná písomná správa pre triedneho učiteľa s informáciami o priebehu výučby a dosiahnutých výsledkoch žiaka v škole pri zdravotníckom zariadení,

- ukážky práce žiaka (zošity, žiacka knižka, výtvarné práce a iné).

Žiadosť o odborné vyšetrenie v zariadení poradenstva a prevencie podáva ZZ dieťaťa/žiaka alebo plnoletý žiak, orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately alebo riaditeľ školy, ktorú dieťa navštevuje, alebo ním poverený PZ alebo OZ. Samotné vyšetrenie spravidla prebieha v zariadení poradenstva a prevencie. V závažných prípadoch, keď nie je možné z objektívnych dôvodov navštíviť zariadenie poradenstva a prevencie (nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa/žiaka, pripútanie na lôžko a pod.), je možné diagnostikovať dieťa/žiaka v domácom prostredí.

OZ berie do úvahy dôvod/účel diagnostiky, či ide o vstupné vyšetrenie, vyšetrenie s cieľom nastaviť vhodné vzdelávanie, spôsob edukácie alebo o rediagnostiku. Diagnostiku je potrebné prispôbiť:

- veku dieťaťa/žiaka (predškolský vek, mladší školský vek, starší školský vek, adolescent),
- druhu a závažnosti ochorenia.

Diagnostika sa bude zameriavať na zisťovanie špeciálnych vzdelávacích potrieb dieťaťa/žiaka (súvisia s identifikáciou ťažkostí vo výučbe, výchove, s potrebou nastaviť kompenzačné postupy a pomôcky a i.).

3.1. Psychologická diagnostika

Určujúcim kritériom na výber diagnostických metód a postupov je závažnosť a charakter ochorenia, druh zdravotného znevýhodnenia, dôvody, pre ktoré ZZ vyhľadali odbornú pomoc, vek dieťaťa/žiaka, typ vyšetrenia (prvotný kontakt vs. rediagnostika) a možnosti zariadenia (materiálno-technické vybavenie). Dieťa/žiak môže byť vplyvom ochorenia, liečby vo väčšej miere unaviteľný, čo je potrebné zohľadniť v spôsobe a vo formálnych podmienkach vyšetrenia (umožnenie prestávok, rozdelenie vyšetrenia na viac stretnutí a pod.)

Pozorovanie (mimika, pantomimika, držanie tela, celkový výraz) môže dať úvodné informácie o aktuálnom prežívaní chorého dieťaťa/žiaka, jeho sociálnom správaní, vzťahu k sebe. Je vhodné zamerať sa aj na spôsob interakcie dieťaťa s rodičom, zvládanie testovej situácie (odolnosť voči stresu, spôsob vyrovnávania sa s novou situáciou).

Pri diagnostike chorých a zdravotne oslabených detí/žiacov je vhodné zameriavať sa na hodnotenie aspektov, akými sú psychomotorické tempo, aktivita (hyper-, hypo-), impulzivita, dráždivosť, predĺžovanie intervalu odpovedí (latencie), pružnosť vs. lipnutie, rigidita, vytrvalosť, unaviteľnosť, pozornosť, emocionalita (zvládanie úspechu, neúspechu, tenzia, úzkosť, neistota), emočné ladenie (radosť, pasivita, depresia, úzkostnosť), spolupráca (negativizmus, agresivita, výrazná poddajnosť). Stav výraznejšej oscilácie pozornosti, prilipnutie v odpovediach, krátkodobé bloky v sústredení alebo stavy zahľadania môžu naznačovať výraznejšie narušenie pozornosti a smerovať k odporúčaní konzultácie s neurológom (ak ešte dieťa neabsolvovalo neurologické vyšetrenie).

Rozhovor slúži ako prostriedok na nadviazanie vzťahu s dieťaťom, ale aj explorovanie jeho postojov, prianí, obáv, skrytých konfliktov, záťaže dieťaťa, jeho očakávania a túžob. V rámci ochorenia/zdravotného oslabenia sa témou a taktiež fokusom rozhovoru stáva aj symptomatika ochorenia (vhodné rozdeliť na rozhovor s rodičmi a zvlášť na rozhovor s dieťaťom).

Anamnéza sa v základnej štruktúre u detí s chorobou/so zdravotným oslabením a u ostatných klientov odborného pracoviska nelíši. Osobitnú pozornosť je potrebné venovať histórii zdravotných

ťažkostí, spôsobu liečby (a takisto aj postojú zákonných zástupcov k ochoreniu i liečebným postupom, prognóze). V neposlednom rade je potrebné zamerať pozornosť aj na vplyv ochorenia na rodinné prostredie, školský výkon, sociálne vzťahy a záujmy. Tieto informácie môžu poskytnúť obraz o fáze adaptácie na ochorenie (osobitne u dospelých a aj u detí) a takisto odhaliť širší kontext možných spúšťacích a udržiavacích faktorov aktuálnych ťažkostí dieťaťa.

Testové metódy a ich špecifiká pri diagnostike chorých a zdravotne oslabených detí a žiakov

V rámci diagnostiky je potrebné zohľadniť vplyv choroby/zdravotného oslabenia (nielen na diagnostický proces, ale aj celkový školský výkon, fungovanie dieťaťa v školskom prostredí, rodinnom prostredí).

Pri výkonnostných testových metódach je potrebné mať na pamäti, že výkon môže byť značne ovplyvnený aj samotným ochorením, zdravotným oslabením. Únava, kolísanie pozornosti či nevýkonnosť môže podstatne znižovať efektivitu a kvalitu riešenia. Je potrebné zvážiť rozsah a dĺžku zaťaženia dieťaťa, takisto aj zaradenie diagnostického postupu z hľadiska procesu liečby (napr. u onkologických pacientov nie v čase chemoterapie či bezprostredne po nej, rovnako u detí s epilepsiou nie vo fáze bezprostredne po záchvate alebo v období zvýšeného výskytu záchvatov, u diabetikov nie v čase hypoglykémie alebo bezprostredne po nej a pod.)

Stanovenie úrovne intelektových schopností alebo vývinovej úrovne (u detí v predškolskom veku, najmä do 3 rokov) je potrebné na posúdenie potreby aplikácie špecifických stimulačných programov, riešenie špecifických vzdelávacích problémov, kariérového vývinu žiaka. Význam môže mať aj posúdenie vývinu kognitívnych schopností a špecifik v dôsledku ochorenia a vplyvu liečby.

Testy a testové batérie, ako aj ďalšie podrobnosti diagnostického procesu sú uvedené v štandarde Diagnostika kognitívnych schopností u detí/žiakov.

Stanovenie úrovne špecifických zručností, schopností dieťaťa/žiaka sa zameriava na diagnostiku (výber metód je vhodné spresniť podľa štandardov diagnostiky):

- výkonnostnej zložky, exekutívnych funkcií, pozornosti, krátkodobej a dlhodobej pamäti – zmeny môžu priamo súvisieť s prodromálnym štádiom ochorenia, dôsledkami ochorenia (napr. choroby CNS, vyčerpanie, dôsledky liečby),
- percepcie – zrakovej, sluchovej – zmeny môžu súvisieť s ochorením i liečbou, ale môžu byť aj nezávislé (prítomné už premorbídne, pred vznikom ochorenia),
- motorických schopností – výkon môže takisto podliehať vplyvu ochorenia/liečby,
- reči a jazykových schopností – zmena stupňa jazykových zručností môže byť dôležitým znakom dôsledkov chorobných procesov či invazívnej liečby (najmä ak sú zasiahnuté jazykové centrá a dochádza k deteriorácii),
- miery všeobecnej informovanosti – možný vplyv častej hospitalizácie, vymeškávania dieťaťa/žiaka na vyučovaní,
- organicity, ktorá nadobúda význam najmä pri posudzovaní ochorení CNS na školský výkon. Takisto môže byť prínosná pri odporúčaní ďalších odborných intervencií.

Zisťovanie úrovne emocionality, dynamiky psychiky – emócie a emocionalita môžu mať významný vplyv napr. pri vzniku psychosomatických ochorení, rovnako aj v rámci dôsledkov ochorenia a liečby.

Skúmanie osobnostných charakteristík (vlastností, hodnôt, potrieb, záujmov, konfliktov, zvládania záťaže, copingových stratégií) bude mať dôležitú výpovednú hodnotu aj vo vzťahu k prognóze a výberu intervenčných stratégií.

Posudzovanie špecifických oblastí (školskej pripravenosti, kariérového vývinu) bude nápomocné pri zohľadnení ochorenia, zdravotného oslabenia vo vzťahu k zvýšeným/zmeneným nárokom na dieťa (posudzovanie školskej pripravenosti – zvýšená chorobnosť vplyvom zníženej imunity zvyšuje pravdepodobnosť školského zlyhávania na báze častého vymeškávania, oslabenia chorobou a pod.). Podobné je to aj pri výbere vhodného kariérového smerovania – správny výber sa realizuje s ohľadom na slabé a silné stránky dieťaťa/žiaka, možnosti a obmedzenia súvisiace s jeho zdravotným stavom a nárokmi štúdia.

Mapovanie rodinnej atmosféry, štýlov výchovy – výchovné vzorce, štýly, môžu byť spúšťačom i udržiavacím faktorom ťažkostí.

Kontrolné vyšetrenie a rediagnostika sú zamerané hlavne na oblasti, ktoré boli v predchádzajúcom vyšetrení hodnotené ako oslabené. Je potrebné komplexne zhodnotiť nielen účinnosť stanovených opatrení, ale aj možné ďalšie novoobjavené ťažkosti.

Špecifiká diagnostiky pri niektorých ochoreniach a zdravotnom oslabení

Poruchy CNS – v tejto súvislosti môže byť dôležité zameranie diagnostiky aj na detekciu a posúdenie vplyvu ťažkostí, ktoré sú spôsobené organickými vplyvmi – diagnostika organickej integrity (ochorenie, úraz).

Porucha funkcie CNS však môže mať funkčný neurofyziologický charakter (napr. pri epilepsii). Inou skupinou môžu byť vrodené chyby, chromozomálne poruchy a odlišné tempo zrenia. Klinický obraz závisí od veku dieťaťa/žiaka, keď k došlo k chorobe či úrazu. Krejčířová (Říčan, Krejčířová, 1997) hovorí o veku 7 – 8 rokov, kedy sa dá predpokladať typ a lokalizácia postihnutia, podobne, ako je to aj u dospelých. Plasticita CNS u detí môže viesť k prenosu funkcie do iných lokalít mozgu. Napr. u dospelých postihnutie v oblasti ľavej hemisféry môže viesť k poruchám reči, verbálnej inteligencie, abstraktného myslenia, v oblasti pravej hemisféry k oslabeniu neverbálnych schopností, pamäti pre neverbálne podnety, k percepčno-motorickým poruchám. U detí pred 5. rokom nemusí dôjsť pri rovnakom type postihnutia k narušeniu verbálnej inteligencie, hoci môže byť mierne znížená či neskôr viesť k špecifickým vývinovým poruchám učenia. Nemusí sa teda prejaviť hneď, ale až po zaťažení určitých kognitívnych funkcií dieťaťa/žiaka. Tieto informácie majú veľký význam pre skoré začatie intervenčných programov.

Prejavy zmien organickej integrity u detí:

- **motorika** – prítomnosť vývinovo neprimeranej hyperkinetiky, nedostatok inhibície v reči, neobratnosť (nekoordinovanosť, tras, asymetria v držaní tela, nešikovnosť), neobratnosť pri kreslení a písaní, ťažkosti v odkresľovaní geometrických tvarov, horšia formálna ako obsahová časť (neplynulosť línií, horšia koordinovanosť ťahov, bizarnosť kresby, chaotickosť kresby), strnulosť držania tela, poruchy reči (tempo, dyzartria), zmiešaná dominancia, perseverácie v pohyboch, ťažkosti v napodobňovaní, impulzívne spracovanie, neschopnosť reprodukcie,
- **senzorika** – percepčné poruchy, vizuomotorické problémy, synestézie (Podnet vyvolá pocit, ktorý by mal priliehať vzhľadom na charakter nejakému zmyslu, namiesto toho vyvolá pocit/predstavu v inom zmyslovom orgáne. Napr. dieťa počuje farbu. Zvuk sprevádza farebný pocit.) Radia sa sem aj neobvyklé senzorycké zážitky (čuchové, zrakové – blikanie svetiel),
- **pozornosť a exekutívne funkcie** – krátky rozsah, pružnosť, dĺžka koncentrácie, výberovosť, výrazné oscilácie, ľahká odkloniteľnosť či, naopak, rigidita. Ťažkosti s plánovaním, organizáciou, dokončovaním, výdržou,
- **emočné prejavy** – labilita (impulzivita, dráždivosť), agresivita, plačlivosť, ťažkosti s reguláciou emócií, úzkosť, depresivita, znížená frustračná tolerancia, plačlivosť, záchvaty zlosti,

- **kognitívne prejavy** – deficit intelektových schopností, výrazné rozdiely v štruktúre schopností, problémy v usudzovaní, analýze, syntéze, dedukcii, integrácii. Vývinové poruchy učenia, narušená komunikačná schopnosť (gramatická skladba vety, pragmatická a sémantická rovina jazyka, formálne ťažkosti vo vyjadrovaní – výslovnosť, plynulosť), sťaženie vnímania figúry a pozadia, vnímanie nepodstatných detailov, zhoršenie pravo-ľavej orientácie, prítomnosť perseverácií, rigidita, problémy v intermodalite, poruchy pamäti,
- **sociálne ťažkosti** – nezrelosť (regresné správanie), negativizmus, interpersonálne ťažkosti, problémy v adaptácii,
- **osobnostné problémy** – zmeny v osobnosti, v sebaaponímaní, kompulzívne reakcie, neistota, narušené vnímanie telesnej schémy, strata záujmov.

Ďalšie podrobnosti vyšetrenia organickej integrity sú uvedené v štandarde Diagnostika organickej integrity (organicity).

Diabetes mellitus

Diagnostické postupy závisia najmä od problémov samotného diabetika a jeho rodiny, pričom v popredí by mal byť záujem o zmapovanie psychického stavu dieťaťa/žiaka (výskyt stresu, depresie, úzkosti, porúch príjmu potravy), miery sebaúcty a sebahodnotenia (napr. Rosenbergova škála sebahodnotenia), ktoré môže ovplyvňovať dôveru v seba a tým aj kompenzáciu ochorenia. Dôležité je taktiež zameranie sa na sociálne postavenie dieťaťa/žiaka v kolektíve a jeho postoj ku škole (sociometria, hodnotiace stupnice), prípadne výskyt šikanovania a diskriminácie (zo strany iných detí/žiakov, pedagóga či školy). Keďže diabetes mellitus je ochorenie výrazne ovplyvňujúce život diabetika a jeho rodiny, je dôležité zaujímať sa aj o kvalitu ich života a poskytnúť prípadnú intervenciu na dosiahnutie jej zvýšenia.

Psychosomatické ochorenia

Obvykle sa s ťažkosťami týkajúcimi sa zdravotného stavu dieťaťa obracajú ZZ na lekára. Ten po vylúčení somatického ochorenia odporučí kontaktovať klinického psychológa alebo pedopsychiatra. Aktuálne nie je výnimkou ani primárne kontaktovanie školského psychológa či zariadenie poradenstva a prevencie (najmä pri ťažkostiach, ktoré priamo súvisia so školským prostredím).

Keďže psychosomatické ťažkosti majú v pozadí spúšťacích a aj udržiavacích faktorov významne zastúpený stres a záťaž spolu s výraznejšou vulnerabilitou dieťaťa, je potrebné v kontexte školských podporných tímov a aj v spolupráci s poradenskými zariadeniami venovať pozornosť deťom/žiakom, ktoré majú k týmto ťažkostiam vyššiu predispozíciu. Takisto školské prostredie môže byť priamo strojom záťažových situácií (výkonnostné prostredie, konfrontácia s neúspechom, neprimerané nároky vzhľadom na limity a možnosti dieťaťa/žiaka, sociálne vzťahy – vrstovnicke kontakty, konflikty, takisto vplyv rodinných faktorov na osobnosť dieťaťa a jeho školské výkony a i.).

V anamnestických údajoch o dieťati/žiakovi je potrebné zamerať sa na symptómy ochorenia/zdravotného oslabenia, ich frekvenciu, intenzitu, faktory, ktoré zhoršujú či uľavujú od ťažkostí, situácie, v ktorých sa ťažkosti vyskytujú. U detí je vhodné využiť aj neverbálne techniky ako hru, modelovanie, kresbu. Nevyhnutným podporujúcim faktorom je získanie dôvery, rešpektovanie ťažkostí (niekedy je uvažovanie o možnom pôvode psychosomatických ťažkostí neprijímané, eventuálne u rodičov vnímané ako zlyhanie).

Pri bolestiach hlavy sú podľa Krejčířovej (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) odporúčané najmä otvorené otázky (povedz mi niečo o svojej bolesti hlavy... aká je? Čo ti vtedy pomáha? Čím to je, že je bolesť niekedy silnejšia/slabšia?)

V ďalšom stretnutí je odporúčané zamerať sa na širšiu oblasť – sebaoponovanie dieťaťa, zdroje stresu (psychogénne a sociálne vplyvy). Po vyšetrení je potrebné dať dieťaťu i rodičom aj patričné vysvetlenie problémov (fyziologické vplyvy – napätie, vazomotorika).

V rámci diagnostiky je potrebné zamerať sa najmä na:

- **Diagnostiku osobnosti** (pozorovanie, rozhovor, projektívne techniky, dotazníky, posudzovacie škály – bližšie v štandarde Diagnostika osobnosti). Tu je potrebné zamerať sa hlavne na oblasť emocionality (neuroticizmus, úzkosť a úzkostnosť, schopnosť vnímať), zvládanie vývinových kríz. Z osobnostných charakteristík je vhodné venovať pozornosť temperamentu dieťaťa/žiaka, sklonu k perfekcionizmu, svedomitosti, ale aj miere osvojenia sociálnych zručností. Posudzovacie škály sú u detí najmenej vhodné, lebo dieťa má sklon nevedomky potláčať negatívne prežívanie a nemusí vedieť opísať vlastné emócie (Krejčířová, in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).
- **Rodinné prostredie** (rozhovor, pozorovanie, projektívne techniky, dotazníky o štýloch výchovy). V rodinnom prostredí môžu byť dva typy vzťahov – príliš uvoľnené vzťahy a izolácia (málo osobné vzťahy, s ťažkosťami v citovej komunikácii a zdieľaní) alebo nadmerne citové väzby, s nejasnými hranicami, príliš prepletené a nejasne diferencované vlastné potreby a postoje. V oboch ide o ambivalenciu medzi silnou potrebou citovej blízkosti a závislosti (potreba bezpečia) a potrebou nezávislosti, sebaapresadenia, uznania. Takisto môže byť problém v „triangulácii“ – konflikt medzi rodičmi sa nerieši priamo, ale prostredníctvom dieťaťa (často s výraznou pozornosťou jedného rodiča a oddialením druhého rodiča), čo ho emočne zahlcuje. Psychosomatické príznaky dávajú priestor na možnosť „pomoci“ v regulácii vzťahov, „riešením“ krízy (Řičan, Krejčířová, 1997).
- **Školské prostredie** – diagnostiku je potrebné zamerať aj na školský výkon a postoj dieťaťa k škole, k sebe ako žiakovi (sebaobraz, hodnotenie vlastných možností, ašpirácia na výkon) a aj vzťahy s ostatnými spolužiakmi, učiteľmi. V diagnostike je potrebné aspoň orientačné hodnotenie intelektovej kapacity (prípadne zväžiť komplexnú diagnostiku) a tiež v prípade špecifického zlyhávania dieťaťa/žiaka aj diagnostiku so zameraním na vylúčenie vývinových porúch učenia. Je vhodné orientačne minimálne rozhovorom, projektívnymi technikami, dotazníkom zmapovať aj pozíciu dieťaťa v triede, prítomnosť sociálnej záťaže, konfliktov, šikanovania.

3.2. Špeciálnopedagogická diagnostika

Špeciálnopedagogická diagnostika, ak je potrebná, môže v prípade chorých a zdravotne oslabených detí/žakov viesť k posudzovaniu špeciálnych vzdelávacích potrieb dieťaťa, preto je vhodné opakovanie procesu, dlhodobé sledovanie (zmeny vplyvom vývinu, nárokov vzdelávania, ochorenia). V predškolskom veku je predmetom posudzovania vývin reči/komunikačná schopnosť, motorické zručnosti (hrubá a jemná motorika), lateralita, zručnosti v oblasti sebaobsluhy, sociálne zručnosti, spontánna aktivita. V školskom veku je diagnostika zameraná na zisťovanie špeciálnych vzdelávacích potrieb dieťaťa/žiaka vo vzťahu k základnej diagnóze, ale aj v zmysle možného pridruženého výskytu vývinových porúch učenia. Predmetom posudzovania môžu byť špecifické oslabenia, ktoré sa týkajú percepcie, čitateľských spôsobilostí/zručností, čítania/písania, celkovej kvality grafomotoriky. Dôležitou oblasťou je posúdenie štýlov učenia, motivácie.

Motorika

Oseretského škála (Bruininsk-Oseretsky test of Motor Proficiency – BOTMP) sa používa pre deti/žakov, u ktorých je podozrenie na oneskorenie motorického vývinu. Škála meria oblasť hrubej motoriky (pohyblivosť tela a dolných končatín) a jemnej motoriky (manuálnu zručnosť, pohyblivosť

rúk a prstov). Škála je určená pre deti vo veku 4,5 – 14 rokov (Sloboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

V odbornej literatúre sa ďalej uvádzajú rôzne skúšky manuálnej zručnosti. Uvedené skúšky sú zamerané na zistenie koordinácie a rýchlosti pohybov horných končatín.

Percepcia

Zrakové vnímanie zahŕňa rozlišovanie figúry a pozadia, zrakovú diferenciaciu, zrakovo motorickú koordináciu, fixáciu vizuálnych predmetov, zrakovú analýzu a syntézu, zrakovú pamäť. Vhodné testy v oblasti percepcie sú: Deficity čiastkových funkcií podľa Sindelarovej (Sindelarová 2000, preklad a adaptácia Černý, 2008). Metodika je vhodná na zachytenie čiastkových vývinových deficitov, Reverzný test (Edfeld, 1976), Test diskriminácie tvarov (Švancara, 1976).

Sluchové vnímanie zahŕňa sluchovú analýzu a syntézu, sluchovú pamäť, sluchovú diferenciaciu, sluchovo-motorickú koordináciu, taktilné a kinestetické vnímanie. Vhodné testy pre túto oblasť sú: Skúška sluchovej analýzy a syntézy (Matějček, 1995), Skúška sluchovej diskriminácie podľa Wepmana a Matějčka.

Orientácia

Pri vyšetrení tejto oblasti hodnotíme:

- orientáciu v priestore,
- vertikálnu orientáciu – hore, dole,
- horizontálnu orientáciu – vpredu, vzadu,
- pravo-ľavú orientáciu – na vlastnom tele, na pracovnej ploche, na druhej osobe sediacej oproti,
- v čase – v hodinách, v častiach dňa, v dňoch týždňa, v mesiacoch, orientácia v ročných obdobiach, v rokoch.

Úroveň školských zručností a vedomostí

V tejto oblasti hodnotíme:

- čítanie – analýzou čítania z hľadiska techniky, kvality, kvantity a porozumenia,
- písanie – analýzou prejavu po stránke technickej, grafickej a gramatickej,
- matematiku.

Pri vyšetrení sa využívajú nasledujúce testy: Diagnostika špecifických porúch učenia (Novák, T-239), Skúška čítania (Matějček, T-202), testová batéria Čítanie, písanie a dyslexia (Mikulajová et al., 2012) zahŕňa Test prediktorov gramotnosti, Skúšky čítania pre mladší školský vek, Test čítania s dopĺňovaním slov, Súbor testov na hodnotenie pravopisných schopností u mladších žiakov, Hodnotenie pravopisných schopností u starších žiakov, Pravopisný test, Súbor testov na hodnotenie pravopisných schopností pre školskú a klinickú prax (Caravolas, Mikulajová, Vencelová), Súbor skúšok Čí(s)ta (Žovinec), MABEL (Mikulajová), Skúška sluchovej analýzy a syntézy – SAS-M, Skúška sluchového rozlišovania Wepmana-Matějčka (upravila Rafajdusová a Mikulajová), Metodika na zachytenie čiastkových vývinových deficitov v spracovávaní informácií (B. Sindelar), Test diskriminácie tvarov (Švancar), Obrázkovo-slovníková skúška (Kondáš, T-8), Heidelberský test rečového vývoja (T-40), Vyšetrenie matematických schopností u detí (Novák, T-74), ZAREKI (T-111), Kalkúlia IV, Farebná kalkúlia (T-248), Orientačná skúška očných pohybov (T-256), Disjunktívny reakčný čas (T-66), Číselný štvorec (T-3), Test koncentrácie pozornosti (T-52), Reyov-Osterriethov test komplexnej figúry TKF (T-65), Pamäťový test verbálneho učenia (T-95), Reverzný test (T-1), Skúška laterality (T-116), Test obkresľovania (T-3), Orientačné vyšetrenie dynamickej praxie (Míka),

Hodnotenie výsledkov žiackej činnosti, Dotazník pre učiteľov na hodnotenie gramotnosti (Váryová) (viac o ich použití v diagnostických štandardoch.)

3.3. Interpretácia a formulácia záverov

Pri interpretácii výsledkov diagnostického procesu je potrebné zohľadniť všetky získané údaje vrátane pozorovania a aktuálneho stavu dieťaťa/žiaka v čase vyšetrenia.

Záver z diagnostického vyšetrenia má obsahovať informácie, ktoré tvoria čo najpresnejšiu predstavu o špecifikách dieťaťa/žiaka a vplyvu ochorenia na jeho výkon, a taktiež zachytiť a poukázať na jeho silné a slabé stránky.

Súčasťou správy sú odporúčania o postupe vo vzdelávacom procese v škole, ale i v domácom prostredí, následnej intervencii, používaní kompenzačných pomôcok, korekčných tréningoch a návrhoch ďalších odborných vyšetrení.

Správa z diagnostického vyšetrenia tvorí súčasť návrhu na vzdelávanie dieťaťa/žiaka v kategórii ŠVVP v materskej škole, na základnej škole, na strednej škole a na špeciálnej základnej škole a je súčasťou pedagogickej dokumentácie školy.

Každé zariadenie poradenstva a prevencie vydáva správu z diagnostického vyšetrenia, ktorá obsahuje dôvod vyšetrenia, anamnestické údaje, špecifikáciu vyšetrenia, dátum vyšetrenia, použité metódy, správanie dieťaťa počas vyšetrenia, výsledky vyšetrenia a ich interpretáciu, záver, odporúčania, dátum vyšetrenia prípadne odporúčanie o potrebe pedagogického asistenta. Viac o obsahu a štruktúre správy z diagnostického vyšetrenia je uvedené v dokumente Diagnostika v zariadeniach poradenstva a prevencia a prostredí škôl v kapitole 6.9.

Pri formulácii záverov je potrebné vychádzať z predpokladu, že ochorenie/zdravotné oslabenie môže byť výraznou záťažou pre dieťa/žiaka, ktorá môže prebiehať v rôznych fázach (v intenzite, časovom intervale, charaktere). Problémom pre školskú úspešnosť a dobrú adaptáciu v škole môže byť častá absencia dieťaťa/žiaka na vyučovaní, ale aj zmeny vo výkonnosti vplyvom základného ochorenia (napr. výrazné oscilácie v pozornosti a s tým súvisiace ťažkosti v prijímaní informácií, ich spracovaní – narušenie má vplyv na krátkodobú a operačnú pamäť dieťaťa/žiaka, pružnosť a organizáciu procesov, rigiditu/nepružnosť v myslení) alebo liečby (napr. kortikoidy môžu mať vplyv na emotivitu, unaviteľnosť, antiepileptiká môžu spôsobovať ospalosť a únavu, závraty, bolesti hlavy a žalúdočné ťažkosti). Školský výkon sa môže stať zdrojom negatívnej spätnej väzby dieťaťu/žiakovi zo strany pedagógov, čo môže mať sekundárny negatívny vplyv na prežívanie dieťaťa/žiaka. Všetky tieto faktory je preto potrebné pri formulácii diagnostických záverov a odporúčaní zohľadniť.

Odborný zamestnanec sa na základe výsledkov diagnostiky vyjadří na účel poskytnutia podporného opatrenia. Vyjadří sa, ktoré podporné opatrenia pomôžu dieťaťu/žiakovi prekonávať prekážky vo vzdelávaní a tým sa plnohodnotne zapájať do výchovy a vzdelávania a rozvíjať svoje vedomosti, zručnosti a schopnosti. Vo vyjadrení na účel poskytnutia podporného opatrenia určí aj potrebný rozsah podporného opatrenia. Katalóg podporných opatrení špecifikuje podporné opatrenia vo výchove a vzdelávaní podľa § 145a školského zákona.

Pri formulácii záverov a odporúčaní je vhodné spolupracovať aj so školským zdravotníckym pracovníkom (ak je súčasťou školského tímu).

3. Nepriame intervencie

Intervencia je plánovaným a systematickým zásahom so zameraním na riešenie určitého problému jedinca, rodiny alebo skupiny. Vo vzdelávacom procese chorých alebo zdravotne oslabených detí/žiacov kladieme zvýšený dôraz na individuálny prístup s ohľadom na ich špecifické vzdelávacie potreby. Základom úspešnej intervencie je nadviazanie pozitívneho emocionálneho vzťahu a porozumenia medzi učiteľom a žiakom.

Nepriame intervencie sú tie, ktoré sú zamerané na rodinu a školu (pedagógov, kolektív), širšie okolie dieťaťa/žiaka s ochorením/so zdravotným oslabením. Tieto postupy nie sú priamou prácou s dieťaťom/so žiakom, ale formou sprostredkovanej intervencie, teda intervencie, ktorá je zameraná na prácu s okolím dieťaťa/žiaka, v jeho prospech (cieľom je komplexná pomoc dieťaťu/žiakovi). V tejto súvislosti je potrebná tímová spolupráca odborníkov (lekárov, školských zdravotníckych pracovníkov, psychológov, špeciálnych pedagógov, logopédov a pod.), školy a rodiny.

4.1. Nepriama intervencia prostredníctvom spolupráce rodiny a školy

Spolupráca rodiny dieťaťa a školy je jednou z najdôležitejších nepriamych intervencií. ZZ poskytuje úvodné údaje o probléme dieťaťa, jeho genéze, doterajších postupoch a ich účinnosti. Takisto z kontaktu s ním je možné zistiť širší kontext ochorenia (postoje v rodine k chorobe, liečbe, spolupráci s odborníkmi). Rodina poskytuje dieťaťu adekvátnu domácu starostlivosť a dbá na to, aby dieťa malo zabezpečenú adekvátnu zdravotnícku starostlivosť. Zároveň má veľmi dôležitý význam pre vytváranie istoty a bezpečia pre dieťa, napĺňanie jeho základných potrieb vrátane emocionálnych. Úzko spolupracuje so školou, oboznamuje vyučujúcich s aktuálnymi zdravotnými potrebami dieťaťa, spoločne s učiteľom riešia vzniknuté edukačné problémy. Ak je to potrebné, zabezpečuje dieťaťu v prípade potreby dopravu do/zo školy. Je výhodou, ak je v škole zamestnaný školský zdravotnícky pracovník. Jeho úlohou môže byť priamo v školskom prostredí poskytovať dieťaťu potrebnú zdravotnú starostlivosť (aplikácia liekov, ošetrovanie stômií, vyšetrenie krvi glukomerom a pod.) a zároveň prispievať k edukácii pedagógov i ostatných detí/žiacov.

Pre spoluprácu rodiny a školy je nevyhnutné vytvoriť bezpečnú atmosféru dôvery a nadviazať dobrý vzájomný vzťah, ktorý je základom ďalšej spolupráce. Vznikne tak priestor, v ktorom môže prebiehať konzultácia diagnostických zistení a záverov o dieťati, spoločné vytváranie a akceptovanie postupov odborných intervencií dieťaťa (vrátane zabezpečenie ich získania).

Odborné činnosti poskytované ZZ môžu byť zamerané aj na podporu vo výchovnom pôsobení, nadobúdanie výchovných zručností či na podporu a sprevádzanie v danej životnej situácii napr. formou rodičovských skupín. Je možné poskytovať odborné činnosti aj v prirodzenom prostredí (rodina), napr. poradenstvo zamerané na riešenie konkrétnych problémov alebo poskytovanie psychosociálnej podpory rodine.

Prínosy:

- učiteľ a rodič/ZZ si stanovujú priority, vzdelávacie a výchovné ciele dieťaťa/žiaka,
- zjednotenie postupov vo výchove a vzdelávaní,
- ZZ informuje učiteľa o skúsenostiach s napredovaním v jednotlivých vývinových oblastiach dieťaťa/žiaka, o skutočnostiach, ktoré súvisia s aktuálnym zdravotným stavom dieťaťa, plánovaním jeho liečebných procedúr i možných aktuálnych obmedzeniach a zmenách vo výkone dieťaťa/žiaka. Ak je k dispozícii školský zdravotnícky pracovník, je vhodné poskytovať

informácie v priamej spolupráci s ním.

- ZZ aj učiteľ môžu lepšie pochopiť dieťa/žiaka – jeho silné a slabé stránky, jeho záujmy, lepšie prispôbiť program výchovy a vzdelávania vo vzťahu k zmenám zdravotného stavu dieťaťa. Ak je v školskom zariadení školský zdravotnícky pracovník, môže priamo pomáhať sledovaním zmien zdravotného stavu dieťaťa a v prípade potreby spätne informovať ošetrojúceho lekára, rodiča, pedagóga.

Podmienky:

- pravidelný kontakt, budovať vzťah dôvery a vzájomnej akceptácie medzi školou a rodinou,
- aktívne zapájať rodičov do života príslušnej triedy, školy,
- poskytnúť priestor na komunikáciu s odborníkmi zo školského podporného tímu pri riešení prípadných konfliktov alebo ťažkostí vo vzdelávaní dieťaťa/žiaka,
- zabezpečiť/odporučiť odbornú pomoc a podporu rodinám s dieťaťom/žiakom s ochorením a so zdravotným oslabením v poradenskom zariadení,
- pomáhať pri domácom vzdelávaní dieťaťa/žiaka počas dlhodobej neprítomnosti v škole,
- poskytnúť možnosť participácie špeciálneho pedagóga – učiteľa s rodinou, ktorý pomáha rodine pri konkretizácii čiastkových úloh z rôznych oblastí, poskytuje rodine usmernenia pri ich plnení, a to za využitia rôznych foriem práce,
- zohľadňovať vplyv ochorenia, liečebných postupov na edukáciu, správanie a výkonnosť dieťaťa,
- uplatňovať individuálny prístup k dieťaťu/žiakovi s ochorením/so zdravotným oslabením,
- klásť na dieťa/žiaka adekvátne nároky,
- učiteľ má voliť také formy vzdelávania a overovania vedomostí, ktoré zodpovedajú aktuálnemu zdravotnému stavu a obmedzeniam dieťaťa/žiaka,
- využívať pomoc pedagogického asistenta.

4.2. Nepriama intervencia prostredníctvom spolupráce pedagógov a odborného tímu

Vo vzťahu k pedagógom je veľmi dôležitý prenos informácií o dieťati/žiakovi s ochorením/ so zdravotným oslabením a sprostredkovanie špeciálnopedagogických, psychologických a iných odborných záverov z dokumentácie žiaka. Je dôležité nastavenie stratégie spolupráce, metodické vedenie a usmerňovanie pedagógov, ktorí vyučujú dieťa/žiaka s ochorením/so zdravotným oslabením.

Prínosy:

- odborný, realistický a nestranný pohľad odborníka na danú problematiku,
- tímové riešenie problematiky vzdelávania dieťaťa/žiaka s ochorením/so zdravotným oslabením,
- formálne naplnenie požadovaných legislatívnych podmienok integrácie dieťaťa/žiaka – ak je to potrebné, odporúčenie kompenzačných pomôcok či pedagogického asistenta, podklady na vytvorenie IVP,
- podpora spolupráce rodiny a školy pri zabezpečovaní domácej prípravy do školy a aj v prípade potreby individuálneho vzdelávania.

Podmienky:

- spolupráca jednotlivých odborníkov, ZZ a pedagógov (dôležitá je dôverná a úprimná spolupráca, s diskretnou ochranou citlivých údajov o zdravotnom stave dieťaťa vo vzťahu k okoliu),
- kontinuálna podpora pedagógov (konzultácie, supervízne rozhovory, zážitkové učenia sa, pravidelné stretnutia so školským zdravotníckym pracovníkom),

- stanoviť si pevné pravidlá spolupráce všetkých zainteresovaných osôb, spôsob komunikácie,
- ak učiteľ spozoruje v správaní žiaka s chronickým ochorením (diabetes, onkologické ochorenie, neurologické ochorenie a iné) rôzne prejavy správania, ako je napr. precitlivosť, podráždenosť, únava, ktoré môžu byť dôsledkom ochorenia, zohľadňuje to pri hodnotení,
- u každého dieťaťa/žiaka hľadať jeho jedinečnosť a rozvíjať jeho individuálne schopnosti,
- vytvárať pozitívnu klímu v triede pre všetky deti/žiacov.

4.3. Nepriama intervencia prostredníctvom triedneho kolektívu

Choré a zdravotne oslabené dieťa/žiak môže byť v dôsledku ochorenia často vyučované mimo triedneho kolektívu, môže mať obmedzenú účasť v mimoškolských aktivitách (výlety, exkurzie) či zmenenú výkonnosť oproti ostatným žiakom. Niekedy v dôsledku ochorenia či liečby môže dôjsť k zmene jeho vzhľadu, správania alebo psychického stavu (emočná labilita, podráždenosť, únava, nevykonnosť).

Spôsob vyrovnania sa chorého/zdravotne oslabeného dieťaťa/žiaka veľmi úzko súvisí aj s prístupom a výchovnými štýlmi v rodine. V prípade častého vymeškávania, obmedzenia výkonnosti (v školskej i voľnočasovej činnosti) alebo nadmerného ochranárskeho postoja môže mať ťažkosti v nadväzovaní sociálnych vzťahov v triede. Za určitých predpokladov preto môže nastať sekundárny problém v prijímaní, akceptácii a začlenení do kolektívu detí. Nepriame intervencie zamerané na prácu s triednym kolektívom sú veľmi dôležitou súčasťou procesu začleňovania chorého/zdravotne oslabeného dieťaťa, pomáhajú pri komplexnom napínaní jeho vzdelávacích potrieb.

Učitelia priamo svojím správaním, osobným príkladom, komunikáciou svojich postojov a hodnôt a rešpektovaním a podporou dieťaťa/žiaka významne ovplyvňujú a vytvárajú pozitívnu atmosféru v triede. Pri vytváraní pozitívnej klímy v triede a škole pomáhajú svojou odbornou činnosťou aj členovia školského podporného tímu (školský psychológ, školský špeciálny pedagóg, sociálny pedagóg, školský logopéd) a školský zdravotnícky pracovník).

Prínosy:

- zlepšenie vzťahov a sociálnej komunikácie dieťaťa/žiaka,
- podpora vzájomného rešpektu a tolerancie v triede,
- zlepšenie pracovnej atmosféry a kooperácie žiakov v triede,
- predchádzanie výskytu problémového správania u dieťaťa/žiaka, aj v triednom kolektíve.

Podmienky:

- celkovo podporovať pozitívnu atmosféru v škole v procese utvárania vzájomných vzťahov,
- vytvárať a podporovať pozitívne interakcie medzi všetkými deťmi/žiakmi,
- mimoškolské aktivity a možnosť absolvovať ich modifikovaným spôsobom (napr. s účasťou rodiča, zdravotného asistenta a pod.)
- rozvíjať empatiu, sociálne a emocionálne cítenie všetkých detí/žiacov v triede prostredníctvom rôznych hrových aj zážitkových aktivít,
- aktívne zapájanie do mimoškolských krúžkov a aktivít, ktoré vzhľadom na svoj zdravotný stav môže choré/zdravotne oslabené dieťa/žiak absolvovať.

5. Priame intervencie

Za priame intervencie považujeme postupy, v ktorých sa na školách alebo v poradenských zariadeniach pracuje priamo so žiakom. Ide o priamy kontakt a odborné pôsobenie/zásahy s cieľom

vyvolať potrebné zmeny. V prípade prítomnosti školského zdravotníckeho pracovníka môže byť súčasťou priamych intervencií aj zdravotná starostlivosť o dieťa/žiaka.

5.1. Poradenstvo

Odborné pôsobenie zacielené na choré/zdravotne oslabené dieťa/žiaka je často prítomné už v diagnostickej fáze poradenskej práce. Dôležité je nastaviť diagnostiku na detekciu nielen slabých, ale aj silných stránok dieťaťa. Podnetnou a prínosnou môže byť dynamická diagnostika ako zdroj informácií aj o procese učenia dieťaťa/žiaka. Diagnostickým prínosom nebude napr. len aktuálna mentálna úroveň dieťaťa/žiaka, ale aj posúdenie jeho potenciálu, čo všetko môže zvládnuť, čo sa dokáže naučiť. Tieto zistenia prispievajú k stanoveniu foriem, postupov, ktoré budú viesť k zmene kognitívnych procesov dieťaťa, ako aj k stanoveniu cieľov (čiastkových i globálnych) v rámci odborných intervencií.

Podľa Bremsovej (2018) sa ciele poradenských a psychoterapeutických činností dajú rozdeliť do troch skupín:

1. Zameranie na problém a jeho vyriešenie (dá sa využiť aj krátkodobá terapia, napr. terapia zameraná na riešenie, Kids' skills ai.).
2. Posilnenie dieťaťa a jeho psychologického a emocionálneho prispôsobenia, psychického zdravia (niekedy odstránenie problému nemusí viesť k celkovému pocitu pohody a naopak – zlepšenie psychickej pohody môže nastúpiť pred špecifickými zmenami v správaní). Konkrétne ciele sa môžu líšiť podľa psychoterapeutických prístupov.
3. Pomôcť dieťaťu zvládnuť vývinové míľniky, dosiahnuť určitý stupeň zrelosti (relatívne primeranej veku a vývinovej úrovni) – napr. jazykové zručnosti alebo sebaregulácia, alebo dosiahnutie zmyslu pre iniciatívnosť.

Poradenstvo ZZ je zamerané na:

- pravidelné odborné konzultácie vo vzťahu k špecifickým potrebám dieťaťa súvisiacimi s vývinovými etapami a tiež zmenami, ktoré súvisia s chorobou/zdravotným oslabením,
- praktické ukážky práce s dieťaťom (napríklad spôsoby komunikácie, ukážky cvičení, hier),
- poskytovanie kontaktov a informácií o ďalších dostupných intervenciách vhodných pre dieťa,
- pomoc pri výbere vhodného spôsobu vzdelávania pre dieťa, usmernenie pri individuálnom vzdelávaní,
- pomoc ZZ pri výbere vhodných záujmov a voľnočasových aktivít pre dieťa,
- pomoc pri výbere vhodných kompenzačných stratégií dieťaťa pri osvojovaní si školského učiva, pri optimalizácii učebných štýlov vhodných pre dieťa,
- kariérové poradenstvo vo vzťahu k voľbe budúceho povolania a možnostiam/limitom, ktoré súvisia so zdravotným oslabením či chorobou dieťaťa/žiaka.

Smerom ku škole (pedagóg, školský podporný tím, pedagogický asistent) je poradenstvo zamerané na:

- špecifikovanie dopadov výchovno-vzdelávacích potrieb dieťaťa/žiaka, ktoré vyplývajú priamo z choroby/zdravotného oslabenia a môžu sa prejaviť počas výučby,
- metodickú pomoc pri modifikácii učiva pre dieťa/žiaka, pri výbere vhodných učebných metód, pri spôsobe hodnotenia a klasifikácie dieťaťa/žiaka a usmernenie pri začleňovaní dieťaťa do triedneho kolektívu,
- vytváranie pozitívnej klímy v triede.

5.2. Reedukácia

Reedukácia je upriamená na zmiernenie negatívneho vplyvu choroby/zdravotného oslabenia na vzdelávacie aktivity chorého/zdravotne oslabeného dieťaťa/žiaka a na jeho praktický život.

Počas reedukačných sedení OZ pomáha dieťaťu/žiakovi osvojiť si vhodné stratégie práce s textom, s učebnou látkou. Stimuluje dieťa/žiaka, aby tie funkcie/zručnosti, ktoré sú u neho oslabené vplyvom ochorenia, dokázal v sebe rozvinúť. Môže ísť o oblasti:

- percepčného (zmyslového) vnímania: zrkovného, sluchového, priestorového vnímania a pravoľavej orientácie, orientácie v čase,
- kognitívneho (poznávacieho) vnímania – rozvoj pozornosti, pamäti, myslenia, reči, matematických predstáv,
- motorických (pohybových) zručností – rozvoj jemnej a hrubej motoriky, grafomotoriky, očných pohybov, oromotoriky,
- motorickej koordinácie – zosúladenosť pohybov, pamäti na sekvencie pohybov, rytmicity, intermodalita.

Dôležitou súčasťou reedukácie je tiež nácvik práce s didaktickými, reedukačnými a kompenzačnými pomôckami, ak ich použitie je u dieťaťa/žiaka potrebné a odporúčané zariadením poradenstva a prevencie, v ktorom sa realizovalo diagnostické vyšetrenie dieťaťa/žiaka.

5.3. Rehabilitácia

Intervencie v rehabilitácii majú vo vzťahu k chorobe/zdravotnému oslabeniu dieťaťa/žiaka veľmi dôležitý význam. Rehabilitáciu indikuje odborný rehabilitačný lekár, v rehabilitačnom pláne špecifikuje, ktoré rehabilitačné metódy a postupy sú vhodné pre konkrétne choré/zdravotne oslabené dieťa/žiaka. Následné rehabilitačné cvičenia realizuje fyzioterapeut v spolupráci so špeciálnym pedagógom so zameraním na telesné postihnutie. Nápomocný môže byť i školský zdravotnícky pracovník.

Špecifické ciele a postupy rehabilitácie volí fyzioterapeut podľa narušenia v jednotlivých orgánových systémoch dieťaťa (Harčaríková, Kollárová, 2016). Podľa potreby aplikuje pasívne cvičenia, aktívne asistované, aktívne rezistované cvičenia, vychádzajúc z rehabilitačného plánu konkrétneho chorého/zdravotne oslabeného dieťaťa/žiaka.

5.4. Terapia

V rámci terapie sa zacielujeme na stimulačné činnosti vo vzťahu k vlastnej chorobe/zdravotnému oslabeniu dieťaťa/žiaka. Začleňujú sa sem psychologické, somatopedické, špeciálnopedagogické a logopedické terapie. Vychádzajú z terapeutického plánu, ktorý OZ vytvoril na základe záverov diagnostického vyšetrenia. Často sú doň zahrnuté odborné činnosti a aktivity na podporu vývinu dieťaťa v oblasti motorických schopností a celkového psychomotorického vývinu, rozvoja komunikačných zručností a podporu zmyslových a kognitívnych funkcií.

Psychologická terapia pôsobí na osobnosť jednotlivca, pomáha sebaaprijatiu, osobnostnému rozvoju chorého/zdravotne oslabeného dieťaťa, harmonizácii jeho vývinu. Ide o súbor postupov a techník, ktoré podporujú zvládnutie aktuálnej životnej krízy, ktorú spôsobuje závažná choroba. Táto forma je indikovaná tak u dieťaťa/žiaka, ako aj u jeho (rodiny). Môže byť jednorazová (krízová), ale aj opakovaná.

Liečebnopedagogická terapia využíva u chorých/zdravotne oslabených detí/žiakov metódy arteterapie, muzikoterapie, pohybovej terapie, dramaterapie, terapie hrou a biblioterapie, príp. canisterapie a hipoterapie.

Využitie arteterapie je pri zvládaní chorôb podľa Hickeyho (2001, in Bremsová, 2018) veľmi vhodné.

Arteterapia má 3 funkcie:

- Posudzovanie (diagnostická funkcia, získanie dynamických informácií o konfliktoch, potrebách, afektoch, zisťovanie pokroku terapie, pripravenosť na ukončenie terapie). Dá sa využiť kresba postavy (DAP – Machover, 1952), test Dom – strom – postava (HTP – Buck, 1948; KHTP Burns a Kaufman, 1970), ale aj voľná kresba či čmáranica dieťaťa.
- Katarzia – expresia a kontrola pocitov, potrieb, konfliktov a ich uvoľnenie, spracovanie (môže sa týkať súčasných, očakávaných i minulých afektov dieťaťa). Vhodným materiálom na uvoľnenie hnevu môže byť napr. hlina. Využíva sa proces i produkt.
- Rozvoj – slúži na nadviazanie kontaktu s terapeutom, osvojenie alternatívnych spôsobov riešenia konfliktov, podporenie kreativity (zlepšuje sa proces učenia a zvyšuje sa aj sebadôvera). Rozvíjanie kreativity podporuje rozvoj kohezívneho a vitálneho self (Sanville, 1987, in Bremsová, 2018).

Muzikoterapia, terapia hudbou a rytmom, využíva neverbálne prežívanie (počúvanie a vnímanie zvukov, hudby) a neverbálne stvárňovanie (improvizáciu). Využíva jednoducho ovládateľné hudobné nástroje a predmety, ktoré vydávajú zvuky, a takisto pohyby tela, ktoré môžu vydávať zvuky. Terapeuticky pôsobia rôzne fázy ako impresia (vnímanie zvukov), expresia (aktívne vyjadrenie zvukov, hudby), interakcia medzi viacerými klientmi, reflexia (pomenovanie zažitého zvuku, hudby), integrácia (reorganizácia zážitkov dieťaťa) (Gajdošíková, Zeleiová, 2008).

Terapia pohybom využíva pohyb na vyjadrenie pocitov, fantázií. Je vhodná u detí v predškolskom, v školskom veku aj u adolescentov. Pohybová obratnosť býva citlivým miestom sebahodnotenia detí, preto treba zvážiť kontext a jej využitie u konkrétnych detí (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

Dramaterapia využíva divadelné prostriedky a fikciu, hranie postáv v improvizovaných situáciách, v rámci skupinovej a individuálnej práce s dieťaťom/žiakom. Môže prechádzať od detského hrania sa „na niečo“ po „divadelné predstavenie“. Obvykle sú tieto činnosti vhodné pre deti v mladšom a strednom školskom veku, s výnimkou introvertnejších typov a detí s pocitmi menejcennosti. Takisto sa neodporúča deťom od 12. roku do ukončenia dospievania z dôvodu možnosti významného vplyvu improvizáčného dramatického stvárnenia tráum a konfliktov. Môže vyvolať značnú úzkosť, vyprovokovať vnútorné konflikty v tvoriacej sa štruktúre sebaopímiania. Vtedy sa odporúča miernejšia forma – hranie rolí s jasným vymedzením a prípravou (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

Výhodou dramaterapie je, že pracuje so situáciou „tu a teraz“, evokuje prežívanie emócií dieťaťa, získanie vnútornej motivácie, vedie podľa Majzlanovej k integrácii (2004, in Bekéniová, Ustohalová, 2015). Zlepšuje sociálnu komunikáciu a interakciu u detí, celkovú sociálnu inteligenciu, prispieva k rozvoju empatie, k uvoľneniu a redukcii napätia (možnosť katarzie a abreakcie, zážitok emočne korektívnej skúsenosti), k regulácii emócií, k zmene nekonštruktívneho správania, zvyšuje sebadôveru a sebauvedomovanie u detí, vytvára pocit zodpovednosti, zlepšuje kreativitu, posilňuje celkovú integráciu osobnosti dieťaťa a získanie schopnosti poznať a prijať svoje obmedzenia a možnosti. Využíva hranie rolí, skupinovú dynamiku. Nevyhnutným predpokladom je schopnosť terapeuta vytvoriť bezpečný vzťah a dôvernú a podporujúcu atmosféru.

Biblioterapia využíva citový účinok rozprávok a príbehov. Veľký význam má u dospievajúcich s možnosťou vyjadrenia dramaticky, kresbou, asociáciami (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

Terapia hrou je prostriedkom na sebaexpresiu a aj komunikačným prostriedkom.

5.5. Intervencie pri niektorých špecifických ochoreniach

Diabetes mellitus

Nepriame intervencie sú založené na poskytnutí základných informácií o ochorení, spôsobe poskytovania prvej pomoci a informácií o stravovaní dieťaťa.

Pre ZZ je dôležité, aby osoby, s ktorými je dieťa/žiak v kontakte, presne vedeli, čo je potrebné robiť v prípade núdze. Je vhodné, aby bola k dispozícii (hlavne u malých detí v predškolskom veku) zodpovedná kvalifikovaná osoba (napr. školský zdravotnícky pracovník), ktorá mu pomôže skontrolovať hodnoty glykémie a prípadne podať potrebný bolus (extra dávku inzulínu) pri hyperglykémii alebo dodať navyše sacharidové jednotky pri hypoglykémii. V redukcii dôsledkov ochorenia a aj v súvislosti s prijatím i so zvládaním ochorenia je veľmi významný postoj pedagóga. Takisto je dôležitá jeho schopnosť a ochota v prípade potreby dieťaťu pomôcť v rámci svojich kompetencií. Dôležitá je komunikácia s o ZZ (o režime dieťaťa, liečbe), možnosť kontaktovania ZZ dieťaťom v prípade krízových/mimoriadnych situácií. Je vhodné dohodnúť sa na používaní mobilu. V prípade, že má školské zariadenie zriadenú pozíciu školského zdravotníckeho pracovníka, je dohodnutý postup v spolupráci s ním.

Základné potreby a pomôcky dieťaťa/žiaka (zabezpečuje ich ZZ, školský zdravotnícky pracovník participuje v edukácii dieťaťa, dohliada na ich správne používanie i liečebný režim):

- Výbava dieťaťa/žiaka: glukomer (meranie hladiny cukru v krvi), inzulínové pero alebo inzulínová pumpa, výbava potrebná pri hypoglykémii (džús, kocka cukru, trvanlivé potraviny), príp. glukagón v pere pri závažných hypoglykémiiach. Dôležité je, aby si dieťa/žiak túto výbavu mohol zobrať so sebou aj vtedy, ak sa zúčastňuje na aktivitách mimo školy.
- Potreby súvisiace priamo s liečbou/režimom: je nutné dohodnúť spôsob a vyhradený priestor (priamo v triede alebo v kabinete u vyučujúceho), kde si dieťa/žiak môže merať glykémiu a podať inzulín pred jedlom.
- Stravovanie – nie je vždy možné dodržať režim ako u ostatných detí, dieťa sa nevyhnutne potrebuje stravovať v pravidelných intervaloch, nadväzne na manažment podávania inzulínu i hladiny glykémie. Je potrebné informovať a získať na spoluprácu a podporu aj ostatných spolužiakov (aby neponúkali dieťaťu jedlo a ani si od neho jedlo nebrali, aby rešpektovali, že dieťa môže jesť a piť aj mimo stanoveného času). Overiť, dohodnúť, ako postupovať v prípade detských osláv, sladkostí ako formy odmien.
- Pohybová aktivita/telesná výchova – u väčšiny detí/žiakov s týmto ochorením je odporúčaná, vhodné je konzultovať zaradenie telovýchovných aktivít dieťaťa s rodičom najmä pri mimoriadnych, neplánovaných alebo zastupovaných telovýchovných aktivitách. V rámci toho je posilnená strava dieťaťa (zabezpečuje ju rodič).
- Vytvorenie krízového plánu (riešenie krízovej situácie) pri hypoglykémii (nízkej hladine cukru krvi).
- Hodnotenie a prístup k žiakovi s DM: v prípade kompenzovanej hladiny glykémie sa obvykle dieťa/žiak vo svojich výkonoch nelíši od ostatnej populácie. V prípade nestabilizovaného

stavu alebo výraznejšieho kolísania glykémie môže byť výkon skreslený hypoglykémiou (po hypoglykémii trvá 20 – 40 minút, kým je možný návrat kognitívnych schopností do pôvodného stavu). Ak hypoglykémia trvá 2 hodiny (resp. do ďalšieho dňa), ide o krízovú situáciu, nielen o rešpektovanie tohto vplyvu na školský výkon.

Podpora zo strany školského podporného tímu

Školský psychológ, školský špeciálny pedagóg môžu byť nápomocní pri efektívnej komunikácii s vyučujúcimi, ako aj v rámci kolektívu, pri posilňovaní pozitívnej klímy v triede. Môžu zabezpečovať prípadnú intervíziu s pedagógmi so zameraním na riešenie konkrétnych ťažkostí (komunikácia s rodičmi, postoje k integrácii dieťaťa, zvládanie záťažových situácií).

Ak v škole pracuje školský zdravotnícky pracovník, môže byť nápomocný pri meraní glykémie, podávaní inzulínu a môže poskytovať akútnu zdravotnícku pomoc v prípade komplikácií.

Podpora zo strany poradenského zariadenia

Odborní zamestnanci podporujú ZZ smerom k účelnému a účinnému prístupu vo vzťahu k zdravotnému hendikepu dieťaťa/žiaka (zavedenie racionálnej stravy a zdravého životného štýlu v celej rodine, formulovanie primeranej náročnosti/očakávaní, podporovanie telesnej aktivity dieťaťa a celej rodiny, podporovanie adaptívnych copingových štýlov v rodine, podporovanie socializácie rodiny a dieťaťa).

Odborní zamestnanci sú podporou aj pre pedagógov vo forme supervízie a metodického usmerňovania, pomáhajú zvládať situácie s akútnou zdravotnou krízou (príp. potenciálnou). Tieto krízové situácie môžu byť pedagógmi vnímané ako zvlášť záťažové, stresujúce, môžu pri nich prežívať zvýšenú zodpovednosť. Učitelia nemajú zo zákona kompetencie na to, aby aplikovali dieťaťu inzulín, podávali lieky či poskytli ošetrovanie pri náhlej zmene zdravotného stavu. Tieto úkony v školách zabezpečujú obyčajne ZZ. Školy často nemajú medzi svojimi zamestnancami odborníka so zdravotníckym vzdelaním, ktorý by sa dokázal o dieťa adekvátne postarať. Preto je potrebná spolupráca medzi lekárom, rodičom, školou a zariadeniami poradenstva a prevencie.

Podpora zo strany rodiny

Zvládanie ochorenia veľmi úzko súvisí s postojom a prístupom vzťahových osôb. Nadmerný súcit, ochranárstvo, prenášanie bezvýhodiskovosti neprinášajú účinné a účelné vyrovnávanie sa s ochorením a ani so školskými nárokmi. Malé dieťa zažíva zvýšené nároky a tlak na sebadisciplínu a sebareguláciu, čo vzhľadom na svoj vek a možnosti nemusí vždy účinne zvládať. Je vhodné podporovať primerane funkčný postoj a očakávania okolia. Pripraviť rodinu dieťaťa a jej blízke okolie, že dieťa určite bude robiť chyby, ale na chybách sa človek učí. Ak je rodič pokojný, prenáša pokoj aj na dieťa.

Priame intervencie v prevencii vychádzajú z toho, že ťažkosti môžu nastať v dôsledku určitej stigmatizácie (špeciálne „výhody“ v manažmente stravovania – dieťa môže prijímať potravu aj počas hodiny alebo mať špeciálnu prestávku na podávanie inzulínu alebo oddych). Je preto potrebná dôsledná edukácia detí s ochorením, ale aj práca s triednym kolektívom (prijatie, pochopenie, riešenie).

V rámci terapie je potrebné vychádzať z toho, že na metabolizmus priamo vplýva prežívanie stresu, záťaže, ktoré môžu zhoršovať priebeh a kompenzáciu ochorenia. Preto je vhodné zaradiť intervencie, ktorých cieľom je podpora copingových stratégií, manažment stresu, regulácia emócií u dieťaťa, podpora zdravého životného štýlu, medziľudských vzťahov (komunikačné zručnosti, zvládanie

konfliktov, podpora reziliencie), podpora sebaregulácie, sebadisciplíny.

Psychosomatické ochorenia

Prevenia je zameraná na posilňovanie copingových stratégií u všetkých detí a žiakov, rozvoj a posilňovanie reziliencie, vhodného kompenzovania záťaže a stresu. Takisto je vhodné zamerať sa na rozvoj asertivity, komunikačných zručností a prevencie šikanovania v školách, posilňovanie zdravej klímy v triede a v škole. Z akreditovaných programov je možné použiť pre mladšie deti napr. Kozmo a jeho dobrodružstvá, Srdce na dlani, Zippyho kamaráti. U starších žiakov je to Cesta k emocionálnej zrelosti, KUPUB alebo vytvorenie vlastného programu so stanovením odporúčaných cieľov.

V rámci nepriamych intervencií smerom k rodičom je vhodná edukácia, podpora rodičovských zručností aj formou individuálneho poradenstva či skupinových stretnutí, zážitkových aktivít, prednášok a workshopov so zameraním na špecifické témy súvisiace s posilnením komunikačných vzorcov a riešenia problémov pri výchove detí, zvládanie záťaže a relaxačné postupy, vhodné štýly podpory školských spôsobilostí/zručností, zrealňovanie nárokov na deti a pod. Na jednej strane ťažkosti dieťa reálne prežíva, zaťažujú ho, spôsobujú mu výrazný diskomfort, vedú k obmedzeniam aktivít. Na strane druhej výskyt ťažkostí môže viesť k vyhýbavému správaniu, snahe vyhnúť sa stresu a záťaži alebo získať pozornosť, alebo odvieť pozornosť od iných problémov.

Smerom k vyučujúcim je vhodná podpora formou poradenstva, supervízie/intervízie, prevencia syndrómu vyhorenia (zážitkové aktivity, supervízia, vzdelávacie aktivity), edukácia. V poradenskej činnosti je potrebné zdôrazniť, že dieťa reálne prežíva bolesť, diskomfort, nedokáže mať nadhľad na možné príčinné súvislosti a stres, záťaž nedokáže v aktuálnej situácii ináč zvládnuť (psychosomatické ťažkosti sú na jednej strane zaťažujúce, na druhej strane môžu predstavovať určitú formu úľavy od nárokov, pretože choroba priamo znižuje výkonnosť dieťaťa, dieťa navštevuje lekárov, vymeškáva výučbu v škole). V spolupráci s vyučujúcim je potrebné skúmať možné zdroje aj priamo v školskom prostredí (napr. identifikovať konflikty, šikanovanie, neprijatie v kolektíve, nadmerné nároky alebo problematický vzťah s vyučujúcim).

V rámci psychoterapeutických intervencií psychosomatických porúch je potrebný bio-psycho-sociálny prístup. Biologická liečba môže mať primárny alebo podporný charakter (závisí od stupňa a charakteru poškodenia orgánu/systému).

Vychádza z modelu terapeutického zamerania na 4 úrovne (Řičan, Krejčířová, 1997): orgán (stavba a funkcia) – organizmus (jeho celková nervová, humorálna a imunitná regulácia) – osobnosť (funkcie a ich integrácia) – rodina (vzťahy, interakcia, pravidlá).

Na úrovni orgánov a organizmu sa môžu uplatniť metódy sugescie, podmieňovania, nácviku (vnútorné hospodárenie, fyziologické dôsledky). V rámci terapie sa dajú využiť relaxačné postupy (svalová relaxácia, využitie relaxačných postupov s imagináciami).

Na úrovni organizmu a osobnosti sa dajú u detí využívať rovnako tieto postupy, ako aj psychoterapia zameraná na emócie, kognitívno-behaviorálna terapia (rozpoznávanie myšlienok, práca s nimi, funkčná analýza ťažkostí, učenie a reštruktúracia), psychodynamická terapia (rozpoznanie konfliktu motívov a vývinových potrieb; psychosomatické problémy vnímané ako symbolické vyjadrenie skrytých konfliktov, citov; sú ich náhradným vyjadrením).

Na úrovni osobnostnej a rodinnej (alebo sociálnej v širšom kontexte) sa môže uplatniť skupinová a individuálna psychoterapia, rodinná terapia, so zameraním na vzťahy, interakciu dieťaťa (ťažkosti môžu byť dôsledkom i účelným nástrojom na náhradné zvládanie aktuálnej situácie, ktorú dieťa nevie inak riešiť).

6. Príklad z praxe

Soňa, 9-ročná, vzdeláva sa v 3. ročníku ZŠ formou individuálneho začlenenia

Soňa, dieťa so zdravotným oslabením – máva časté teploty neurčitého pôvodu, ktoré negatívne ovplyvňujú jej výkon v škole a aj jej domácu prípravu. Intenzívnou spoluprácou rodiny s poradenským zariadením, výchovným poradcom, so školským špeciálnym pedagógom a s lekármi sa podarilo vytvoriť adekvátne podmienky na vzdelávanie a potreby žiačky.

Anamnestické údaje: Soňa pochádza z 3. fyziologickej gravidity. Rodina je úplná, Soňa má dvoch starších súrodencov, dospelých bratov. Vývin reči aj motoriky bol v norme s rýchlym nástupom reči aj chôdze. Materskú školu začala navštevovať od svojich troch rokov, na kolektív sa adaptovala bez problémov s prítomnosťou častej chorobnosti. Pred začiatkom nástupu na povinnú školskú dochádzku sa u Soničky začala prejavovať častá chorobnosť, najmä vysoká frekvencia krátkych výstupov teploty nejasného pôvodu spojených s únavou – autoinflamačné ochorenie. Teploty boli sprevádzané úzkostnou poruchou, bolesťami brucha a bolesťami hlavy.

Počas nástupu na základnú školu bol vykonaný pohovor výchovného poradcu, triednej učiteľky a školského špeciálneho pedagóga s matkou Soni pre časté absencie škole. V priebehu prvého polroka bola vykonaná diagnostika v zariadení poradenstva a prevencie s návrhom na doplnenie vyšetrenia u detského neurológa a imunológa. Po absolvovaní spomenutých vyšetrení bola žiačka na základe odporúčania zariadenia poradenstva a prevencie začlenená do bežnej triedy základnej školy.

Diagnostická fáza

Vyšetrenia boli realizované v poradni počas dvoch stretnutí, keď žiačka navštevovala prvý ročník základnej školy, použitými metódami boli: rozhovor, pozorovanie, kresba postavy, WISC – III, súbor špecifických skúšok a testov T-239, reverzný test T-1, test čítania T-202. Záver z vyšetrenia preukázal u žiačky úroveň intelektových schopností v hornom pásme priemeru a autoinflamačné ochorenie.

Poradenská fáza

V Soninom prípade sa poradenská fáza rozložila v priebehu vzdelávania na základnej škole medzi OZ v zariadení poradenstva a prevencie a výchovného poradcu na základnej škole. V poslednom školskom roku sa do poradenskej fázy začlenila aj školská špeciálna pedagogička.

Zo strany poradne boli zrealizované dve vyšetrenia počas školskej dochádzky. V prípade danej klientky prebehli poradenské fázy, pri ktorých bolo veľmi potrebné, aby sa vzájomne dopĺňali. Išlo najmä o poradenstvo zo strany CPP a samotného rešpektovania Soniných potrieb pedagógmi základnej školy.

Výchovný poradca na základnej škole plnil úlohu sprostredkovateľa medzi jednotlivými pedagógmi a rodičmi. Vypracoval v spolupráci so zariadením poradenstva a prevencie IVP pre jednotlivé školské roky. IVP je vždy aktualizovaný na základe priebežných vyšetrení a na základe osobnej komunikácie so špeciálnym pedagógom minimálne dvakrát do roka.

Veľmi dôležitou súčasťou stretnutí bola včasná intervencia v prípade, ak mala žiačka problém s väčšou absenciou v škole. Vyučovacie problémy žiačky sa riešili po telefonickej dohode, osobne, za prítomnosti triednej učiteľky a rodičov.

Terapeutická fáza

Keďže v poslednom školskom roku škola prijala školskú špeciálnu pedagogičku, terapia prebiehala hlavne formou pravidelných stretnutí zameraných na zvládanie ťažkostí v edukačnom procese. Stretnutia sa uskutočňovali pravidelne, minimálne 1-krát týždenne v kabinete školského špeciálneho pedagóga, kde sú zabezpečené podmienky na vzdelávanie žiakov so ŠVVP.

Prevenčia

Soňa počas svojej doterajšej školskej dochádzky absolvovala viacero aktivít, ktoré boli zamerané hlavne na posilnenie jej sebadôvery. Aktivity sa realizujú v základnej škole najmä formou hier počas výchovných predmetov, najmä cez triednické hodiny. Prevencia v Soninom prípade spočíva najmä v pravidelnom stretávaní sa so školským špeciálnym pedagógom a v spoločnej intenzívnej komunikácii medzi triednou učiteľkou a zákonnými zástupcami. Dieťa/žiačka pozitívne reaguje na pochvalu a pocit prijatia v školskom kolektíve zo strany spolužiakov, preto do budúcnosti je dôležité zamerať sa na túto skutočnosť pri preventívnej práci so žiakmi. V spomínanom prípade hrá veľmi dôležitú úlohu aj komunikácia s rodičmi, ktorá je v súčasnosti vplyvom pandémie covidu-19 obmedzená. Je to dôležité najmä z dôvodu častého zhoršenia zdravotného stavu v domácom prostredí, ktoré má priamy súvis s následnou prípravou žiačky na školské vyučovanie.

Multidisciplinárna spolupráca

Úspešný proces začleňovania žiačky na základnú školu s danou diagnózou musí byť podporený vzájomnou kooperáciou zúčastnených strán. Spolupráca podporená vzájomnou dôverou medzi základnou školou a zákonnými zástupcami je kľúčovou na zvládnutie krízových situácií, ktoré sa v procese vzdelávania a výchovy môžu v škole vyskytnúť.

Veľmi pozitívne je vnímaná aj spolupráca školského špeciálneho pedagóga so zariadením poradenstva a prevencie. Výchovný poradca pravidelne komunikuje so špeciálnym pedagógom, s ktorým sa pravidelne stretáva viackrát v priebehu školského roka. Multidisciplinárny prístup výchovného poradcu s ostatnými odborníkmi sa realizuje tak, ako to umožňujú personálne a časové podmienky. Zväčša sa realizuje v priestoroch školy. Na spoluprácu so žiačkou boli oslovení všetci spomenutí odborníci, čo predstavovalo zmysluplnú pomoc a do veľkej miery to uľahčovalo prácu. Všetci spomenutí odborníci boli jednotní v dosahovaní určených cieľov.

7. Literatúra

BAŠTECKÝ, J. - ŠAVLÍK, J. - ŠIMEK, J. 1993. Psychosomatická medicína. Praha: Grada, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.

BEKÉNIOVÁ, Ľ. - USTOHALOVÁ, Ť. 2015. Prvky dramaterapie v edukácii žiakov so špeciálnymi potrebami. [online]. 1. vydanie. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum v Bratislave, 2015. 68 s. ISBN 978-80-565-1061-2. [citované 2021-6-24]. Dostupné na internete: https://archiv.mpcedu.sk/sites/default/files/publikacie/t_ustohalova_l_bekeniova_prvky_dramaterapie_v_educacii_ziakov_so_specialnymi_potrebami.pdf.

BREMISOVÁ, CH. 2018. Dětská psychoterapie a poradenství. Komplexní průvodce. 1. vydanie. Praha: Triton. 2018. 526 s. ISBN 987-80-7553-510-8.

CVIKOVÁ, V. - ŠIMÚNOVÁ, E. 2009. Výskyt depresívnych a úzkostných symptómov u pacientov s diabetes mellitus. In Psychológia zdravia v praxi. [online]. Bratislava: Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava vo vydavateľstve MAURO Slovakia, s. r. o. 2009. ISBN 978-80-968092-5-7. [citované 2021-6-24]. Dostupné na internete: <https://pdffox.com/psychologia-zdravia-09-finlayout-1-pdf-free.html>.

GAJDOŠÍKOVÁ ZELEIOVÁ, J. 2008. Muzikoterapia a psychoprofylaxia: School and health. Sociální a zdravotní aspekty výchovy ke zdraví. 2008, 21(3). ISSN 1746-1561.

HARČARÍKOVÁ, T. - KOLLÁROVÁ, E. 2016. Základy pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. 1. vydanie. Bratislava: PF UK. 2016. 165 s. ISBN 978-80-89726-81-3.

KRČAHOVÁ, E. - ŠESTÁKOVÁ, S. 2012. Integrácia žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v bežnej škole. [online]. 1. vydanie. Bratislava: MPC Bratislava, 2012, s. 64. ISBN 978-80-8052-443-2. Dostupné na internete: http://is.komposyt.com/pre-odbornikov/ziak-so-svvp/preview-file/krcahova_sestakova_web-224.pdf.

LANGMEIER, J. - BALCAR, K. - ŠPITZ, J. 2000. Dětská psychoterapie. 2. vydanie. Praha: Portál, s. r. o. 2000. 395 s. ISBN 80-7178-381-1.

LANGMEIER, J. - KREJČÍŘOVÁ, D. 1998. Vývojová psychologie. 3. vydanie. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o. 1998, s. 19 – 101. ISBN 80-7169-195-X.

LECHTA, V. 2010. Základy inkluzivní pedagogiky: Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole. 1. vydanie. Praha: Portál, s. r. o. 2010, s. 236 – 249. ISBN 978-80-7367-679-7.

MRAVEC B. - BLAŽÍČEK P. 2016. Stres: od prospešných účinkov po vznik chorôb. [online]. Bratislava: Ústav experimentálnej endokrinológie SAV, Fyziologický ústav, Lekárska fakulta UK. [citované 2021-6-14]. Dostupné na internete: <https://www.unilabs.sk/casopis-invitro/stres-od-prospesnych-ucinkov-po-vznik-chorob>.

NOVOTNÁ Z. et al. 2016. Diabetes mellitus u detí v predškolskom veku ako dôležitá oblasť vzdelávania študentov stredných pedagogických škôl. [online]. Prešov: Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov, katedra ošetrovateľstva. GRANT journal. ISSN 1805-062X, 1805-0638, ETTN 072-11-00002-09-4. [citované 2021-6-1]. Dostupné na internete: <https://www.grantjournal.com/issue/0601/PDF/0601novotna.pdf>.

PILKOVÁ Ľ. V škole s diabetom. [online]. OZ diabetikinfo.sk. Dostupné na internete: <http://>

diabetikinfo.com/files/pre-vedenie-skoly.pdf.

ŘÍČAN, P. - KREJČÍŘOVÁ, D. 1997. Dětská klinická psychologie. 3. vydanie. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o. 1997, s. 57 – 88. ISBN 80-7169-512-2.

VÁGNEROVÁ, M. 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vydanie. Praha: Portál s. r. o., 2014, s. 59 – 182. ISBN 978-80-262-0696-5.

VIRÁG, Ľ. - KUŽELOVÁ, M. - MAGULOVÁ, L. - MURGAŠ, M. 2007. Retrospektívna analýza nežiaducich účinkov antiepileptickej terapie u detí a adolescentov s epilepsiou. [online]. Klinická farmakologie 21 (2). Oddelenie klinickej farmakológie, FN Nitra, Katedra farmakológie a toxikológie, FF UK Bratislava, neštátna detská neurologická ambulancia, Nitra, s. 54 – 58. [citované 2021-6-1]. Dostupné na internete: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2007/02/02.pdf>.

Zákon č. 245/2008 Z. z. Zákon o výchove a vzdelávaní (Školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

„Zdravotnícky pracovník v materskej, v základnej a v strednej škole“. Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR. [citované 2022-8-19]. Dostupné na internete: <https://www.minedu.sk/vyzva-zdravotnickyy-pracovnik-v-materskej-v-zakladnej-a-v-strednej-skole/>