



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

TENTO PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDEM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČESKÉ REPUBLIKY.

Průvodka dokumentem:

Počet úrovní nadpisů 2

Názvy stylů:

úroveň 1 styl Nadpis 1

úroveň 2 styl Nadpis 2

Znak # označuje začátek kapitoly.

Znak \$ je na začátku a na konci odlišně formátovaného textu.

Vložený komentář a popis odstraněného obrázku je umístěn mezi znaky §.

V dokumentu je na začátku automaticky vytvořený obsah.

Popisy obrázků jsou vyjádřeny slovně.

Tabulky jsou v textu pouze symetrické, vloženy mezi znaky @...&.

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou stránku odpovídá autor.

Základní bibliografické údaje:

Název: Kapitoly ze speciální pedagogiky 1

Autor: Doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Vydání: první, 2013

Ostravská univerzita v Ostravě

ISBN 978-80-7464-274-6

Studijní opora k inovovanému předmětu: Kapitoly ze speciální pedagogiky 1 (KRE/SPET1)

Recenzent: Mgr. et Mgr. Miroslava Hermanová

Další informace o textu:

Studijní opora je jedním z výstupů projektu ESF OP VK.

Číslo Prioritní osy: 7.2

Oblast podpory: 7.2.2 – Vysokoškolské vzdělávání

Příjemce: Ostravská univerzita v Ostravě

Název projektu: Podpora terciárního vzdělávání studentů se specifickými vzdělávacími potřebami na Ostravské univerzitě v Ostravě

Registrační číslo projektu: CZ.1.07/2.2.00/29.0006

Délka realizace: 6. 2. 2012 – 31. 1. 2015

Řešitel: PhDr. Mgr. Martin Kaleja, Ph.D.

Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

OBSAH:

Úvod

#1 Uvedení do speciální pedagogiky

- #1.1 Pojetí speciální pedagogiky
- #1.2 Definice postižení
- #1.3 Paradigma postižení
- #Shrnutí kapitoly – Uvedení do speciální pedagogiky

#2 Terminologický aparát

- #2.1 Základní pojmy
- #2.2 Defekt a defektivita
- #Shrnutí kapitoly – Terminologický aparát

#3 Diagnostika ve speciální pedagogice

- #3.1 Celistvost procesu diagnostiky
- #3.2 Diagnostika v jednotlivých vývojových obdobích
- #3.3 Diagnostické metody
- #3.4 Hlavní oblasti speciálněpedagogické diagnostiky
- #3.5 Základní diagnostické situace a úkoly
- #Shrnutí kapitoly – Diagnostika ve speciální pedagogice

#4 Rodina a dítě se zdravotním postižením

- #4.1 Reakce rodiny
- #4.2 Sourozenci dítěte se zdravotním postižením
- #Shrnutí kapitoly – Rodina a dítě se zdravotním postižením

#5 Poradenské služby

- #5.1 Komunikace mezi dítětem, rodinou a školou
- #5.2 Poradenské služby
- #Shrnutí kapitoly – Poradenské služby

#6 Inkluzivní vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

- #6.1 Vzdělávání žáků s tělesným postižením, dlouhodobě nemocných a zdravotně oslabených
- #6.2 Vzdělávání žáků se zrakovým postižením a těžkým zrakovým postižením
- #6.3 Vzdělávání žáků se sluchovým postižením a těžkým sluchovým postižením
- #6.4 Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností
- #6.5 Vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení
- #6.6 Vzdělávání žáků s poruchami chování
- #6.7 Vzdělávání žáků s mentálním postižením
- #6.8 Vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami
- #6.9 Vzdělávání žáků se sociálním znevýhodněním
- #Shrnutí kapitoly – Inkluzivní vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

#Literatura

Úvod

Předkládaná studijní opora má za cíl teoreticky seznámit studenty nelékařských zdravotnických bakalářských oborů se základy speciální pedagogiky. Výběr témat a jejich výklad je veden snahou usnadnit pochopení látky studentům, kteří se s danou problematikou v průběhu dosavadního studia setkávali v omezeném rozsahu. Předkládaná část je věnována obecným otázkám speciální pedagogiky.

Tato studijní opora není vědeckým typem odborného textu, jedná se o oporu studenta ve smyslu provázení studiem. Primární odborné prameny zde nejsou průběžně citovány a jsou souhrnně uvedeny na konci textu.

Po prostudování textu budete znát:

Postavení speciální pedagogiky v soustavě pedagogických věd.

Cíle speciální pedagogiky.

Mezinárodní klasifikaci postižení.

Systém poradenských služeb v ČR.

Získáte:

Základní znalosti o pojetí speciální pedagogiky v současné společnosti.

Základní informace o diagnostice školní zralosti a připravenosti pro školu.

Informace o systému poradenských služeb v ČR.

Budete schopni:

Definovat předmět speciální pedagogiky.

Vysvětlit pojem jedinec se speciálními potřebami.

Vysvětlit význam diagnostiky ve speciální pedagogice pro praxi.

Definovat jedince a organizace podílející se na rozvoji osobnosti dítěte se zdravotním postižením.

#1 Uvedení do speciální pedagogiky

V této kapitole se dozvíte:

Co je obor speciální pedagogika.

Jaké je pojetí speciální pedagogiky v současné společnosti.

Co je předmětem speciální pedagogiky.

Jaká je klasifikace speciální pedagogiky.

Co je cílem speciální pedagogiky.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit pojem speciální pedagogika.

Objasnit postavení speciální pedagogiky v současné společnosti.

Charakterizovat oblasti speciální pedagogiky podle druhu postižení.

Klíčová slova kapitoly: Speciální pedagogika, jedinec se speciálními vzdělávacími potřebami, paradigma postižení, komprehenzivní, inkluze.

Speciální pedagogika je chápána v širším smyslu jako vymezení každé speciálně zaměřené pedagogiky (například podle věku, předmětu) vzhledem k pedagogice obecně. V užším smyslu je pojímána jako věda o zákonitostech speciální výchovy a speciálního vzdělávání jedince, který z důvodu znevýhodnění vyžaduje zvláštní, tedy speciální přístup při vzdělávání a speciální podporu při pracovním a společenském uplatnění.

#1.1 Pojetí speciální pedagogiky

Speciální pedagogika má jasné cíle vycházející z principu humanismu, což je uznání hodnoty a svébytnosti každého člověka, i toho, který se nějakým způsobem odlišuje od normy definované průměrem. Vycházejí z práv lidí s postižením na rozvoj a respektování jejich osobnosti, na vzdělání, které zajišťuje jejich optimální rozvoj, a na vhodné pracovní uplatnění.

Pro označení odlišnosti se v současné době používají termíny jedinec s postižením, znevýhodnění, v období školního vzdělávání se setkáme s pojmem dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. Speciální vzdělávací potřeby se vztahují k jedinci, kterému má být poskytnuta podpora, a k prostředí, které tuto podporu poskytuje. Ve školském zákoně č.

561/2004 Sb. je pojem dítě či žák se speciálními vzdělávacími potřebami definován jako dítě či žák se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním, sociálním znevýhodněním a dítě či žák nadaný a mimořádně nadaný.

V soustavě pedagogických věd je speciální pedagogika vědním oborem, který je těsně spjatý s obecnou pedagogikou a didaktikou, úzké vazby má s psychologií, patopsychologií a psychopatologií, sociální psychologií, sociologií a sociální patologií.

Pojem speciální pedagogika se postupně v historii měnil a specifikoval. U nás se ustálil od 70. let 20. století pro označení teoretických problémů i praktického výchovného působení na jedince s postižením. V celém světě není dosud pojmenování tohoto vědního oboru jednotné, po obsahové stránce jsou však přístupy odborníků blízké. Ve vývoji názvu speciální pedagogiky se u nás můžeme setkat s termíny, jako je pedopatologie, duševně úchylné děti, léčebná pedagogika, nápravná pedagogika, defektologie. Termín speciální pedagogika, který se posléze prosadil v řadě zemí, užil poprvé v roce 1957 brněnský pedagog RNDr. Bohumír Justyn Popelář. Od roku 1973 začal termín speciální pedagogiky užívat významný český speciální pedagog, zakladatel české logopedie, foniatr profesor Miloš Sovák.

Podle druhu postižení vyžadují jednotlivé kategorie dětí i dospělých specifické formy výchovy, vzdělávání a pomoci při socializaci. Z tohoto pohledu se speciální pedagogika původně členila na šest oborů – jejich označení má svůj původ v Sovákově systému speciální pedagogiky. V zahraničí se používá termín pedagogika se zaměřením na příslušný druh postižení.

Dělení podle jednotlivých druhů postižení dle Sováka:

Psychopedie – (speciální) pedagogika osob s mentálním postižením.

Somatopedie – (speciální) pedagogika osob s tělesným postižením, s chronickým a dlouhodobým onemocněním.

Logopedie – (speciální) pedagogika osob s narušenou komunikační schopností.

Surdopedie – (speciální) pedagogika osob se sluchovým postižením.

Tyflo- nebo oftalmopedie – (speciální) pedagogika osob se zrakovým postižením.

Etopedie – (speciální) pedagogika osob s poruchami chování.

K původní Sovákově klasifikaci přiřazujeme v současné době dvě nové disciplíny: kombinované postižení – (speciální) pedagogika osob se souběžným postižením více vadami; specifické poruchy učení nebo chování.

Souhrn všech oborů speciální pedagogiky, pedagogiky všech skupin handicapovaných podmiňované nejenom hlediskem druhu a stupně, ale i věku postižených se označuje v odborné literatuře termínem komprehenzivní (ucelená) speciální pedagogika ve smyslu obsáhlosti, propojení řady disciplín, ucelenosti, komplexnosti a obecnosti pojetí.

Speciálněpedagogické metody se zaměřují na překonávání a zmírňování následků postižení – na reedukaci, kompenzaci a rehabilitaci.

Reedukační postupy zlepšují nedostatečně rozvinuté funkce.

Metodami kompenzace se zdokonaluje výkonnost jiných než postižených funkcí.

Rehabilitační postupy se chápou nejen ve významu znovuuzpůsobení (rehabilitace), ale zejména ve významu uzpůsobení (habilitace). Využívají se s cílem odstranit následky postižení a dosáhnout socializace osoby s postižením.

Se změnami ve společnosti se prohlubuje snaha o inkluzi jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami do škol, školských zařízení a do společnosti. Pojmy se přebírají z angloamerické jazykové oblasti, inkluze znamená začlenění. Pozice úplné inkluze se však ani v pedagogice anglosaských zemí plošně neujala a tak vznikla a v současné době se spíše používá její varianta nazývaná responsible unclusion (uvážlivé začlenění), která znamená využívání kontinua integrativních podpůrných procesů podle aktuální potřeby příslušného jedince. V současné době se v pedagogice používají pojmy inkluze – integrace spíše synonymně. V souvislosti s potřebou realizovat optimální integraci pro každého žáka se speciálními vzdělávacími potřebami v praxi se v poslední době prosazuje pojem integrativní (speciální) pedagogika nebo inkluzivní pedagogika. Současné pojetí speciální pedagogiky se zabývá problematikou jedince se znevýhodněním od jeho narození až po stáří, tedy obdobím raného a předškolního věku, obdobím školního věku, adolescence, dospělosti a stáří.

#1.2 Definice postižení

Za jedince s postižením ve smyslu pedagogickém se považují všechny děti, mladí lidé a dospělí, kteří jsou v učení, sociálním chování, v komunikaci a řeči nebo v psychomotorických schopnostech tak omezeni, že jejich spoluúčast na životě ve společnosti je podstatně ztížena. Proto vyžadují speciálněpedagogickou podporu. Jednotlivé druhy postižení mají svoje východisko v omezení zraku, sluchu, řeči, podpůrných a pohybových funkcí, inteligence, emocionality, která se projevují klinickým obrazem nebo určitým chronickým onemocněním. Častým případem jsou kombinace postižení.

Členění fenoménu omezení podle oblastí poškození:

Sociální (komunikační) omezení:

Vady řeči.

Poruchy chování.

Mentální omezení:

Mentální postižení.

Lehké mentální postižení (poruchy učení).

Smyslové omezení:

Sluchové postižení – těžká nedoslýchavost, hluchota.

Zrakové postižení –slabozrakost, slepota.

Tělesné omezení:

Tělesné postižení bez mentálního postižení, schopný chůze, neschopný chůze.

Tělesné postižení s přidruženým mentálním postižením, schopný chůze, neschopný chůze.

#1.3 Paradigma postižení

Ve světě i u nás v posledních letech se stále více dostávají do popředí diskuse o rozdílném chápání termínu postižení. Základem speciální pedagogiky v různých zemích je rozdílné pojetí postižení, které určuje specifické školní a integrativní snahy. V analýze OECD (1994) jsou vyjmenována čtyři paradigmatata, popsána jako model:

medicínský;

sociálně patologický;

prostředí;

antropologický.

Medicínský model vychází z biologicko-organických nebo funkčních příčin, což vede k medicínsky orientované péči. Cílem je překonání a léčba postižení. Speciálně pedagogická opatření, podpůrné vyučování a různé speciální terapie se provádí ve zvláštních zařízeních. Integrace znamená přijetí do běžné školy po předchozím vyřazení ze zvláštní školy. Toto pojetí nepožaduje změnu školského systému, nýbrž spočívá v přizpůsobení se žáka stávající struktuře.

Podle modelu sociálně patologického nejsou příčiny integračních obtíží biologické, nýbrž sociální povahy. V centru stojí otázka socializace a diskriminace podmíněná postižením. Postižení jsou v tomto smyslu sociálně nepřizpůsobiví a musí se pomocí speciální terapie adaptovat a normalizovat.

V případě modelu prostředí jde o otázku, jak se má škola změnit ve prospěch postižených žáků. Tomu odpovídá školská reforma, která uvnitř vlastního rámce kurikula poskytuje diferencované nabídky všem žákům podle jejich vzdělávacích potřeb. To vyžaduje optimální materiální a personální vybavení, stejně jako vytvoření sítě speciálních a základních škol. Přednost tohoto modelu spočívá především v mimoškolní oblasti, tzn. v oblasti sociální. Flexibilní částečná integrace se zde považuje za dobrý kompromis.

U antropologického modelu nejde v první řadě o zlepšení prostředí, nabídek a vybavení, ale o lepší interpersonální interakci. Nejde také jen o to, že postižení by se měli naučit zacházet a žít se svým postižením, nýbrž o respektování jejich identity a jedinečnosti včetně jejich postižení. Důležité je realistické ohodnocení situace postižených. V protikladu k tradičním vyučovacím metodám znamená podpora a učení odhalení vlastní osobnosti se zdůrazněním interakce. Podle tohoto pojetí respektuje reformovaná škola všechny žáky, stejně jako diferencované nabídky dané individuálními potřebami.

V každé zemi existuje více pojetí termínu postižení a podpory postižení. Přesto můžeme konstatovat, že bylo nalezeno významné paradigma změn. Postižení se stále méně považuje za neměnný stav individua, které vyžaduje stálou nabídku opatření, odvozenou od většiny.

#Shrnutí kapitoly – Uvedení do speciální pedagogiky

Speciální pedagogika je jednou z významných pedagogických disciplín. Lze ji definovat jako vědu o zákonitostech speciální výchovy, speciálního vzdělávání, pracovního a společenského uplatnění jedince, který trpí zdravotním či sociálním znevýhodněním a vyžaduje proto zvláštní, tedy speciální přístup. Termín speciální pedagogika se u nás ustálil v 70. letech 20. století a věda od této doby prošla dlouhou cestu vývojových změn. Od roku 1973 začal termín speciální pedagogika oficiálně užívat významný český speciální pedagog Miloš Sovák. Speciální pedagogika se dělí dle jednotlivých druhů postižení a má přesně definovaný předmět studia.

Kontrolní otázky a úkoly:

Charakterizujte obor speciální pedagogika.

Uveďte klasifikaci speciální pedagogiky.

Co je cílem speciální pedagogiky.

Jaký má speciální pedagogika vztah k jiným vědám.

Otázky k zamyšlení:

Jakou úlohu sehrává speciální pedagogika v současné společnosti?

Citovaná a doporučená literatura

Hájková, V. Integrativní pedagogika. Praha: IPPPČR, 2005. ISBN 80-86856-05-4.

Kysučan, J., Kuja, J. Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky. Olomouc: UP, 1996. ISBN 80-7067-677-9.

Pipeková, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

Renotiérová, M., Ludíková, L. Speciální pedagogika. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-2440873-2.

Vítek, J., Vítková, M. Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví. In: Vítková, M. (ed) Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-163-8.

Vítková, M. (ed) Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-07-1.

#2 Terminologický aparát

V této kapitole se dozvíte:

Co znamená pojem zdravotní omezení.

Kdo je jedinec se specifickými potřebami.

Co označuje termín defekt.

Co označujeme termínem defektivita.

Jaká je mezinárodní klasifikace postižení.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit základní terminologické pojmy speciální pedagogiky.

Objasnit důvody změn v mezinárodní klasifikaci postižení.

Charakterizovat pojem zdravotní omezení.

Klíčová slova kapitoly: Defekt, defektivita, jedinec se specifickými potřebami, poškození, aktivita, participace.

Zdravotní omezení, která jsme si zvykli označovat jako postižení, provázejí lidstvo od samého počátku jeho existence a přes veškeré úsilí budou existovat ve společnosti i nadále.

#2.1 Základní pojmy

Zdravotní omezení, tato skutečnost prostupující každou společností je akčním polem, na němž se řeší složitý vztah k osobám slabším, nemocným, postiženým, kteří jsou v postavení minoritním. V této minoritě byli nejviditelnější právě osoby s postižením, což vyplývalo z jejich rozdílnosti od ostatních po fyzické stránce a mentální úrovni, ve způsobech komunikace a chování a vůbec v celkovém zjevu. Na člověku s postižením to vše bylo nějak vidět a zpravidla byl i omezen v životních možnostech, které se v daném sociokulturním prostředí a v dané době považovaly za normální. Ať byli tito lidé ze společnosti sebevíc vytlačováni a žili jakoby mimo ni, byli vždy její součástí.

K definici postižení se přiřazuje aspekt personální, sociální a ekologický. Co se nezmění, je to, že postižení bude vždy obsahovat osobní dimenzi. I když uvažujeme o postižení jako o výsledku poškození spíše ve smyslu sociálního vyřazování, je osoba označená jako postižená postavená před úkol naučit se zacházet s postižením a s jeho následky. Nakonec se vždy klade otázka, jaký subjektivní význam má postižení pro handicapovaného člověka (personální aspekt postižení).

V dnešní době se pojem postižený člověk stále více nahrazuje jinými termíny jako osoba s postižením, **jedinec se speciálními potřebami**, a to z několika důvodů. Především nastal posun ve formálně-právním posuzování postavení osob s postižením. Osoby s postižením nejsou pouze předmětem začleňování do společnosti, ale přispívají k její rozrůzněnosti. Jedinci s postižením nejsou jiní, mají pouze v různých fázích svého života své specifické potřeby.

Obsah pojmu postižený se rozšířil. Způsob uvažování o tomto pojmu se vyvíjel již od roku 1980, kdy se jím zabývala Světová zdravotnická organizace (WHO). V mezinárodní klasifikaci postižení z roku 1980 jsou uvedeny termíny: poškození, omezení, postižení.

Výhoda této diferenciaci spočívá především v oddělení těchto tří dílčích procesů. Existující poškození tělesného, smyslového nebo mentálního druhu u jednoho člověka nemusí nutně vést k omezení všech jeho schopností a dovedností. A když omezení způsobí zúžení kompetencí, pak to ještě nutně nemusí znamenat, že následkem bude postižení ve smyslu sociálního znevýhodnění čili handicapu. S tím je současně spojeno oddělení mezi

individuálním poškozením (ve smyslu deficitu nebo nedostatku) a postižením, které z něho vzniklo (ve smyslu sociálních následků poškození). Postižení je v tomto klasifikačním modelu WHO už sociální kategorií. Používání pojmu postižení se však v průběhu posledních dvaceti let nezměnilo. Jako dříve, tak i nyní se používá pojem postižení jako osobní znak a dokonce je často spojován s pojmem nemoc. Osoby bez postižení jsou naproti tomu právě z medicínské stránky často označovány jako zdraví. Toto srovnání postižení a nemoci by mělo být podle doporučení WHO už přes dvacet let vyloučeno. V roce 1997 upravila WHO vlastní pojmový aparát používaný od roku 1980 a nahradila pojmy poškození, omezení a postižení pojmy poškození, aktivita a participace. Nový přístup ke klasifikaci WHO směřuje podstatně více k umožnění samostatnějšího života osob s poškozením při rozsáhlé společenské integraci. K tomu je rovněž potřeba, aby se bral v úvahu celý kontext individuálního životního prostředí. Společenská integrace tak směřuje k perspektivním cílům jakýchkoliv pedagogických snah u osoby s vyrovnáním se s postižením. Tak se stal pojem postižení definitivně relativní kategorií, kterou lze přesně chápat jen v závislosti na personálních, sociálních a ekologických zdrojích člověka.

@Tabulka - Mezinárodní klasifikace postižení – obsahuje tři sloupce a čtyři řádky, popisuje vývoj ve změně termínu postižení:

Znění 1980	Termín	Znění 1998
Impairment	Poškození: tělesná (medicínská) rovina (organické, mentální, psychické)	Impairment
Disability	Schopnosti (omezení) + aktivity....možnosti: personální (psychologicko- pedagogická rovina)	Activity
Handicap	Postižení/znevýhodnění Spoluúčast: sociální (sociologická) rovina	Participation

&

#2.2 Defekt a defektivita

Defekt (z lat. defectus = úbytek) – defektem (vadou) rozumíme ztrátu nebo poškození v anatomické stavbě organismu a poruchy ve funkcích organismu. Příčinami defektů jsou úrazy, onemocnění i dědičnost. Defekty se projevují jako anomálie vzhledu a výkonnosti. Příčiny defektů jsou většinou zjevné.

Dělení defektu z hlediska vzniku:

Vrozený – dědičný:

v období prenatálním;

v období perinatálním;

v období postnatálním.

Získaný během celého života.

Dělení defektu dle místa postižení:

Orgánové – postihují orgány nebo jejich části. Nejčastější příčinou je vývojová vada (anomálie, vývojové defekty CNS, končetin, rozštěpy patra, páteře, úplné chybění orgánu), následek nemoci (srdeční vada, obrna, chronická změna tkáně), poúrazový stav (deformace orgánů, amputace).

Funkční – znamenají poruchu funkce orgánu, aniž by byla poškozena jeho tkáň. Příčinou funkčních defektů jsou nejvíce poruchy v sociálních vztazích osob (vliv prostředí, výchovy, mezilidských vztahů). Například orgánové neurózy, psychoneurózy. Řadíme sem i poruchy chování.

Dělení defektu dle druhu:

Tělesné:

Vady pohybového aparátu, centrální a periferní obrny, deformace a amputace končetin.

Chronická onemocnění, srdeční choroby, alergie, astma, epilepsie, cukrovka.

Zrakové: vady refrakce, barvoslepost, šeroslepost, šilhavost, tupozrakost, slabozrakost, slepota.

Sluchové: nedoslýchavost, hluchota, ohluchlost.

Poruchy v oblasti komunikačních schopností: poruchy vývoje řeči, poruchy výslovnosti, plynulosti řeči, rezonance, poruchy v důsledku poškození CNS, poruchy sociálního užití řeči psychotické i neurotické povahy, symptomatické a kombinované vady řeči.

Mentální vady: vrozená mentální retardace (oligofrenie), získaná mentální retardace (demence), pseudooligofrenie (zdánlivá mentální retardace), stařecká demence.

Vady v oblasti poruch chování: asociální, antisociální chování.

Kombinované, sdružené vady: postižení dvěma nebo více vadami.

Parciální postižení: specifické vývojové poruchy učení, lehké mozkové dysfunkce, leváctví, poruchy školní přizpůsobivosti.

U defektu je nutno hodnotit:

příčinu vzniku – defekt je dědičný, vrozený, získaný;

věk osoby v době vzniku defektu;

délku trvání defektu.

Dělení defektu podle hloubky postižení:

lehký defekt – nehrozí bezprostřední nebezpečí narušení vztahu ke společnosti;

střední defekt – hrozí nebo se již vyvinula porucha společenských vztahů;

těžký defekt – porucha postihuje jedince ztrátou sociálních vztahů.

Přestává-li být defekt záležitostí osobní a stává se záležitostí společnosti, tj. nabývá sociální dimenze, hovoříme o tom, že se člověk stává defektním, je stížen defektivitou.

Defektivita je důsledkem defektu, který se projevuje poruchami ve funkční a psychické výkonnosti, poruchami ve vztahu k sobě a prostředí. Defektivita má výrazně psychosociální dimenze. Příčinou defektivity je nevhodná reakce prostředí na defekt. Defektivita je tedy porucha celistvosti člověka v důsledku defektu, porucha defektního jedince ke společnosti, ke vzdělávání, výchově, práci.

Charakteristické znaky defektivity:

multifaktorový a multidimenzionální charakter;

nemusí být přímo úměrná stupni defektu;

má specifické znaky z hlediska druhu defektu;

má dynamický charakter, až do možnosti překonatelnosti defektivity.

K vnějším příznakům defektivity patří:

změny v učení a chování;

změny v pracovních aktivitách;
změny ve společenských aktivitách;
změny v zaměření osobnosti a motivaci;
změny v potřebách a hodnotovém systému.

Defektivita není stav trvalý, je odstranitelná, a proto je předmětem speciální výchovy a vzdělávání a sociální rehabilitace.

Cílem speciální pedagogiky je maximální rozvoj osobnosti jedince s postižením nebo znevýhodněného jedince a dosažení maximálního stupně socializace. Socializací se rozumí schopnost jedince zapojit se do společnosti, formovat k ní pozitivní vztahy, vztahy ke vzdělání, k práci. Stupně socializace čili míru zapojení znevýhodněných osob se pokusil zformulovat Miloš Sovák (významný český speciální pedagog) takto:

Integrace – úplné zapojení a splynutí znevýhodněného jedince společnosti.

Adaptace – přizpůsobení se znevýhodněného jedince společenskému prostředí za určitých podmínek. Je nutné vycházet z individuálních vlastností, schopností a potřeb takového jedince.

Utilita – sociální upotřebitelnost znevýhodněného jedince, možnosti rozvoje jsou omezené, pracovní a společenské uplatnění pod dohledem jiných osob.

Inferiorita – sociální nepoužitelnost, segregace jedince, nevytvoření či ztráta sociálních vztahů.

Integrace – podle míry zapojení znevýhodněného jedince je to nejvyšší stupeň socializace, tj. totální splynutí se zdravou společností. Jesenský definuje integraci jako spolužití postižených a nepostižených při přijatelné nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin. WHO definuje integraci jako sociální rehabilitaci, schopnost příslušné osoby podílet se na obvyklých společenských vztazích. Integrace je tedy stav, kdy se zdravotně postižený jedinec vyrovnal se svou vadou, žije a spolupracuje s nepostiženými, prokazuje výkony a vytváří hodnoty, které společnost intaktních uznává jako rovnocenné, společensky významné a potřebné.

Opakem integrace je **segregace**, což znamená stav, kdy postižený je ze společnosti vyčleněn nebo se sám ze společnosti díky svému defektu vyčleňuje.

Integrované vzdělávání je pojem, který se používá pro plné sociální včlenění zdravotně postižených žáků do běžných škol při požadavku je i nadále chápat jako jedince se speciálními vzdělávacími potřebami. V České republice došlo k zásadním změnám v této

oblasti až po roce 1990 úpravou právních norem, které umožňují integrované vzdělávání žákům se specifickými vzdělávacími potřebami.

I v oboru speciální pedagogiky existují **metody prevence**:

Primární – předcházení vzniku defektu orgánového i funkčního.

Sekundární – má za úkol zabránit nepříznivému vývoji u vzniklého defektu nebo defektivitu.

Terciární – následná péče, není řešena na úseku školství, etopedická problematika.

#Shrnutí kapitoly – Terminologický aparát

Základní terminologické pojmy speciální pedagogiky se vyvíjely dlouhou dobu a byly ovlivňovány územím, kde byly používány. Svou úlohu zde sehrála i WHO, která se pokusila o nový přístup ke klasifikaci základních pojmů.

Kontrolní otázky a úkoly:

Uveďte základní terminologické pojmy sociální pedagogiky.

Na jaké úrovni může probíhat socializace jedince s postižením do společnosti?

Citovaná a doporučená literatura

Jasenský, J. Prostor pro integraci. Praha: Comenia Konsult, 1993.

Kysučan, J., Kuja, J. Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky. Olomouc: UP, 1996. ISBN 80-7067-677-9.

Renotierová, M., Ludíková, L. Speciální pedagogika. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-2440873-2.

Pipeková, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-196-0.

Vítková, M. Integrativní speciální pedagogika. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

#3 Diagnostika ve speciální pedagogice

V této kapitole se dozvíte:

Jakou roli sehraává diagnostika ve speciální pedagogice.

Co ve speciální pedagogice znamená termín diagnóza, diagnostika.

Jak je členěna diagnostika dle základních kritérií.

Jaký má diagnostika význam pro speciálně-pedagogickou praxi, jaké jsou její úkoly, oblasti sledování, metody práce.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit pojem diagnostika.

Objasnit členění diagnostiky podle základních kritérií.

Charakterizovat hlavní oblasti speciálně-pedagogické diagnostiky.

Klíčová slova kapitoly: Diagnostika, diagnóza, diagnostické metody, normalizace, reliabilita, validita.

Diagnostika v obecné rovině je poznávacím procesem, jehož cílem je co nejdokonalejší poznání daného objektu našeho zájmu, a to všech jeho důležitých znaků a charakteristik a jejich vzájemných vztahů a souvislostí. Výsledkem tohoto poznání je diagnóza. V oboru speciální pedagogiky se diagnostika týká jedince se zdravotním znevýhodněním nebo zdravotním postižením, jeho osobnosti, možností jeho výchovy a vzdělávání. Tím se stává důležitým východiskem další odborné péče o tohoto jedince, a tak má vlastně i nepřímý vliv na možnost jeho uplatnění ve společnosti a na kvalitu jeho dalšího života. Diagnostika ve speciální pedagogice se zabývá průběhem dosavadního vývoje jedince a snaží se zjistit příčiny možných vývojových odchylek s ohledem na další rozvoj jeho osobnosti a uplatnění.

#3.1 Celistvost procesu diagnostiky

Diagnostika ve speciální pedagogice je chápána v různých kontextech. Pokud chceme hovořit o tzv. speciálněpedagogické diagnostice, máme spíše na mysli užší vymezení, které se týká té části diagnostiky, kterou provádí přímo speciální pedagog. Jinak je asi lépe hovořit o diagnostice ve speciální pedagogice, což je širší vymezení, které zahrnuje celkovou, komplexní diagnostiku – lékařskou, psychologickou, sociální a speciálněpedagogickou.

Lékařská diagnostika ve speciální pedagogice má většinou primární postavení, protože odborný lékař na základě svého vyšetření stanoví druh a závažnost zdravotního postižení a

současně navrhne léčebný postup. Lékařská diagnostika se tedy zabývá patologií. Na základě diagnostiky je navržena terapie, která sleduje úplné vyléčení pacienta, nebo aspoň úpravu zdravotního stavu tak, aby byl slučitelný se životem za předpokladu, že daný jedinec bude dodržovat určitá pravidla ve svém dalším životě. Z hlediska pacienta to znamená určitá, do jeho způsobu života různě zasahující omezení (stimulační, pohybová, sociální, trvalá medikace). Cílem je uzdravení nebo zlepšení či zamezení zhoršení zdravotního stavu. Tato oblast diagnostiky však zpravidla neřeší další životní oblasti člověka.

Psychodiagnostika (psychologická část diagnostiky ve speciální pedagogice) se zaměřuje na stanovení diagnózy s ohledem na určení stupně vývoje, zjištění příčin odchylek vývoje od věkové normy, zjištění individuálních zvláštností osobnosti, stanovení prognózy. Diagnostický přístup je zde kromě patologie zaměřen i na zjištění normálních charakteristik jednotlivých psychických složek osobnosti. Psycholog se v rámci diagnostiky zaměřuje na psychické vlastnosti, procesy a stavy včetně postoje k vlastnímu zdravotnímu postižení a na kvalitu a formu interakce mezi daným jedincem s postižením a jeho sociálním prostředím.

Sociální diagnostika je součástí komplexní diagnostiky ve speciální pedagogice a zaměřuje se zejména na údaje týkající se rodinné a osobní anamnézy, funkčnosti rodiny (případně náhradní rodinné péče, instituce), sociálních vztahů v rámci užšího sociálního prostředí (rodina, přátelé, spolupracovníci), sociálních vztahů se širším sociálním prostředím (škola, zaměstnání, spolky). Cílem sociální diagnostiky ve speciální pedagogice je zhodnocení a posouzení vlivů sociálního prostředí na utváření osobnosti jedince se zdravotním postižením.

Speciálněpedagogická část diagnostiky je zaměřena na zjištění úrovně vycvovenosti a vzdělanosti daného jedince s postižením s ohledem na možnosti jeho dalšího vzdělávání. Sleduje kompetence, které jsou u jedince s postižením v důsledku jeho vady omezeny a modifikovány, ale stejně tak se zabývá i těmi dovednostmi, které zůstaly nenarušeny. Sleduje úroveň a schopnosti jedince v oblasti motoriky, grafomotoriky, kresby, laterality, sebeobsluhy, zaměřuje se na komunikační schopnosti a jejich narušení, hodnotí úroveň rozumových schopností ve vztahu k možnostem vzdělávání, k profesní orientaci a možnostem uplatnění jedince na trhu práce, všímá si citové a sociální oblasti osobnosti, která je významná z hlediska jejich vztahů s prostředím. Schopnosti, které nejsou vadou negativně ovlivněny, se stávají významným východiskem při koncipování a vytváření konkrétního stimulačního

programu, individuálního vzdělávacího plánu a veškeré speciální podpory, které se člověku s postižením v rámci speciálněpedagogické péče dostává.

Členění diagnostiky

Podle sledovaných cílů:

globální (celková);

parciální (částečná).

Globální je zaměřena na celou osobnost vzhledem k výchovnému a vzdělávacímu procesu jako celku. Parciální se zaměřuje jen na určité aktuální projevy. Například po zjištění celkové úrovně schopností daného jedince se po určité době, kdy rozvíjíme jemnou motoriku, přesvědčujeme formou parciální diagnostiky o pokroku v této oblasti a podle zjištěných skutečností dále upravujeme rozsah a obsahovou náplň stimulačního programu.

Podle etiologie (příčiny) postižení:

kauzální – příčina postižení je známa;

symptomatická – vychází jen z příznaků jedince, když není známa příčina.

Z časového hlediska:

vstupní – v období prvního vyšetření a převzetí jedince do péče;

průběžná – během celkové doby péče, v době pobytu jedince v zařízení;

výstupní – při ukončení péče a přerazování jedince do péče dalšího odborníka či instituce.

Podle druhu postižení:

somatopedická – zabývá se tělesným postižením a zdravotním oslabením;

psychopedická – zabývá se mentální retardací;

surdopedická – zkoumá poruchy a postižení sluchu;

logopedická – zkoumá narušené komunikační schopnosti;

oftalmopedická – zkoumá poruchy a postižení zraku;

etopedická – zkoumá poruchy chování;

diagnostika specifických poruch učení a parciálních nedostatků;

diagnostika vícečetných postižení, kombinované vady.

Podle věku:

raného a předškolního věku;

školního věku;

dospělosti;

stáří.

Každé vývojové období má svá specifika, která je nutno mít na paměti při provádění diagnostiky a kromě toho je vždy nutno dávat tyto zvláštnosti do vzájemného vztahu a souvislosti s konkrétním typem a závažností zdravotního postižení a individuální charakteristikou dané osobnosti.

Diferenciální diagnostika vychází z příznaků, které jsou obecnější povahy, a proto jednoznačně neurčují konkrétní postižení. V průběhu diagnostického procesu je proto nutno postupně vylučovat na základě výsledků různých vyšetření ty vady, které dotyčné příznaky nezpůsobují, a najít postižení, které je za ně odpovědno (například odlišení hluchoty od mentální retardace v případě, že dítě nemluví, nebo mentální retardace od autismu).

Význam diagnostiky pro praxi speciální pedagogiky

Diagnostika ve speciální pedagogice má charakter komplexního poznávacího procesu, na kterém se podílí řada odborníků profesí důležitých pro poznání jedince s postižením. Nejčastěji se jedná o lékaře různých odborností a specializací (například neurologie, rehabilitace, oftalmologie), klinické a poradenské psychology, sociální pracovníky a speciální pedagogy různého zaměření v rámci oborů speciální pedagogiky. Diagnostika je tedy nezbytným předpokladem následné podpory a intervence, která je v konkrétní podobě nabídnuta danému klientovi. V tomto smyslu má diagnostika vztah i k prognóze daného jedince, tedy odhadu jeho možností do budoucna, zejména v oblasti výchovy a vzdělávání.

Vzhledem k tomu, že vývoj člověka je dynamickým procesem, je nutno pohlížet na diagnózu jako na něco, co se mění v čase. Z hlediska dalšího vývoje jedince s postižením je třeba zdůraznit zejména požadavek včasnosti diagnostiky. To je důležité zejména u vrozených a raně získaných postižení, kde je vážné riziko z prodlení a tím pádem i nebezpečí stagnace či opoždění psychického vývoje. Za všechny lze uvést příklad sluchových vad, kdy na včasnosti jejich odhalení přímo závisí možnosti komunikace dítěte s prostředím a tím i možnost jeho dalšího vývoje a vzdělání.

V praxi dochází často k prolínání procesu diagnostiky a reedukace, kdy na základě diagnózy je poskytována speciální podpora a v jejím průběhu dochází nejen k reedukaci narušených funkcí, ale současně i ke zpřesňování našich diagnostických poznatků. Proto se někdy hovoří o tzv. podpůrné diagnostice.

Průběžná forma diagnostiky se uplatňuje v péči o jedince se zdravotním postižením prakticky celý život a na ni navazuje konkrétní forma podpory a péče o daného klienta. Tak se v praxi význam diagnostiky ozřejmuje všude tam, kde pracujeme s člověkem s postižením či zdravotním znevýhodněním. Mezi nejdůležitější oblasti speciálněpedagogické praxe

z hlediska vrozených a raně získaných postižení patří využití diagnostiky při zahájení povinné školní docházky, v oblasti výchovy, vzdělávání a zájmových aktivit dítěte, v poradenství a při volbě povolání. U vad získaných v průběhu života je to význam diagnostiky v procesu rekvalifikace a resocializace jedince, u starších lidí pak diagnostika jako předpoklad správně zaměřené péče a podpory u lidí s demencí, s následky cévních mozkových příhod apod., kdy je důležité se zaměřit hlavně na celkovou pohyblivost pacienta, jeho soběstačnost a schopnost komunikace.

#3.2 Diagnostika v jednotlivých vývojových obdobích

Z hlediska jednotlivých životních období se může diagnostika postižení týkat raného a předškolního věku, období školní docházky včetně dospívání, dospělosti, stáří. Každé období má svá zvláštnosti, jež je nutno v diagnostickém procesu respektovat.

Raný a předškolní věk

V tomto období je nejdůležitějším úkolem včasné zachycení poruchy a zahájení speciálněpedagogické péče, která minimalizuje negativní důsledky základního typu postižení, kterými bývá právě retardace neuropsychického vývoje. Speciální péče o dítě v tomto věku musí probíhat uceleně, tedy s účastí zdravotnické, rehabilitační, výchovně-vzdělávací a sociální složky. Vždy by se mělo jednat o komplexní přístup pracovníků různých oborů. Důležité je realizovat diagnostiku v přirozeném prostředí dítěte, a to spíše nenápadně, bez zbytečného zdůrazňování významu jednotlivých vyšetření pro dítě. Je třeba, aby požadavky kladené na dítě v rámci vyšetření byly v souladu s jeho mentálním věkem, který nemusí být vždy shodný s věkem fyziologickým. Z hlediska diagnostiky ve smyslu správného vyhodnocení a interpretace získaných výsledků je nezbytné, aby se dotyčný odborník dobře orientoval v oblasti psychického vývoje tohoto období a dokázal tak projevy daného dítěte srovnat s příslušnou věkovou normou. V rámci diagnostiky se zaměřuje na oblasti hrubé a jemné motoriky, laterality, sebeobslužné činnosti, rozumové schopnosti, komunikační schopnost, oblast citového a socializačního vývoje. Důležité je také podrobné studium anamnestických materiálů a dobrá znalost rodinného prostředí dítěte. Vždy je třeba zachovávat individuální přístup k dítěti. Stanovení prognózy dalšího vývoje a variability projevů základního postižení vychází přímo ze speciálněpedagogické diagnostiky, která by měla splňovat požadavek dlouhodobosti, abychom mohli dítě dobře poznat a na základě toho stanovit optimální způsob intervence, který by byl na konci předškolního období završen odpovídajícím zařazením dítěte do základní povinné školní docházky.

Školní věk a dospívání

Diagnostika tohoto vývojového období navazuje na diagnostický proces raného a předškolního věku. Období školního věku začíná vstupem dítěte do školy, tedy v rozmezí 6 – 7 let věku (v případě těžkých forem zdravotního postižení je možno zahájit edukaci až v 8 letech) a končí přibližně v 15 – 16 letech. Specifika diagnostiky v tomto období vyplývají hlavně z procesu edukace a souvisí se školní úspěšností, respektive neúspěšností žáka. Mezi hlavní diagnostické oblasti patří diagnostika specifických poruch učení, jejichž problematika a vliv na úspěšnost žáka se obvykle projeví v průběhu první či druhé třídy základní školy. Zpravidla již dříve, většinou koncem předškolního věku se u dětí projevují určité nedostatky ve vývoji funkcí, které mají klíčový význam pro pozdější úspěšné osvojování trivie (čtení, psaní, počítání). Pokud tyto funkce dostatečně nedozrají, mohou přerůst problémy po zahájení školní docházky do specifických poruch učení. Diagnostika těchto poruch se realizuje na odborném pracovišti (pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum). Je to však nejčastěji pedagog na základní škole, kdo jako první upozorní na problémy žáka a doporučí odborné vyšetření.

Další důležitou diagnostickou oblastí tohoto období je problematika žáků se syndromem ADHD. Tato oblast v praxi často souvisí se specifickými poruchami učení. Problémy žáků komplikují jejich přiměřenou adaptaci na školní prostředí, zařazení do vrstevnické skupiny spolužáků, přiměřené uplatnění ve skupině i jejich školní výkon. Nastává zde riziko, že při nepochopení a nevhodném přístupu ze strany školy i rodiny přerostou tyto projevy do poruch chování. Žák může být ve škole neúspěšný i z důvodu snížených intelektových schopností. Tyto děti mívají problémy v oblasti koncentrace pozornosti, nižší výkon ve čtení a počítání. V současné době by neměl být problém nabídnout takovému žákovi odpovídající vzdělávací program.

Jedním z hlavních úkolů diagnostiky ve speciální pedagogice tohoto období je zaměření na budoucí profesní orientaci žáků, jejímž završením je volba dalšího vzdělávání ve smyslu studijního oboru či předprofesní přípravy. Diagnostiku profesní orientace provádějí odborná pracoviště. Důležitou úlohu má také učitel ve škole, jehož pomoc při rozhodování žáků vychází z dlouhodobé znalosti jejich rodinného zázemí, zájmů a možností. Ve starším školním věku vytváří dobré podmínky pro průběžnou formu diagnostiky se zaměřením na profesní orientaci pracovní výchova.

Z dalších oblastí možné diagnostiky lze zmínit kriminalitu, drogovou závislost, gamblerství, šikanu a problémy způsobené nedostatečnou funkcí rodiny (například syndrom CAN).

Období dospělosti

Význam diagnostiky tohoto vývojového období je zřejmá obzvláště z hlediska získaných zdravotních znevýhodnění a postižení. V dospělém věku dochází poměrně často ke vzniku zdravotního postižení v souvislosti s událostmi, jako jsou úrazy při sportu, autohavárie. Následkem bývá většinou poškození mozku a s tím související pohybové postižení, poměrně časté bývá i závažné postižení nebo přímo ztráta zraku. Následek úrazu se může projevit také úbytkem intelektových schopností a významně narušenou komunikační schopností, která komplikuje sociální kontakt jedince s postižením. Kromě úrazů může dojít k rozvoji degenerativních onemocnění CNS, onkologických chorob, objevují se chronické choroby nebo dochází k jejich zhoršování. V poslední době v tomto věku přibývá i mozkových příhod, které se dříve vyskytovaly až v období stáří. Aplikace diagnostických metod a postupů musí respektovat věkové zvláštnosti i aktuální somatický a psychický stav člověka s postižením.

Jedním z nejdůležitějších úkolů diagnostiky tohoto věkového období je realistické zhodnocení daného stavu, určení prognózy dalšího společenského uplatnění a na jeho základ navržení vhodného způsobu rekvalifikace a resocializace pro daného člověka. Z tohoto důvodu je nutný komplexní diagnostický přístup, na kterém participují odborníci z oborů medicíny, psychologie, speciální pedagogiky a sociální oblasti. Z diagnostiky vychází pracovní a sociální rehabilitace, která se uskutečňuje v rámci komplexního týmového přístupu.

Období stáří

Z hlediska zdravotního znevýhodnění a postižení se setkáváme v období stáří s podobnými případy jako v období dospělosti, tj. chronické choroby, onkologická onemocnění, zdravotní postižení. Je zde zvýrazněn podíl mozkových příhod, kde kromě omezení či znemožnění hybnosti je porušena i řeč v důsledku fatických poruch, event. afázií. Narušené motorické schopnosti mají často za následek omezení samostatnosti v běžných každodenních činnostech a člověk se stává závislým na svém okolí. V tomto období mají lidé zpravidla méně sil a vůle k tomu, aby se dokázali plně adaptovat na nové podmínky. Potýkají se s pocity osamělosti, depresiemi. Lidé se většinou neobávají stárnutí a stáří, ale spíše ztráty soběstačnosti, závislosti, bezmoci. Další závažná je problematika demencí (Alzheimerova, Parkinsonova choroba, ischemicko-vaskulární demence), protože vedou k narušení orientace v časoprostorových vztazích, ztrátě sociálních rolí a ke změně pozice nemocného hlavně v jeho rodině.

Z hlediska diagnostiky a účinné péče je důležité průběžné shromažďování informací pozorováním, funkčním hodnocením projevů pacienta, získáváním biografických informací

atd. I v období stáří se diagnostika uskutečňuje v rámci interdisciplinárního týmu odborníků a nabídka diagnostických metod a postupů je prakticky stejná jako v období dospělosti se zřetelem k individuální charakteristice daného člověka.

#3.3 Diagnostické metody

Diagnostické metody lze členit podle přístupu na klinické a testové.

Klinické metody jsou založeny na kvalitativní analýze zjištěných údajů, a proto nám umožňují poznat konkrétního jedince z hlediska dynamiky jeho vývoje, komplexnosti a jedinečnosti jeho osobnosti. Jsou to nestandardní postupy, které nemají statistický základ ani nejsou psychometricky podloženy, ale umožňují více bezprostřední a přirozený kontakt mezi klientem a psychologem či pedagogem. Metody klinického přístupu se využívají v případové práci s konkrétním klientem. Jsou historicky starší než metody testové.

Testové metody jsou příkladem standardizovaného způsobu diagnostiky. Při jejich využití se klade důraz na totožnost podmínek pro všechny vyšetřované osoby. To znamená, že všechny osoby pracují se stejným podnětovým materiálem, za stejných podmínek, které se uplatňují i při registraci a vyhodnocování výsledků. Odpovídají spíše na otázky vztahující se k dílčím stránkám osobnosti, zatímco klinické metody umožňují utvořit si celkový obraz. Oba přístupy nebývají v praxi absolutně odděleny. Například při předkládání testového materiálu vyšetřované osobě současně pozorujeme její chování a vnější projevy. Standardizované testy mají obecnou platnost a poskytují možnost srovnání výkonu jedince s normou. S těmito testy pracují téměř vždy jen psychologové. Při interpretování získaných výsledků je nutno pamatovat na to, že se jedná o aktuální, ale ne neměnný stav diagnostikovaného jedince. Proto je potřeba hledat souvislosti a vyvarovat se mechanické interpretaci získaných výsledků.

Klinické metody:

Anamnestické metody – zabývají se zjišťováním a shromažďováním dat a informací z minulosti vztahujících se k diagnostikované osobě a její rodině. Cílem je objasnění příčin a souvislostí se současným stavem jedince.

Rodinná anamnéza – zaměřuje se na zjištění údajů o rodičích, prarodičích, sourozencích se zřetelem na sledované a dědičné choroby, mentální retardaci, výskyt dalšího postižení v rodině, poruchy osobnosti a patologické odchylky.

Osobní anamnéza – navazuje na rodinnou anamnézu, zjišťují se údaje o vyšetřované osobě z prenatálního, perinatálního, postnatálního období, z raného dětství, z období předškolního i školního věku až po současný stav. Zaměřuje se na údaje týkající se celkového biologického, neuropsychického a sociálního vývoje včetně prodělaných chorob, úrazů, operací, alergií, užívání léků. V rámci anamnestických metod se vyšetřuje i prostředí. Kromě rodinného prostředí nás zajímá školní a pracovní oblast, partnerské vztahy.

Katamnéza – zabývá se zkoumáním příčin opakovaného objevení se nežádoucích projevů v určitém časovém odstupu od ukončení nápravné péče.

Pozorování – nejčastěji bývá vymezeno jako záměrné a zaměřené vnímání a myšlení, jehož cílem je rozpoznání nejdůležitějších znaků pozorovaného subjektu i jejich příčin. Prostřednictvím pozorování můžeme zjišťovat na zjevné úrovni schopnosti, osobnostní charakteristiky, sociální a psychické vztahy daného člověka. Pozorování má být plánovité, systematické, dlouhodobé nebo opakované, soustředěné na podstatné jevy, přesné, diskrétní. Kvalita a úroveň pozorování je ovlivněna soustředěností, volným úsilím pozorovatele, jeho schopností jemně odlišovat a objektivně pozorovat, jeho osobní zkušeností, aktuálním psychickým i fyzickým stavem, náladou. Tuto metodu lze využít jako samostatnou metodu, nebo bývá součástí diagnostiky při administraci jiných metod a jejím prostřednictvím tak získat informace o pracovním postupu jedince, o jeho kvalitě paměti, soustředěnosti, odolnosti vůči zátěži atd. Pozorování může být krátkodobé (po dobu návštěvy klienta), dlouhodobé (po celou dobu hospitalizace), volné (náhodné, bezděčné, vzniká na základě nápadnosti nějakého projevu či jiné charakteristiky dané osoby, kdy předem nevíme, na co se máme přesně zaměřit), zaměřené (systematické, kontrolované, probíhá podle předem stanoveného plánu a schématu, kdy svou pozornost zaměřujeme na diagnosticky významné jevy a charakteristiky).

Rozhovor – patří mezi explorační metody a klade velké nároky na erudici a zkušenost odborníka, který tuto metodu v praxi aplikuje. Rozhovor umožňuje bezprostřední interakci mezi vyšetřovanou osobou a diagnostikem. Tato interakce se uskutečňuje formou otázek a odpovědí nebo v dotazníku formou psané řeči. Jedná se o náročnou metodu ve smyslu techniky kladení otázek. Je třeba pamatovat na to, že formulace otázek musí být přesná, jednoznačná a stylově a obsahově přiměřená k věku i celkové úrovni dotazovanému. Častými

chybami při vedení rozhovoru je autoritativní vystupování, netrpělivost, unáhlenost a nepřesná interpretace ze strany dotyčného odborníka. Dělení diagnostického rozhovoru:

Neřízený – klient má možnost sám zvolit téma rozhovoru, který není předem připraven.

Řízený – examinátor (osoba vedoucí rozhovor) řídí a určuje způsob získávání informací o respondentovi (osoba, se kterou je veden rozhovor). V rámci řízeného rozhovoru se zpravidla rozlišují tyto varianty:

Standardizovaný rozhovor, který pracuje s předem vypracovaným schématem. Otázky jsou předem připraveny a je nutno zachovat jejich znění i sled, v jakém jsou překládány. Tento typ se podobá dotazníku.

Částečně standardizovaný rozhovor má předem určený cíl a záměr, ale jejich pořadí a formulace nemusí být striktně dodrženy.

Volný rozhovor má vytyčený cíl, ale způsob jeho dosažení není předem stanoven. Výhodou je osobní kontakt a možnost řídit výpovědi respondenta.

Analýza výsledků činnosti (analýza spontánních produktů) – poskytuje informace o úrovni dovedností a vědomostí, o zájmech, eventuálně nedostacích a problémech či obtížích konkrétního jedince. Jedná se o výsledky činnosti v oblasti písemných prací (slohová cvičení na daná témata, diktáty, básně, dopisy), výtvarné a pracovní činnosti (kresby, modely, amatérské výrobky). Analýza je zaměřena na obsahovou a formální úroveň. Tato metoda je významná z hlediska diagnostiky specifických poruch učení, profesní orientace, sociálních vztahů apod. Získané výsledky je nutno konfrontovat s výsledky jiných metod. Výtvoř mají individuální výpovědní hodnotu ve vztahu k osobnosti svého tvůrce.

Testové metody:

Jsou druhem zkoušky, která se skládá z různých úkolů. Testy se zpravidla dělí na standardizované a nestandardizované. Standardizované testové metody musí být konstruovány tak, aby odpovídaly určitým základním metodologickým požadavkům. Nestandardizované si může pedagog sestavit sám. Mezi základní požadavky patří:

Objektivita testu – je naplněna tehdy, když jsou jeho výsledky nezávislé na tom, kdo test předkládá a hodnotí a současně jsou zaručeny stejné podmínky pro všechny vyšetřované osoby.

Normalizace – znamená možnost srovnat výsledky v testu dosažené konkrétní osobou s normami, které vznikly vyšetřením velkého reprezentativního vzorku osob.

Reliabilita – znamená spolehlivost testu. Nejde zde o to, co test měří, ale jak spolehlivě to činí. V praxi to zpravidla znamená stabilitu v čase, tedy jaká je míra shody mezi výsledky v témže testu s určitým časovým odstupem.

Validita – znamená platnost testu. Jedná se o to, zda test opravdu měří to, co měřit má. Například zda test pozornosti skutečně měří pozornost.

Ostatní diagnostické metody:

Diagnostické zkoušky – bývají využívány hlavně ve výchovně-vzdělávacím procesu. Zde se zařazují ústní, písemné a praktické zkoušky. Ústní zkoušky se týkají vědomostí a úrovně mluvené řeči. Písemné zkoušky zjišťují způsobilost psaní a úroveň jeho osvojení, schopnost vyjadřovat myšlenky psanou formou a osvojení poznatků z jednotlivých předmětů. Praktické zkoušky se zaměřují na zjišťování nonverbálních schopností v různých oblastech aktivit. Patří sem zkoušky úrovně hrubé a jemné motoriky, laterality a funkcí smyslových orgánů.

Kazuistika – je studie případu konkrétního jedince s postižením. Dá se využít jako pomocná diagnostická metoda, často ji nacházíme v různých závěrečných pracích (bakalářské, diplomové apod.). Tato metoda zpracovává konkrétní případ od doby zjištění postižení až po současnost. Shrnuje všechny dostupné informace a údaje. Pracuje s výsledky různých odborných vyšetření, využívá i posudky různých institucí, školní vysvědčení, soudní spisy apod. Je to metoda sumarizační, která shromažďuje všechny dostupné informace, ale současně není jen jejich pouhým výčtem, nýbrž se snaží mezi nimi postihnout vzájemné vztahy, nacházet souvislosti a příčiny.

Přístrojové metody – pomáhají při registraci a kvantifikaci vlastností, výkonů, funkcí. Patří sem například audiometr na vyšetření sluchu. V poslední době se v našich podmínkách začíná více využívat počítačová technika, která nachází uplatnění jak při diagnostice, tak i při různých formách následné speciálněpedagogické péče, například reedukační programy pro specifické poruchy učení.

#3.4 Hlavní oblasti speciálněpedagogické diagnostiky

V této části je uveden stručný přehled jednotlivých oblastí, které jsou z hlediska speciálněpedagogické diagnostiky pokládány za nejdůležitější.

Hrubá a jemná motorika

Motorika představuje celkovou pohybovou schopnost člověka. Souvisí s rozvojem řeči, myšlení a s lateralitou. Hrubá motorika je tvořena pohyby celého těla, včetně lokomoce a pohybů velkých svalových skupin. Jemná motorika je chápána jako motorika ruky a pohyby malých svalových skupin. Diagnostika motoriky představuje ve speciální pedagogice důležitou oblast vzhledem ke stanovení její vývojové úrovně u jedinců s postižením, což mimo jiné souvisí a ovlivňuje i profesionální orientaci a přípravu na výkon povolání. Diferenciálně diagnosticky má hodnocení pohybových schopností vztah k organickým poruchám CNS, zejména k DMI a LMD. Při diagnostické činnosti v oblasti motoriky a interpretaci získaných poznatků je třeba si uvědomit, že motorika vykazuje u postižených jedinců ve svém vývoji i v aktuálním stavu určité zvláštnosti, které mají souvislost se základním typem postižení. Tato specifika jsou zpravidla určena druhem, stupněm, délkou trvání poruchy a úrovní její kompenzace.

Grafomotorika a kresba

Kresba je zvláštním typem činnosti, kde jsou zastoupeny herní i pracovní návyky. Dítě prostřednictvím kresby vyjadřuje své myšlenky, city a přání. Prvním předpokladem využití kresby jako diagnostického prostředku je dokonalá znalost jejího přirozeného vývoje v různých věkových obdobích. Vývoj a zvláštnosti kresebného projevu jsou podmíněny psychickými vlastnostmi dítěte a vnějšími podmínkami, ve kterých žije. Kresebný projev se rozvíjí úměrně k možnostem, které dítěti ke kreslení nabízí jeho prostředí, a na tom také závisí úroveň kresby.

Lateralita

Diagnostika laterality úzce souvisí s oblastí motoriky. Je projevem dominance jedné z mozkových hemisfér a projevuje se jako upřednostňování jednoho z párových orgánů (ruka, oko...). Vyšetření laterality je velmi důležité před zahájením školní docházky. Lateralita představuje určité kontinuum od vyhraněného praváctví přes méně vyjádřenou preferenci pravé končetiny až po vyhraněné leváctví. Lateralita je záležitostí centrální, nikoli periferní, a proto by měla být respektována jako osobnostní charakteristika dotyčného jedince. Obvykle se vyhraňuje mezi 3. a 4. rokem věku, i později. Než jde dítě do školy, mělo by být zřejmé, které ruce dává přednost, kterou bude probíhat nácvik psaní. V praxi se můžeme setkat s poměrně častými případy nevyhraněnosti laterality (ambidextrie). V těchto případech je veden nácvik psaní do pravé ruky. Kromě obourukosti (ambidextrie), která je příkladem nedominantního typu, se setkáváme s praváctvím, což je převaha levé mozkové hemisféry a

leváctvím, tedy převahou pravé mozkové hemisféry. Leváctví lze u dětí zjišťovat při každodenních činnostech, jako je úchop hraček, podávání ruky, při manipulaci s přiborem.

Sebeobslužné činnosti

Zjišťování úrovně sebeobslužných činností má velký význam v diagnostice dětí předškolního věku, u jedinců mentálně a tělesně postižených a svá specifika může mít i u osob s těžším postižením zraku. Sebeobsluha se týká jednak stravování, dále hygieny, oblékání, obouvání, úpravy zevnějšku. Opoždění dítěte v oblasti sebeobsluhy nemusí být nutně důsledkem jen základního postižení, ale často je způsobeno nesprávnou výchovou v rodině, když rodiče dělají za dítě mnohé činnosti, které by mohlo zvládnout samo. Při zjišťování úrovně sebeobslužných činností porovnáváme aktuální současný výkon jedince s vývojovými normami pro dané věk. Zjistíme tak, zda vývoj v této oblasti probíhá normálně, nebo se opoždí. Oblast sebeobsluhy je také součástí vývojových škál raného věku. Diagnostika sebeobslužných úkonů úzce souvisí s diagnostikou motoriky a laterality, neboť vychází z motorických dovedností hrubé i jemné motoriky.

Socializační a citový vývoj

Sociabilita je v obecné rovině schopnost člověka utvářet a pěstovat mezilidské vztahy. Projevuje se schopností navazovat a rozvíjet vztahy se sociálním okolím. Do určité míry se dá ovlivnit výchovou a je podmínkou pro začlenění jedince do společnosti. Z těchto důvodů je diagnostika této oblasti tak významná u všech typů postižení. Sociální vztahy člověka s postižením mohou, ale nutně nemusí být narušeny. V této souvislosti se hovoří o sociální dimenzi postižení, tedy o narušení rovnováhy mezi jedincem s postižením a jeho sociálním prostředím. Záleží zde na osobnostních charakteristikách, jako je temperament a osobní vlastnosti, jak dokonale se podaří postiženému člověku vyrovnat se s vlastním handicapem. Sociabilitu je možno sledovat v úrovni sebevědomí, v podřízenosti vůči autoritě, v rozvoji ukázněnosti, ve vztazích k ostatním lidem, v chování na veřejnosti, v základním ladění osobnosti ve smyslu aktivity či pasivity, v egocentrismu, v negativismu apod. Speciálněpedagogická diagnostika této oblasti také postihuje kvalitu výchovných podmínek, ve kterých dítě žije. Rozvoj sociálního zaměření dítěte a jeho vztah k životnímu prostředí úzce souvisí s citovým vývojem a citovou výchovou. Také v citové oblasti můžeme mimo jiné získávat poznatky a údaje pro stanovení diagnózy pozorováním, exploračními metodami, v diagnostické situaci spontánní či navozené hry a kresby. U dětí školního věku vypovídají o citovém vývoji a zralosti výsledky činnosti, například slohové práce.

V diagnostice citové oblasti nejčastěji sledujeme aktuální citové projevy (ne-vyrovnanost, spontánnost, impulzivita), převažující emoční ladění (labilita nálady, vyrovnanost, převládající pozitivní či negativní ladění), celkovou úroveň citového vývoje (odpovídá věku, nezralost, odpovídá staršímu věku), lásku k prostředí a rodině (přirozenost citů, strojenost, přehánění, zdrženlivost, chladnost), estetické cítění (uspořádání a celková harmonie prostředí, vkus).

Rodinné prostředí

K úplnosti speciálněpedagogické diagnostiky patří i oblast rodinného prostředí. Je to pochopitelné, protože výchova v rodině a vliv rodičů představuje důležitý faktor působení na vývoj osobnosti jedince. Rodina dítě formuje, stává se pro něj vzorem chování k ostatním lidem. Dítě si zde postupně osvojuje a začíná chápat různé sociální role. Proto je diagnostika rodinného prostředí důležitá a přispívá ke komplexnímu obrazu osobnosti u postiženého dítěte. Nejčastěji zaměřujeme diagnostickou činnost na úplnost či neúplnost rodiny, vzájemnou shodu a vztahy mezi rodiči a širší rodinou, stupeň narušení rodiny, počet sourozenců a postavení dítěte mezi nimi, dispozice dítěte, typ a náročnost výchovy, způsob trestání dítěte, projevy lásky či zanedbávání, agresivitu vůči dítěti, týrání dítěte, prostředí, ve kterém rodina žije, včetně materiálního zajištění.

Rozumové schopnosti

Sledování vývoje rozumových schopností je velmi důležitou oblastí diagnostiky. Má úzký vztah k formě základního vzdělávání jedinců se zdravotním postižením, protože pro volbu vzdělávacího programu jsou určující jejich mentální schopnosti. Diagnostika rozumových schopností také ovlivňuje profesní orientaci na konci povinné školní docházky a tím i možnosti uplatnění v dalším životě. Rozvíjení rozumových schopností jedinců se zdravotním postižením by mělo být v souladu s jejich možnostmi, a to jak intelektovými, tak i osobnostními. Důležité je volit vhodné způsoby stimulace a vzdělávání, a to nejen z hlediska intelektového potenciálu, ale i s ohledem na míru vhodné zátěže. Diagnostiku inteligence provádí odborný psycholog, který za tím účelem využívá standardní testovou metodiku. O měření inteligence se dá hovořit asi od 3 let věku. U dětí mladších, respektive starších jedinců, ale s mentální úrovní odpovídající tomuto věku (0 – 3 roky), se pro účely zjištění vývojové úrovně využívají vývojové škály. Další možností diagnostiky raného vývojového období a u jedinců s těžkým zdravotním postižením je tzv. transdisciplinární herní diagnostika, která je alternativním diagnostickým přístupem a využívá situaci volné hry.

V oblasti diagnostiky vývoje dítěte raného věku je třeba si uvědomit, že jakékoliv postižení nebo dysfunkce, i když se primárně netýká úrovně rozumových schopností, se v oblasti vývojového kvocientu projeví jako jeho celkové snížení.

Komunikační schopnosti

Nástrojem dorozumívání mezi lidmi je řeč. Jedná se o specificky lidskou vlastnost, která jednak ovlivňuje rozvoj poznávacích procesů včetně rozvoje myšlení, ale má i významný vztah k socializaci člověka, tedy ke schopnosti utvářet a rozvíjet společenské vztahy. Úroveň socializace je do značné míry spoluurčena schopností člověka verbálně komunikovat, a proto má velký význam pro všechny lidi a pro jedince se zdravotním postižením o to více. Komunikace jako proces sdělování a dorozumívání může probíhat na úrovni verbální (slovní, mluvená a psaná řeč), neverbální (gesta, mimika, pohledy očí, optika). Narušenou komunikační schopností se zabývá obor logopedie, v rámci kterého je řešena otázka možné prevence, dále diagnostika, náprava, výchova, vzdělávání jedinců s narušenou komunikační schopností ve všech fázích vývoje. Sledování kvality řečového projevu je důležité zejména v období dětství, kdy se řeč vyvíjí a postupně fixuje, ale i v následujících obdobích života, protože narušení komunikační schopnosti se může projevit v souvislosti s některými zdravotními postiženími či chorobami (mentální retardace, sluchové postižení, stavy po úrazech mozku apod.). Z tohoto pohledu je zejména důležité sledovat řečovou komunikaci v zařízeních, jako jsou mateřské a základní školy, centra volnočasových aktivit dětí apod. Osoby pracující v těchto zařízeních mohou být prvními, kdo rodiče upozorní na potřebu logopedické péče u jejich dítěte, které jinak nemusí trpět žádným dalším zdravotním postižením. O to více je důležité sledovat kvalitu komunikační schopnosti u jedinců, kteří trpí nějakým zdravotním postižením, neboť zde se často setkáváme se symptomatickými poruchami řeči, například u zrakového postižení, dětské mozkové obrny atd.

#3.5 Základní diagnostické situace a úkoly

Hra jako diagnostická situace

Hra je pro dítě předškolního věku přirozenou aktivitou, která vyplňuje velkou část jeho dne. Stejně jako učební a pracovní představují volnočasové činnosti jeden ze základních způsobů formování osobnosti. V souvislosti s velkou rozmaností her dochází k přirozenému rozvoji odlišných psychických stavů, procesů a vlastností a výchovné účinky her jsou tak různě široké. V literatuře se setkáváme s různým přístupem ke klasifikaci hry, ale ve skutečnosti se

hry v praxi různě prolínají a v čisté podobě se nevyskytují. Určující je v tomto případě charakter hry.

Hra bývá hodnocena z hlediska:

převládající činnosti – hry manipulační, konstrukční, tematické, pohybové, intelektové, slovní, dramatické atd.;

úrovně kognitivního vývoje – hra procvičovací, vedoucí ke zvládnání dovedností, hra s pravidly;

sociálního významu – hra divácká, izolovaná, kooperativní, paralelní.

Při přípravě hry jako diagnostické situace je potřeba dbát na to, aby hra probíhala v prostředí, které dítě důvěrně zná a kde se cítí dobře. Důležitá je i volba denní doby, kdy chceme dítě při hře pozorovat.

Diagnostická situace hry může vzniknout náhodně čili spontánně (dítě nebo skupina dětí rozvíjí hru, kterou sledujeme, aniž bychom do ní zasahovali), záměrně čili cíleně (v souladu se záměrem ovlivňujeme vznik a průběh hry, její námět a způsob realizace).

Využití hry nespočívá jen v tom, že bychom dítě nabádali, jak si má hrát a s předměty manipulovat, ale že mu dáme příležitost k různým aktivitám dle jeho vlastních představ. Dítě i pedagog by měli být v aktuálně dobrém tělesném i psychickém stavu, neměli by být nadměrně rozptylováni podněty z okolí a jednorázové trvání hry by nemělo překročit 10 až 15 minut. Pokud nám jde o objektivitu pozorování, nelze se spokojit s jednorázovým pozorováním, ale mělo by být opakováno a zdokumentováno, například videozáznamem.

Kresba jako diagnostická situace

Kresba je ukazatelem grafomotorických schopností a úrovně senzomotorické koordinace dítěte. Kromě toho odráží dětské vnímání světa, kvalitu rodinného zázemí nebo neuspokojení psychických potřeb.

Diagnostická situace kresby může vzniknout spontánně (dítě samo začne kreslit určitý námět, nebo skupinka dětí začne vytvářet kolektivní kresbu na zvolený předmět), záměrně (situaci kresby navodíme, zadáme téma pro kreslení, i zde se může jednat o kresbu individuální nebo kolektivní).

Hodnocení kresebných výtvorů dětí by mělo být šetrné a motivující dítě k dalšímu výkonu. Nikdy bychom neměli kritizovat nebo přímo odmítnout jeho kresbu bez toho, aniž bychom s dítětem pohovořili o jeho výtvoru.

Diagnostika školní zralosti a připravenosti pro školu

V našich podmínkách nastupují povinnou školní docházku děti, které dovršily šest let nejpozději k datu prvního září. Na přání rodičů je v současné době možné zařadit do školy i děti, které dosáhnou věku šesti let později, do konce kalendářního roku. Žádost rodičů musí být doporučena na základě vyšetření dítěte pedagogicko-psychologickou poradnou nebo speciálně pedagogickým centrem. Kromě toho je možné na základě doporučení obvodního dětského lékaře a pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra i odložení nástupu povinné školní docházky o 1 rok, popřípadě u závažnějších forem zdravotního postižení až o 2 roky, takže dítě může nastoupit do školy v 7 či 8 letech. Vzhledem k tomu může být ve třídě věkový rozdíl mezi dětmi až 1 rok, což automaticky znevýhodňuje nejmladší děti, i když splňují v 6 letech podmínky pro zařazení do školní docházky, nedosahují úrovně zralosti svých starších spolužáků ve třídě. Nástup povinné školní docházky s sebou přináší změny i do života rodičů dítěte. Část jejich autority přechází na konkrétního pedagoga ve škole a ve vztahu ke škole jako k instituci se dostávají do podřízeného postavení. Rodiče často školu chápou jako místo učení a výkonu, ale škola je zároveň i místem socializace dítěte na jiné úrovni než v rodině. Dítě si zde osvojuje nové sociální role spojené s určitým statutem – role školáka a spolužáka.

Podstatou školní zralosti a připravenosti je předpoklad takového vývoje schopností a dovedností, že se stávají prostředkem k dalšímu rozvoji, jsou tedy využitelné pro novou roli školáka. Předpokladem školní zralosti je biologické zrání, tedy dosažení určité zralosti CNS. Toto zrání je závislé na věku a individuálních vlastnostech každého jedince. Pro úspěch dítěte ve škole jsou podstatné také jeho předchozí zkušenosti a předškolní učení. Dostatečná zralost CNS se projeví mimo jiné v přiměřené odolnosti vůči zátěži, v reaktivitě a stabilitě dítěte, což mu umožňuje lépe využít svých schopností na základě dokonalejší koncentrace pozornosti a je také předpokladem pro přizpůsobení dítěte školnímu režimu.

Na zrání CNS závisí rozvoj percepce, kognitivních procesů, lateralizace ruky, motorická a senzomotorická koordinace a manuální zručnost. Předpokladem úspěšné adaptace na školní prostředí je emoční zralost, která se projevuje v citové stabilitě dítěte, v jeho motivaci ke školní práci, ve vědomí odpovědnosti.

Školní připravenost dítěte závisí na kvalitě jeho sociálního prostředí, nejvíce na rodině a předškolním zařízení, které dítě navštěvuje.

Diagnostika profesní orientace

Jedním z důležitých úkolů diagnostického procesu jedinců se zdravotním postižením je diagnostika profesní orientace, která je završena zvolením studijního zaměření, učebního

oboru nebo orientací na některou jednodušší činnost, kterou by jedinec mohl vykonávat vzhledem ke svému handicapu. Její správnost a přiměřenost vzhledem ke speciálním potřebám handicapovaného jedince má vliv na kvalitu jeho dalšího života.

U žáků se speciálními potřebami zpravidla participuje na řešení profesní orientace příslušné speciálně pedagogické centrum, ale i pedagogicko-psychologická poradna (například v případě žáků se specifickými poruchami učení). Již v průběhu školní docházky je třeba žáka cíleně připravovat na budoucí volbu povolání. Důležitou roli zde může sehrát pedagog ve škole, jehož pomoc vychází z dlouhodobé znalosti dotyčného žáka a jeho rodiny. Dobrým zdrojem informací je dlouhodobé pozorování žáků v rámci pracovního vyučování. Pedagog zde může diagnosticky využít analýzu spontánních produktů. Pracovní činnost se tak stává dobrým zdrojem poznatků a informací potřebných pro jejich profesionální začlenění.

Diagnostika v rámci pracovního vyučování sleduje:

profesní zájmy a jejich trvalost;

psychické předpoklady pro povolání (včetně osobnostních zvláštností vyplývajících ze zpracování postižení, například snížené sebehodnocení, nedostatek sociálních zkušeností);

úroveň požadovaných školských vědomostí, způsobilostí a návyků pro zvolené povolání;

úroveň zručnosti;

somatické předpoklady pro povolání;

pracovní návyky a předpoklady;

pracovní tempo a vytrvalost;

unavitelnost a odolnost vůči zátěži;

schopnost dorozumět se a komunikovat;

schopnost spolupráce;

samostatnost a nutná míra dopomoci (například potřeba stálého vedení a dohledu);

možnost uplatnění v praktickém životě.

V procesu profesionální orientace handicapovaných se často setkáváme s neadekvátními představami při volbě povolání ze strany dotyčných jedinců nebo jejich rodiny.

Na řešení problematiky profesní orientace a volby povolání se podílejí poradenská pracoviště, jako jsou pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra, dále pak informační a poradenská střediska pro volbu povolání při úřadech práce. Tato střediska mají k dispozici informace o jednotlivých typech škol, učilišť a oborech včetně informací o požadavcích na zdravotní stav žáků a náročnosti studia.

#Shrnutí kapitoly – Diagnostika ve speciální pedagogice

Speciálněpedagogická diagnostika je součástí speciální pedagogiky. Jejím cílem je co nejdokonalejší poznání člověka se zdravotním znevýhodněním nebo zdravotním postižením a možnosti jeho výchovy a vzdělávání. Diagnostika ve speciální pedagogice se zabývá průběhem dosavadního vývoje jedince a snaží se zjistit příčiny možných vývojových odchylek s ohledem na další rozvoj jeho osobnosti a uplatnění.

Kontrolní otázky a úkoly:

Charakterizujte úkoly speciálněpedagogické diagnostiky.

Jaké jsou hlavní oblasti speciálněpedagogické diagnostiky podle zaměření?

Jaké jsou hlavní úkoly speciálněpedagogické diagnostiky v jednotlivých obdobích vývoje?

Na které hlavní oblasti je zaměřena diagnostika ve speciální pedagogice?

Proč je důležitá diagnostika osobnostních zvláštností pro volbu povolání?

Otázky k zamyšlení:

Proč je důležitá multidisciplinární spolupráce na úseku diagnostiky ve speciální pedagogice?

Citovaná a doporučená literatura

Pipeková, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

Přinosilová, D. Diagnostika ve speciální pedagogice. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.

Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7180-545-8.

Vašek, Š. Speciálněpedagogická diagnostika. Bratislava: SPN, 1995. ISBN 80-0800-396-0.

Vítková, M. a kol. Otázky speciálněpedagogického poradenství. Základy teorie, praxe. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-08-x.

Zelinková, O. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-x.

#4 Rodina a dítě se zdravotním postižením

V této kapitole se dozvíte:

Jakými problémy prochází rodina s dítětem se zdravotním postižením.

Jaké fáze prožívá rodina při narození dítěte s postižením.

Jakou roli u dítěte se zdravotním postižením sehraávají sourozenci.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit co prožívá rodina při narození dítěte s postižením.

Objasnit roli sourozenců v rodině s dítětem se zdravotním postižením.

Charakterizovat životní situaci rodiny s dítětem s postižením

Klíčová slova kapitoly: Rodina, dítě se zdravotním postižením, sourozenci, výchova, škola.

Rodina jako nejdůležitější sociální skupina a instituce spojená vzájemnými vztahy a zvláště společným způsobem života hraje významnou roli ve všech etapách vývoje jedince.

#4.1 Reakce rodiny

Vstup dítěte do rodiny značí změnu v právech a povinnostech dosavadních členů rodiny a v jejich časovém rozvrhu. Obrátíme-li zřetel na rodiny s dětmi s postižením, tak se především ukáže, že jsou vystaveny většímu výchovnému zatížení než rodiny s nepostiženými dětmi.

Je patrné, že se zatížení rodiny v průběhu vývoje dítěte kvalitativně mění, protože určité výchovné problémy vstupují do popředí až v určitém vývojovém období. Ve speciální pedagogice je problematika rodiny s postiženým dítětem stále diskutovaným tématem. Zatímco někteří odborníci pracují s rodiči, jiní se zabývají nejen dítětem, ale i jeho rodinou, další odborníci sledují rodinu s dítětem s postižením ze společenského a vědecko-teoretického pohledu.

Středem pozornosti speciální pedagogiky jsou úvahy o tom, jak uplatnit svůj cílený vliv na rodinu dětí. Základní myšlenkou je, že rodina nevnímá nebo vnímá nedostatečně či není schopna vnímat své prapůvodní výchovné úkoly stanovené zákonem. A právě tyto úkoly pak byly delegovány speciální pedagogikou na sociální práci, sociální pedagogiku a vznikající výchovné poradenství. Speciální pedagogika se zabývá především rodiči, kteří měli prokazatelný zájem o co nejoptimálnější vývoj svého dítěte a jeho vzdělání, přičemž tento vývoj byl narušen nebo ohrožen v důsledku tělesného poškození nebo poruchou funkcí podmíněnou nějakým onemocněním. Stále jasněji se ukazuje, že i společenské poměry, které působí na rodinu, vedou k tomu, že rodina někdy vytváří takové podmínky pro dítě, které mu dají jen málo šancí pro zdárný vývoj a vytvoření stabilní identity.

Na rodinu s dítětem s postižením musíme nahlížet v několika úrovních. Nejdříve je potřeba analyzovat životní situaci rodiny. S tím se pojí otázka, jak narození dítěte s postižením rodina prožívá a zpracovává a jaké úkoly plní, co se týče vývoje takového dítěte. Teprve na základě poznání těchto aspektů lze stanovit odbornou pomoc, kterou je třeba realizovat v kooperaci jak na úrovni jednotlivých rodin, tak na úrovni společenské. Již během těhotenství myslí matka na své dítě, připravuje se na jeho narození, již tehdy se vytváří vztah rodičů k dítěti.

První sdělení diagnózy tedy v podstatě vyvolává u rodičů šok, smutek, úzkost a vede k rozvoji obranných mechanismů. Rodiče se ocitnou v naprosto neočekávané realitě, prožívají hluboké zklamání. Hledají odpověď na otázku, proč právě jim se narodilo dítě s postižením. Pocit viny je u rodičů s dítětem s postižením poměrně častým jevem. S faktorem nemoci se postupně vyrovnává každý z členů rodiny svým individuálním způsobem, většina rodičů ovšem prochází řadou stádií emočních reakcí. Prožívají pocity ztráty zdravého dítěte, na které se všichni těšili.

Rodina vždy prochází několika fázemi:

Fáze šoku a iracionálního myšlení a cítění, kdy rodiče často prožívají pocity derealizace a zmatku a mohou reagovat zcela nepřiměřeně.

Fáze popření nebo útěk ze situace.

Fáze smutku, zlosti, úzkosti, pocitu viny. Typické bývá hledání viny u druhých, agresivní pocity a vztek na celý svět, ale i na sebe sama. Agresivní pocity se nejčastěji vztahují buď na partnera, nebo jsou zaměřeny proti zdravotnickému personálu. Do chování obsahujícího výčitky se promítá na manželský pár vlastní pocit viny, například se v rodině hledá generická zátěž, je podezření všude. Častou reakcí v tomto období je dále hluboký smutek, sebelítost, pocity viny, které bývají uváděny až u 25 % rodičů. Agrese často vyústí do stadia depresí. Někteří rodiče mají sklony k sebeobviňování, studu, často danou situaci řeší stáhnutím se do ústraní. V této fázi je velmi důležité pomoci rodičům, aby otevřeně vyjádřili všechny své pocity. V prvních stádiích rodiče většinou nejsou schopni podrobnější informace o nemoci dítěte vnímat, a proto je nutné později informace opakovat. Ale ani pro lékaře není jednoduché sdělit rodičům danou událost, někdy samotní lékaři nemají dostatek informací a znalostí z této problematiky. To může vést k tomu, že rodiče cítí nedostatek opory. Důležitou zásadou pro poskytování informací je proto dostatek času na vysvětlování při rozhovoru s rodiči a projevení zájmu o rodiče samé. Informace musí být vždy poskytnuty ihned po narození dítěte. Je-li informace odkládána, sílí podezření a matka je zbytečně vystavována psychickému stresu. Informace, které lékař předkládá, by měly být pravdivé, neměly by vzbuzovat zbytečné naděje.

Fáze rovnováhy, kdy dochází ke snižování úzkosti a deprese a současně se rodiče pokoušejí o racionální hodnocení situace. Uvažují o tom, jak by mohli pomoci a aktivně se na léčbě účastnit. Stýkají se a navazují kontakty s rodiči, kteří mají obdobné problémy, snaží si vzájemně pomáhat, podporovat se. Toto období trvá obvykle několik týdnů až měsíců, ale ani v nejlepším případě nebývá adaptace po léta úplná.

Fáze reorganizace, kdy je situace rodiči přijímána, rodiče se vyrovnávají s faktem nemoci a přijímají dítě takové, jaké je. Hledají optimální cesty do budoucna. Mnohdy dochází i k vzájemnému rozchodu rodičů, překonání této krize však naopak rodinu stmeluje, posiluje v jiných oblastech. Rodiče často musí zvládnout nové specifické interakční dovednosti ve vztahu k okolí.

Poslední fáze nedosáhnou všichni rodiče, převládající smutek a pocity viny, nebo i obavy o život dítěte obvykle podmiňují ambivalentní vztah rodičů k dětem, který může dlouho přetrvávat. Nelze vyloučit odmítnutí dítěte s postižením, rodiče se svého dítěte vzdávají. V případě popření je to například pátrání po zázračném léku, kterému je věnováno všechno úsilí rodiny. Je tedy při posouzení stavu ze strany odborných pracovišť správné říci rodičům včas pravdu o stavu věci a o možnostech dalšího vývoje dítěte. Dítě s postižením potřebuje daleko více než zdravé dítě nasazení, čas, sílu, podporu, trpělivost, a to takovým způsobem, dokud mu to slouží k vlastnímu vývoji a nepřináší to s sebou sebezničení pečující osoby nebo destrukci, zánik celého rodinného života.

Narození dítěte s postižením představuje pro rodiče zátěž, ve většině případů neočekávanou. Jsou však i případy, kdy rodiče před narozením vědí o potencionálním postižení svého dítěte. Obecně platí, že čím dříve se rodiče dozví, že je jejich dítě postižené, tím zásadnějším způsobem se změní rodičovské postoje. Ideální adaptace rodiny znamená uspořádání rodinného života tak, aby splňoval nejen potřeby dítěte s postižením, ale i všech ostatních členů rodiny.

Mezi základní potřeby rodiny s postiženým dítětem vymezujeme:

Vhodná informace o stavu a možnostech dítěte s postižením – poskytnutí informací o postižení dítěte je jedním z nejzávažnějších okamžiků rodiny, rodina má právo o postižení vědět co nejdříve.

Emocionální podpora – může být poskytnuta specialisty, formou psychoterapie.

Finanční a sociální podpora – zejména v praktické oblasti péče o dítě je snaha neumísťovat děti do institucionální péče, pokud to není nezbytně nutné, o to důležitější je podpora rodiny od specialistů, zřizování denních zařízení, možnosti krátkodobého umístění mimo rodinu a

osvětová činnost ve společnosti, která stále není připravena na integraci osob se zdravotním postižením.

#4.2 Sourozenci dítěte se zdravotním postižením

Dítě s postižením často znamená zátěž nejen pro rodiče, ale i pro sourozence. Je velmi důležité vysvětlit přiměřeně a přijatelně problém postižení jejich mladšího či staršího sourozence. Každá sourozenecká skupina je tvořena bratry a sestrami a jejich vzájemnými proměnnými, jako je věk, pořadí narození, věkový rozdíl. Narozením mladšího sourozence se může probudit zloba, zklamání ve vztahu k matce, žárlivost. V okamžiku narození druhého sourozence to může být, že už není jediným předmětem lásky. Sourozenecké vztahy nutí dítě přizpůsobit se společenským požadavkům. Sourozenecká skupina tedy vytváří a ovlivňuje jedince. Odborníci, psychologové považují vztahy v sourozenecké skupině za velice významné a důležité. Sourozenecké vztahy jsou vztahy komplexní a vztahy, které utvářejí mezi členy sourozenecké skupiny. Zdravý sourozenec si postupně osvojuje určité strategie zvládnání tohoto sourozeneckého vztahu. Zpravidla přijímá dominantně ochrannou roli, jejíž součástí je nutnost podpory a ochrany postiženého sourozence. Nebezpečím může být soustředění rodičovské pozornosti na dítě s handicapem, ale může se stát i opačný extrém, centrem jejich zájmu se stává zdravé dítě. Oba přístupy mohou na zdravé sourozence klást nepřiměřené požadavky, které nebudou schopni zvládnout. Je nutné docílit toho, aby žádné z dětí nebylo nepřiměřeně zatíženo, a tím vystaveno nesplnitelným nárokům a úměrně dělit čas každému dítěti zvlášť, různé situace vysvětlovat a hovořit o nich, aby nevznikly různé dohady a pochybnosti.

Mezi sourozenci dochází k interakcím, pozitivní interakce umožňuje ověřit si své schopnosti, myšlenky, vztahy. Sourozenci dítěte s postižením potřebují cítit, že ona sami nejsou diskriminováni, musejí být seznámeni s problémy jejich sourozence, protože často čelí poznámkách ostatních dětí. Je důležité, aby pochopili, že diagnóza neznamená, že jejich sourozenec má právo zlobit, vynucovat si pozornost. Často tyto děti zažívají pocit, že jsou svým rodičům spíše na obtíž. Pokud je postiženým starší sourozenec, naopak zase od rodičů slýchává, že na něj není spolehnutí, že by se měl chovat jako dospělý.

Tak je tedy pochopitelné, že se očekává a požaduje od sourozenců rozsáhlejší pomoc, která je přinejmenším subjektivně pocíťována zpravidla jako omezení a přetěžování, často je to tak i objektivně. V každém případě se zde jedná obecně o zatížení sourozenců, které spočívá v omezení určitých vývojových možností, zvláště můžeme pozorovat předčasné omezení hravých možností a výchovu směřující k určitému druhu nadměrné rozumnosti, stejně jako

omezování sociálních kontaktů k vrstevníkům, což snadno vede ke zmenšení osobních vývojových a sociálních šancí. V neposlední řadě vzniká jmenovanými výchovnými tendencemi často emocionální zatížení vztahu k rodičům a k postiženému sourozenci, které může mít nepříjemné následky pro celý další život po všech stránkách. Pochopitelné reakce sourozenců zde sahají od tiché rezignace přes prosazování vlastních nároků demonstrací potřeby vlastní péče ve formě nevědomky vznikající nemoci a slabosti různého druhu až k masivnímu trucovitému a agresivnímu chování. Přetěžování, v důsledku požadavku rodičů starat se o sourozence s postižením, vede pochopitelným způsobem často k přímému odmítnutí postiženého, někdy však také k problematickému obětování vlastního života sourozence.

Vzhledem k tomuto nebezpečí je zvláště důležité sourozencům postiženého dítěte poskytnout dostatek volného času, mít možnosti si například pozvat vrstevníky, aby jim umožnili získat si přiměřené místo ve společnosti a ušetřili jim emocionální napětí k rodičům a sourozenci s postižením.

Dalším mezníkem nejen v životě dítěte, ale celé rodiny je jeho vstup do školy. Tímto okamžikem začíná pro rodiče nová fáze psychického zatížení. Pro každé dítě je k dispozici vzdělávací zařízení (základní školy s příslušnými vzdělávacími programy, speciální školy). Ale i tam, kde jsou vzdělávací zařízení k dispozici, nezřídka rodiče těžce tíží, že jejich dítě plně nezvládne základy trivia. Je třeba poznamenat, že zatížení, které vzniká ze školní problematiky, je pociťováno více právě otci. Tímto chováním se však extrémně zvětšuje zatížení matky. Naproti tomu se ukazuje překonání takového postoje směrem k názoru na skutečně existující vzdělávací možnosti dítěte s postižením a jejich střízlivé vyčerpání jako rozhodující úkol. Svým příchodem do odpovídajícího vzdělávacího zařízení udělá dítě s postižením další krok na veřejnost (mezi 6. až 8 rokem věku). Dostává se do společnosti cizích lidí, při cestě do školy, v dopravních prostředcích atd. V těchto situacích dochází k nechtěnému a v žádném případě zle myšlenému přetěžování dětí s postižením, k výčitkám a káráním ze strany okolí, občas také k výsměchu a otevřenému odmítnutí. Strach, uzavření, nejistota nebo dokonce nepřátelství dítěte s postižením proti okolí, které pramení z těchto těžkostí, je pro rodiče další zatěžkávací zkouškou ve výchově jejich dítěte.

Rodičům by mělo jít o to, aby pomohli svému dítěti s postižením nalézt cestu ke komunikaci s okolím a vypěstovat v něm určitou formu asertivity, kterou by uplatňovalo při jednání s cizími lidmi. Při překonávání těchto obtíží záleží na schopnostech rodičů snášet zcela nepochopitelné chování okolí. Rodiče potřebují vědět, jak ke svému dítěti přistupovat. Záleží

tedy i na stylu výchovy, který uplatňují. Ukazuje se, že příliš úzkostná péče a podpora ze všech stran těmto dětem neprospívá, nenaučí se tak překonávat překážky. Školní výkony dítěte velmi ovlivňuje emociální klima rodiny, pomoc při překonávání obtíží., spoluprožívání úspěchů a neúspěchů. Péče o tyto děti se ujímá většinou matka. Ta často jedná s dítětem správně, intuice v tom pomáhá, ale potřebuje povzbuzení a oporu. Musí čelit okolí dítěte, které přináší nespokojenost s chováním dítěte, to pak vede k nejistotě a selhávání, že její výchovné působení není správné, že ony mohou za to, jaké jejich děti jsou. Výzkumy ukazují, že depresivní matky nepůsobí na děti pozitivně, ba naopak. Pro mnohé rodiče je skutečně obtížné uvěřit rozsahu problémů, se kterými se jejich děti potýkají, pochopit jejich výkyvy ve výkonnosti.

Mnoho rodičů není schopno se orientovat v problematice, jsou ovlivněni širokým okruhem různých názorů. S postupem času se mnozí rodiče naučí tyto problémy zvládat. Velice důležité v jejich přístupu k dětem je, aby si vytvořili určité mechanismy k vyrovnávání se s obtížemi. Důležitá je i jednotná výchova obou rodičů.

Další důležité úkoly rodiny směřují k tvoření základních dovedností a návyků, k vývoji řeči, rozvoji slovní zásoby, rozvoji sebeobslužných činností, samostatnosti v rozhodování, zapojení do praktických činností. Je důležité jednat s dítětem přiměřeně jeho vývojové úrovni, nepřesycovat ho podněty.

V období dospívání (mezi 14. až 16. rokem) musí rodiče čelit další psychické zátěži ve formě přehnaných nadějí o reálných možnostech dítěte v oblasti jeho profesního uplatnění, obavou o budoucnost svých dětí. S narůstajícím věkem dítěte se začínají rodiče také zamýšlet nad tím, co se s jejich dítětem bude dít, až nebudou stát po jeho boku a podporovat ho při všech jeho činnostech. Tato fáze zátěže klade na rodiče jako všechna předcházející období úkol obstat opět ve zkoušce reality a přijetí skutečnosti. Velmi významnou úlohu v oblasti profesionální orientace dítěte a práce s rodinou sehrává škola.

Rozvoj sebeúcty má důležitý význam pro budoucnost dítěte. Vybudovat ji mohou pomoci dítěti právě jeho rodiče. Hlavní principy ve výchově dítěte jsou:

Dítě s postižením potřebuje tělesnou péči, pravidelnou lékařskou péči a výchovu.

Výchova dítěte s postižením není jen možná, nýbrž velmi důležitá.

Je třeba začít tak brzy, jak je to možné.

Výchova musí být v souladu s psychickým vývojem dítěte, ten je opožděn za vývojem odpovídajícím jeho fyzickému věku.

Pro výchovu je důležitější vědět, co dítě umí, než co neumí, neboť tam, kde má dítě rezervy, musí začít výchova.

Při výchově dítěte s postižením jde právě tak o to, otevřít mu svět a umožnit mu skutečně plný život, jako i návod k převzetí úkolů a vedení k dovednosti skutečně žít.

Přijmout přednosti dítěte.

Stanovovat dosažitelné cíle.

Pomoci mu hodnotit jeho výsledky realisticky.

Naučit dítě nebýt k sobě příliš kritické.

Dítě musí cítit, že je milováno a že někam patří.

Dítě potřebuje zažívat pocit, že se může samo rozhodnout.

Zavést stálý denní režim s pevnými pravidly.

Mít rozdělené povinnosti v rodině, být jednotní v požadavcích na dítě.

Čím více se dostanou rodiče dětí s postižením od zúženého pohledu ke střízlivému pochopení zbývajících možností, ke kritickému optimismu a rozhodnému převzetí dalšího úkolu, tím více se jim otevře to, co se dá označit jako jejich zvláštní šance.

#Shrnutí kapitoly – Rodina a dítě se zdravotním postižením

Příchod dítěte se zdravotním postižením do rodiny znamená velkou změnu v právech a povinnostech členů rodiny, ale i změnu v jejich časovém rozvrhu. Dítě s postižením může znamenat zátěž nejen pro rodiče, ale i pro sourozence. Pochopitelné reakce sourozenců jsou různé a jsou závislé na atmosféře daného rodinného prostředí.

Kontrolní otázky a úkoly:

Charakterizujte fáze, kterými prochází rodina při narození dítěte se zdravotním postižením.

Analyzujte životní situaci rodiny s dítětem se zdravotním postižením.

Úkoly k textu

V odborné literatuře vyhledejte možné přístupy sourozenců k sourozenci se zdravotním postižením.

Citovaná a doporučená literatura

Bartoňová, M. Kapitoly ze specifických poruch učení I. Vymezení současné problematiky. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3613-3.

Bartoňová, M. et al. Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-33-1.

Bartoňová, M. Současné trendy v edukaci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-37-3.

Matějček, Z. Dítě a rodina v psychologickém poradenství. Praha: SPN, 1992.

Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

#5 Poradenské služby

V této kapitole se dozvíte:

Jakou úlohu plní poradenské služby ve školách a školských poradenských zařízeních.

Jaký je v ČR systém poradenských služeb.

Kteří jedinci a organizace se podílejí na rozvoji osobnosti dítěte se zdravotním postižením.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit pojem poradenské služby.

Objasnit systém poradenských služeb v ČR.

Charakterizovat školní poradenská pracoviště.

Klíčová slova kapitoly: Poradenství, rodina, škola, komunikace, pedagogicko-psychologická poradna, speciálněpedagogické centrum, středisko výchovné péče.

V rodině je potřeba zajistit přísun výchovných podnětů a přirozených výchovných situací. V první řadě se rodina zaměřuje na správný zdravý vývoj dítěte, rozvoj poznání, založení žádoucích osobních vlastností. Další důležité úkoly rodiny směřují k vytvoření základních dovedností a návyků, k vývoji řeči, rozvoji slovní zásoby, rozvoji sebeobslužných činností, samostatnosti v rozhodování, zapojení do praktických činností. Důležité je jednat s dítětem přiměřeně jeho vývojové úrovni, nepřesycovat ho podněty. V neposlední řadě ale nesmíme zapomínat na spolupráci rodiny se školou a dalšími institucemi.

#5.1 Komunikace mezi dítětem, rodinou a školou

Rodina a škola jako společenské instituce hrají při utváření sociálních vztahů jednotlivých dětí rozhodující úlohu. Postavení školy by mělo vždy vést k tomu, aby žákovi pomáhala a v žádném případě by neměla být stresujícím činitelem. Škola ovlivňuje v dnešní době člověka od narození až po dospělost. Od určitého věku dětí nemůže rodina zabezpečit komplexní a multikulturní rozvoj dítěte vlastními silami a je v tomto směru odkázána na spolupráci s jinými specializovanými institucemi.

Škola a jiné instituce odpovídají vždy za nějakou dílčí oblast výchovy a ani tato parciální odpovědnost není zcela autonomní. Rodiče mohou vybrat pro své dítě odpovídající školské zařízení, které vyhovuje jeho speciálním výchovně-vzdělávacím potřebám. Mají též právo přístupu k osobní dokumentaci a podkladům vypracovaným pro školské orgány. Současné koncepce českého školství předpokládají, že vzájemné vztahy mezi školou a rodinou se vyvíjejí k větší otevřenosti, náročnosti, kooperativnosti a partnerství.

Rodina a škola musí mít jasný cíl. Rodiče musí znát požadavky školy na děti. Děti, které jsou na školu fyzicky i intelektuálně připraveny, mívají vůči škole příznivější postoje. Postoj rodičů ke škole současně ovlivňuje i postoje jejich dětí. Právě pozitivní postoj je velice důležitý pro to, aby dítě mělo školu rádo. Učitelé informují rodiče o stavu vědomostí dítěte, jeho chování, vlastnostech a zájmech. Radí, vysvětlují, jaké výchovné metody a prostředky použít. Učitelé, kteří mají se svými žáky dobré vztahy, se snaží dětem poskytovat demokratickou výchovu, pomáhají dětem, aby měly školu v oblibě. Z toho plyne, že vztah učitel a jeho žák je velice důležitý. Učitel se setkává s dětmi, které jsou v rodině vystavovány různým zátěžovým situacím, a ty naopak mohou způsobit deprese u dětí a vyčerpání.

Pro dítě je důležité, když vidí zájem ze strany rodičů o jeho vzdělání a vzdělávání. Dávají tím najevo, jaký význam přisuzují jeho dobrému školnímu prospěchu a s tím zároveň i jeho osobě. Důsledné sledování školní docházky je pro rodiče důležité, protože tak mají možnost odhalit případné selhání dítěte, mají ho možnost správně motivovat. Může ovšem nastat situace, kdy se postoje a normy rodičů neztotožňují s postoji a normami školy. Tato situace se může vyvinout až v konflikt mezi rodinou a školou. U dítěte to může vyvolat názorový i citový konflikt. Obvykle k tomu může docházet v rodinách patřících k jiné etnické menšině, či v rodinách s nižším sociálním statutem. Jiná kultura, jiná měřítko hodnot vedou k rozporům mezi domovem a školou. A tehdy je velmi důležité, aby právě škola dělala vše pro zmírnění konfliktu, či usilovala o jeho úplné odstranění. Edukační proces těchto jedinců vyžaduje jiný

přístup, má své zvláštnosti. Těžištěm přístupu musí být trpělivost a snaha o porozumění, respektování specifik obyvatelstva.

Život rodiny nemůžeme vyčlenit z prostředí, které na ni působí a je s ním spjato. Rodina je otevřený systém. Rodiče mají možnost si rozšiřovat své vědomosti o problémech v rámci organizovaných seminářů, ale i zahraničních pobytů, mají možnost předkládat vlastní návrhy i zkušenosti. Význam rodičovských organizací spočívá v prosazování a hájení zájmů dětí. Tyto organizace mají lokální význam. Poskytují pomoc, která u nás v předchozích dobách chyběla, přispívají k řešení nových sociálních problémů, které s sebou nese liberalizace společnosti. Pomocí organizací a sdružení mají rodiče možnost zúčastnit se ozdravných a léčebných pobytů. Některé dětské problémy nejsou řešitelné bez uskutečnění změn v rodinném systému. Vedlo to i k přesvědčení rodičů, že ne handicapované dítě je narušené, ale že je narušena rodina jako celek.

V současnosti je věnována velká pozornost rodinné terapii. Terapeut při ní pracuje nejen s problémovým dítětem, ale s celou rodinou. Rodinná terapie nemusí pomáhat jen dětem, ale je prospěšná i v případě, má-li problém některý z rodičů. Rodinná terapie se ve světě začala rozvíjet v 60. letech 20. století. Rodinnou terapii lze definovat jako samostatnou formu psychoterapeutické pomoci, zaměřenou na proces navození prospěšných změn v narušeném, patologicky změněném či dysfunkčním rodinném systému prostřednictvím terapeutického vztahu mezi terapeutem a členy rodiny a prostřednictvím terapeutických postupů. Klientem je rodina se svou strukturou vztahů, rolí, pravidel, které se mění podle toho, jak se mění v průběhu vývoje i její příslušníci. Rodinná terapie je vhodná i v tom případě, když se problém nenachází na straně dítěte, ale je problémem některého z rodičů. Často se setkáváme s alkoholismem, drogovou závislostí některého z rodičů.

Významné je i rodinné poradenství. Je to proces profesionální pomoci rodině, založený na interakci mezi poradcem a členy rodiny. Rodinné poradenství je jednou z forem psychologického poradenství. Práce, terapie s rodinou má svůj charakteristický systém:

prostorové podmínky;

poradenský a terapeutický tým (psychologové, psychoterapeuti, speciální pedagogové, lékaři, právníci, sociální pracovníci);

indikace a kontraindikace;

struktura procesu;

osobnost a role terapeuta;

čas jako faktor pomoci;

hlavní zdroje nezdaru.

Podpůrné poradenské služby nejsou poskytovány jen dětem, pedagogům, ale i rodičům či zákonným zástupcům. Jedním z cílů, na který se poradenské služby zaměřují, je prevence školní neúspěšnosti a sociální závislosti znevýhodněné části populace. Poskytování poradenských služeb vychází ze spolupráce s rodiči dětí, s pedagogickým personálem a ostatními odborníky.

#5.2 Poradenské služby

V souvislosti se společenským vývojem posledních deseti let v České republice se mění požadavky, které jsou kladeny na poradenské služby. V důsledku toho dochází ke změnám jak v obsahu poradenských činností, tak v systému poradenských institucí a význam poradenských služeb postupně vzrůstá.

Hlavním úkolem současnosti je optimalizovat síť poradenských zařízení, zajisti jejich funkční propojení mezi sebou, jejich návaznost na práci učitelů a výchovných poradců na školách současně podpořit jejich působnost zavedením uceleného systému vzdělávání a profesního rozvoje. Potřeby účastníků poradenských služeb vedou k celkově větší otevřenosti poradenského systému, a tím i k podpoře optimalizace tohoto systému tak, aby se stal systémem logickým a ekonomicky efektivním, ale současně i variabilním a otevřeným.

K významným poradenským zařízením patří speciálně pedagogická centra, soukromé poradenské služby a poradenství poskytující nestátní neziskové organizace, které jsou přínosem pro celý poradenský systém. Tyto organizace se většinou zaměřují na preventivní aktivity a využívají nové metody a formy práce zejména s dětmi a mládeží. Systém poradenských služeb představuje v České republice propracovanou síť podpory určené dětem a jejich rodičům, učitelům a dalším pedagogickým pracovníkům. Poradenská zařízení spolupracují s dalšími odbornými pracovišti, například s odbory péče o dítě, lékaři, soudy. V případě poradenské činnosti u dětí a žáků se zdravotním postižením je spolupráce s dalšími odborníky nezbytná. Cílem poradenských služeb je poskytovat:

podporu a odpornou pomoc při řešení osobních problémů žáků;

zjišťování obtíží a problémů psychického a sociálního vývoje žáků v průběhu edukačního procesu;

při prevenci sociálně patologických jevů;

při volbě povolání a profesní orientaci.

Odborná pomoc probíhá formou diagnostiky, intervence, konzultace nebo podávání informací. Personální obsazení poradenského zařízení musí odpovídat oblasti jeho působení.

Poradenské služby ve školách poskytují:

výchovní poradci;

školní metodici prevence;

školní psychologové;

školní speciální pedagogové.

Poradenskými pracovníky na školách jsou v současnosti výchovný poradce a školní metodik prevence, ojediněle školní psycholog a školní speciální pedagog. Náplň jejich činnosti určuje školský zákon (č. 561/2004 Sb.) a návazné vyhlášky (č. 72/2005 Sb.). Ve střednědobém výhledu se počítá s vytvořením školních poradenských pracovišť, která kromě výchovného poradce a metodika prevence zahrnují i funkci školního psychologa nebo školního speciálního pedagoga, což se postupně na vybraných školách realizuje (vyhláška č. 72/2005 Sb.).

Výchovný poradce

Výchovní poradci pracují na všech základních, středních a základních školách pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Jedná se většinou o učitele, kteří kromě svého úvazku plní i úkoly poradenské v oblasti výchovy, vzdělání a volby studia či povolání žáka. Pro funkci výchovného poradce je předepsané kvalifikační studium výchovného poradenství.

Školní metodik prevence

Školní metodik prevence se podílí na koordinaci aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů u žáků. Vytváří strategii školy v oblasti prevence zneužívání návykových látek (minimální preventivní program školy), koordinují zavádění tohoto programu, podílí se na jeho realizaci a sledují jeho úspěšnost.

Školní psycholog, speciální pedagog

Tito odborníci nepůsobí na všech školách, jejich funkce je vymezena vyhláškou č. 72/2005 Sb. Za hlavní cíl činnosti těchto odborných pracovníků se většinou považuje snižování rizika vzniku výchovných, výukových problémů a negativních jevů ve vývoji žáka.

Školská poradenská zařízení

pedagogicko-psychologické poradny (PPP);
speciálně pedagogická centra (SPC);
střediska výchovné péče (SVP).

Pedagogicko-psychologické poradny (PPP)

Činnost těchto poradenských zařízení je v rámci platné legislativy (školský zákon č. 561/2004 Sb., vyhláška č. 72/2005 Sb.) zaměřena zejména na komplexní psychologickou, speciálněpedagogickou a sociální diagnostiku, jejímž cílem je především zjištění příčin poruch učení, příčin poruch chování, příčin dalších problémů ve vývoji osobnosti, výchově a vzdělávání dětí a mládeže a individuálních předpokladů v souvislosti s profesní orientací žáků. Další aktivity pedagogicko-psychologické poradny v oblasti poradenské, psychokorektivní terapeutické jsou cílené na rozvoj osobnosti, sebepoznání a rozvoj prosociálních forem chování žáků. Další úkoly PPP plní v oblasti prevence školní neúspěšnosti a negativních jevů v sociálním vývoji žáků a mládeže, poruch učení a chování.

Speciálně pedagogická centra (SPC)

Zaměřují se na poradenskou činnost pro děti a žáky s jedním typem postižení, případně na děti se souběžným postižením více vadami, kde dominuje typ postižení, pro které bylo SPC zřízeno. Činnost SPC je legislativně zakotvena ve školském zákoně a vyhlášce č. 72/2005 Sb. Poradenské služby poskytují dětem od nejranějšího věku, žákům do doby ukončení povinné školní docházky, po dobu studia na středních školách a podle potřeby i pro jedince s různým typem postižení v období rané dospělosti. Těžiště služeb poskytovaných SPC spočívá v systematické speciálněpedagogické, psychologické, psychoterapeutické práci. Služby mají komplexní charakter, péče je zajišťována týmem odborníků, který je složen z psychologa, speciálního pedagoga a sociální pracovníce. Speciálně pedagogická centra pomáhají řešit náročné situace spojené s výchovou dítěte s postižením, a to z důvodů koordinované speciálněpedagogické, případně i zdravotní péče a sociálních služeb pro děti s postižením a jejich rodiče či učitele.

Střediska výchovné péče (SVP)

Tato střediska jsou zařazena do poradenských služeb od začátku 90. let minulého století. Jejich činnost je specifikována v zákoně č. 109/2002 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Úzce spolupracují se školami, pedagogicko-psychologickými poradnami, speciálně pedagogickými centry, referáty sociálních věcí a jinými odbornými institucemi. Cílem činnosti středisek

výchovné péče je nabídnout dětem a žákům okamžitou pomoc, radu či systematickou péči při zachycení prvních signálů výchovných problémů, předcházet tak dalším vážnějším výchovným poruchám a odstraňovat či zmírňovat již vzniklé poruchy chování, rozvíjet spolupráci s rodinou, přispívat k podpoře či obnově jejich funkcí a k ochraně práv dítěte, poskytovat poradenské služby pedagogickým pracovníkům a jiným odborným pracovníkům v oblasti péče o výchovně ohrožené děti a mládež. Poskytovat všestrannou preventivně výchovnou péči dětem a mládeži s negativními jevy chování, pokud nejsou důvody pro nařízenou ústavní výchovu. SVP se podílí na zabezpečení úkolů vyplývajících z pokynů ministra školství k prevenci zneužívání návykových látek ve školách a školských zařízeních. Naplňování uvedených cílů dosahují střediska výchovné péče zejména činností diagnostickou, poradenskou, psychoterapeutickou, výchovnou a vzdělávací. SVP poskytují okamžitou pomoc v naléhavých případech, jako jsou krizové situace dítěte, selhání rodičovské péče, útěky z domu atd.

Institut pedagogicko-psychologického poradenství (IPPP)

Jedná se o organizaci s celorepublikovou působností, která byla zřízena MŠMT ČR v roce 1994. Řeší aktuální koncepční otázky pedagogicko-psychologického poradenství, zajišťuje koordinaci poradenského systému a další vzdělávání poradenských pracovníků.

#Shrnutí kapitoly – Poradenské služby

Poradenské služby představují pro rodinu s dítětem se zdravotním postižením nezastupitelné místo. Systém poradenských služeb vytváří i v ČR propracovanou síť podpory dětem a jejich rodičům, ale i učitelům a dalším pracovníkům pomáhajících profesí.

Kontrolní otázky a úkoly:

Jakou úlohu plní školní poradenská pracoviště?

Uveďte funkci speciálně pedagogických center.

Jakou úlohu plní pedagogicko-psychologické poradny?

Úkoly k textu

Ve svém okolí navštivte školní poradenské pracoviště a seznamte se s jeho náplní.

V rámci diskuse upozorněte na hlavní problémy v komunikaci mezi dítětem, rodinou a školou.

Otázky k zamyšlení:

Zamyslete se a charakterizujte komunikaci mezi dítětem se zdravotním postižením, rodinou a školou.

Citovaná a doporučená literatura

Bartoňová, M. Současné trendy v edukaci dětí a žáků speciálními vzdělávacími potřebami v České republice. Brno: MSP, 2005. ISBN 80-86633-37-3.

Bartoňová, M. et al. Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zaměření na edukaci žáků se specifickými poruchami učení. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-33-1.

Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Prevendárová, J. Rodina s postihnutým dieťaťom. Nové Zámky: Psychoprof, 1998. ISBN 80-967148-9-9.

Vítková, M. Otázky speciálně pedagogického poradenství. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-08-x.

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších změn.

Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

#6 Inkluzivní vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

V této kapitole se dozvíte:

Kdo je považován za žáka se speciálními vzdělávacími potřebami.

Jaké jsou podmínky ve vzdělávání a edukaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Jaký je okruh žáků se zdravotním postižením.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit základní rozdělení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Objasnit specifika ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Charakterizovat okruh žáků se zdravotním postižením, chronických a dlouhodobě nemocných a žáků se sociálním znevýhodněním.

Klíčová slova kapitoly: Žák se speciálními vzdělávacími potřebami, žák se zdravotním postižením, žák se zdravotním znevýhodněním, žák se sociálním znevýhodněním, podmínky inkluzivního vzdělávání.

Za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jsou považováni žáci se zdravotním postižením (tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním, autismem, vadami řeči, souběžným postižením více vadami a specifickými poruchami učení nebo chování), žáci se zdravotním znevýhodněním (zdravotně oslabení, s dlouhodobým onemocněním a lehčími zdravotními poruchami vedoucími k poruchám učení a chování) a žáci se sociálním znevýhodněním (pocházející z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním statutem, ohrožení sociálně patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou, žáci v postavení azylantů a účastníků řízení o udělení azylu). Patří sem i okruh žáků nadaných a mimořádně nadaných.

#6.1 Vzdělávání žáků s tělesným postižením, dlouhodobě nemocných a zdravotně oslabených

Edukace dětí a žáků s tělesným postižením má svá specifika, která se odvíjejí od somatických a psychických zvláštností těchto jedinců. Výchovně-vzdělávací proces jedinců s pohybovým postižením může probíhat různými způsoby. Dítě s tělesným postižením je omezeno ve svých pohybových schopnostech následkem poškození nosného nebo pohybového ústrojí či jiného organického poškození. Pohybovou vadou, se kterou se můžeme setkat v dětském věku nejčastěji, je dětská mozková obrna. Tělesné postižení má vliv na celou osobnost jedince. Z psychologického hlediska nejvíce působí omezená hybnost a tělesná odlišnost. Sociální dimenze tělesného postižení je závislá na postojích a jednání společnosti, k níž jedinec se somatickým postižením patří. Tělesné postižení omezuje ve větší či menší míře pohyb, v nejtěžších případech vede až k celkové nehybnosti. Je potřeba respektovat jejich potíže se sebeobslouhou, problémy komunikační a společenské a obtíže s pohybem a dopravou.

Žák s tělesným postižením integrovaný do běžné třídy by měl být sociálně adaptabilní, měl by mít dostatečnou míru volných vlastností, které jsou nezbytné k překonávání překážek. Mezi hlavní okruhy chronických onemocnění patří onkologická onemocnění, nemoci žláz, ledvin, krevní onemocnění, alergie a také psychiatrická a neurologická onemocnění. Děti s tělesným

postižením se mohou vzdělávat v základních školách pro tělesně postižené, v základních školách při zdravotnických zařízeních nebo mohou být integrováni do běžných základních škol či odpovídajících ročníků středních víceletých škol. Požadavky stanovené RVP ZV by žáci s tělesným postižením bez mentálního postižení měli plnit, případně s možností rozdělení učiva do 10 ročníků a s vypracovaným individuálním vzdělávacím plánem.

Základní podmínky vzdělávání:

Bezbariérový vstup do školy.

Technické vybavení pro pohyb žáků po škole – žáci musí být samostatní, odkázání maximálně na pomoc asistenta.

Vhodné didaktické pomůcky.

Pomůcky pro psaní a kreslení.

Pomůcky pro rozvoj manuálních dovedností.

Pomůcky pro tělesnou výchovu a relaxaci.

Technické pomůcky usnadňující získání a uchování informací.

Vybavení kompenzačními pomůckami.

#6.2 Vzdělávání žáků se zrakovým postižením a těžkým zrakovým postižením

Určujícím faktorem pro zařazení dítěte se zrakovým postižením do příslušného typu školy, ať speciální či běžné základní školy, je zrakové postižení s ohledem na prognózu zrakové vady. Dalším hlediskem je mentální úroveň dítěte. Dělení osob se zrakovým postižením se provádí dle různých kritérií, pro edukační proces je však nejdůležitějším kritériem dělení žáků podle stupně zrakové vady. Specifickým problémem osob se zrakovým postižením je vysoká míra informačního deficitu, komplikace v prostorové orientaci a v bezpečnosti pohybu, značné problémy v sebeobsluze a v samostatnosti při zařizování si věcí a vystupování na veřejnosti. Komplikace v řadě případů způsobuje i značný nepoměr mezi rozumovými a smyslovými schopnostmi. Velkým problémem je i dosažení rovnováhy mezi používáním zbytků vidění a kompenzací zraku. V neposlední řadě je to i dost variabilní míra závislosti na pomoci druhých osob, technických pomůckách a citlivost na změny a úpravy v prostředí.

V současnosti se žáci vzdělávají v základních školách pro zrakově postižené nebo jsou integrováni do běžných základních škol. Jejich výchova a vzdělávání kladou velké nároky na pedagogy i vybavení škol, neboť každá z těchto kategorií vyžaduje speciální pedagogický

přístup a odlišné technické vybavení. Z pedagogického aspektu rozlišujeme dvě základní kategorie:

Žáci s lehkou zrakovou vadou – mohou s pomocí optických pomůcek zvládnout všechny nároky základního vzdělávání.

Žáci s těžkou zrakovou vadou a nevidomí žáci – většinou se vzdělávají v základních školách pro zrakově postižené.

Pro posílení kompetencí byl zaveden do základních škol pro zrakově postižené jako standardní součást učebního plánu předmět – prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených.

Požadavky obsažené v RVP ZV by žáci se zrakovým postižením bez mentálního postižení měli zvládnout, případně s možností rozdělení učiva do 10 ročníků a s vypracovaným individuálním vzdělávacím plánem.

Základní podmínky vzdělávání:

Podnětné prostředí pro zdárnou integraci žáka, individuální přístup pedagogů k žákům.

Nižší počet žáků ve třídách.

Vhodné materiální a technické vybavení.

Možnost užívání didaktických kompenzačních pomůcek.

Podrobné seznámení spolužáků a rodičů nepostižených žáků s problematikou žáků se zrakovým postižením.

Výuku předmětů speciální péče kvalifikovanými odborníky.

#6.3 Vzdělávání žáků se sluchovým postižením a těžkým sluchovým postižením

Edukace žáků se sluchovým postižením probíhá ve školách pro žáky se sluchovým postižením a na běžných základních školách za předpokladu, že pro jejich vzdělávání budou vytvořeny nezbytné podmínky, které musí odpovídat stupni a druhu jejich postižení. Vady sluchu můžeme rozdělit podle závažnosti (nedoslýchavost, hluchota) a podle doby vzniku (prelingvální, postlingvální). Tato klasifikace má zásadní význam pro volbu optimálního způsobu vzdělávání nebo rehabilitace.

Žáci s lehkým sluchovým postižením – mohou za pomoci výkonných elektronických sluchadel zvládnout požadavky v běžné škole. Sluchadla nebo kochleární implantáty

poskytují dobrou základnu pro kvalitu akustického podnětu. Učení tedy začíná, když je zajištěn dostatečný přísun podnětů, ať akustických či vizuálních (znakový jazyk).

Žáci s těžkou sluchovou vadou a prelingválně neslyšící – pro ně je vhodnější vzdělávání na základních školách pro sluchově postižené nebo ve třídách se speciální podporou za upravených podmínek a s rozvolněním učiva základní školy do 10 let. Pro žáka je třeba vypracovat individuální vzdělávací plán.

V současných školách pro sluchově postižené se při vytváření školního vzdělávacího programu klade důraz na komunikační přístup ke vzdělávání, kdy si školy mohou zvolit mezi orální nebo bilingvální metodou, či uplatňovat zásady totální komunikace.

Hlavním cílem orální komunikace je vybudovat u žáka se sluchovým postižením mluvenou řeč jak v orální tak v grafické formě. Za její nejdůležitější složku bývá považováno odezírání. Mluvená řeč se formuje na základě hmatu a zraku a všemi dostupnými možnostmi dochází k aktivizaci zbytků sluchu.

Bilingvální komunikaci osob se sluchovým postižením definujeme jako přenos informací ve dvou jazykových kódech, ve znakovém jazyce neslyšících a mluveném (orálním, většinovém, národním) jazyce, a to mezi neslyšícími vzájemně a mezi neslyšícími a slyšícími. Přitom nedochází k simultánnímu užívání těchto jazyků a ani jejich bezprostřednímu a přesnému překladu.

Totální komunikace představuje komplex manuálních a orálních způsobů komunikace, které jsou schopny sluchově postiženému zajistit bezbariérový přístup k informacím tak, aby byl zajištěn jejich harmonický rozvoj. Východiskem totální komunikace je, aby se neslyšící dítě seznamovalo se všemi dostupnými komunikačními prostředky.

Při vzdělávání žáků s těžkou sluchovou vadou je nutné respektovat jejich právo na volbu jazyka komunikace, tudíž i jazyka vzdělávacího. Pro mnohé neslyšící je tímto jazykem jazyk vizuálně motorický, tj. znakový jazyk. Další cestou podporující komunikaci by mohla být znakovaná čeština. Pro výběr základní školy je dále důležitý věk, kdy byla u dítěte diagnostikována sluchová vada a přiděleno sluchadlo, které umožnilo nepromeškat nejvhodnější dobu pro rozvíjení řeči.

Základní podmínky vzdělávání:

Právo na výběr vzdělávací cesty.

Nižší počet žáků ve třídách.

Znalost problematiky sluchového postižení všemi pedagogy, individuální přístup učitele k žákovi.

Možnost úpravy obsahu učiva jednotlivých předmětů.

Znalost speciálních metod a jejich používání ve výuce.

Pokračování v logopedické péči dle potřeb žáků.

Materiální a technické vybavení a účinné kompenzační pomůcky.

Běžné i speciální učebnice, výukové videoprogramy, didaktické pomůcky.

#6.4 Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností

Žáci s narušenou komunikační schopností jsou považováni za žáky se zdravotním postižením, kteří zpravidla mohou zvládat učivo v intencích RVP ZV. Předpokladem je intenzivní logopedická péče. Mohou se vzdělávat v logopedických třídách, školách nebo mohou být integrováni do běžných základních škol.

V procesu vzdělávání se žák seznamuje se základními prostředky účinné komunikace, naučí se srozumitelně vyjadřovat v ústním i písemném projevu, chápat smysl sdělení a jeho podstatu, zvládat komunikaci v projevech mluvených, psaných i neverbálních. Proto by měla komunikace představovat jednu z klíčových kompetencí povinného vzdělávání. Edukací žáků s narušenou komunikační schopností se zabývá obor logopedie.

Základní podmínky vzdělávání:

Individuální logopedická péče prolínající všemi předměty.

Individuální přístup speciálního pedagoga a ostatních pedagogů.

Možnost vzdělávání žáků na základě individuálních vzdělávacích plánů.

Informovanost všech vyučujících o problematice řečového postižení žáka.

Vhodné sociální klima tříd.

Snížený počet žáků ve třídě.

Zohledňující přístup ke klasifikaci.

Spolupráce s rodiči.

Spolupráce se SPC.

Spolupráce s odbornými lékaři.

#6.5 Vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení

Nejčastěji se vyskytujícími specifickými poruchami učení jsou potíže se čtením (dyslexie), psaním (dysgrafie), pravopisem (dysortografie), méně často s počty (dyskalkulie). Provázeny

bývají hyperaktivitou, nesoustředěností, impulzivním jednáním, špatnou pohybovou koordinací a dalšími příznaky z oblasti psychomotorické, mentální a volní.

Obsah vzdělávání se zásadně neodlišuje od vzdělávání ostatních žáků. Speciálněpedagogickou podporu těmto jedincům poskytuje škola nebo poradenské zařízení, které provedlo odborné vyšetření. Vzdělávání je realizováno ve speciální třídě základní školy, v základní škole za speciálněpedagogické podpory. Nenahraditelnou úlohu sehrává spolupráce s rodinou. Všechna opatření a úsilí musí vycházet z aktuálních potřeb dítěte, je třeba motivovat k učení, a tak zabránit možné subdeprivaci.

Základní podmínky vzdělávání:

Učitel, který zná a respektuje specifické problémy žáka, individuální práce se žákem, respektování jeho pracovního tempa, časté opakování probraného učiva.

Přihlédnutí k charakteru poruchy při klasifikaci a hodnocení žáka.

Ověřené postupy i nové metody náprav specifických poruch učení.

Snížený počet žáků ve třídě.

Zařazení do vhodné skupiny žáků.

Přehledné a strukturované prostředí, uspořádání třídy tak, aby mohly být uplatněny i potřeby žáka s edukativními problémy.

Pravidelný režim dne.

Pravidelná relaxace.

Dobrá komunikace školy s rodiči.

Aktivní spolupráce s rodiči zaměřená na jednotnost přístupu.

Intervence žáků se specifickou poruchou učení je podpořena příslušnou legislativou.

#6.6 Vzdělávání žáků s poruchami chování

Vzdělávání žáků s poruchami chování, hyperaktivních, s edukativními problémy probíhá v základních školách, speciálních třídách při základní škole nebo v základních školách praktických. Speciální školská zařízení pro žáky s poruchami chování jsou určena již pro jedince, jejichž poruchy chování mají protispolečenský charakter. Základem pro efektivní vzdělávání žáků s nežádoucími projevy chování je přesné rozpoznaní rozdílů mezi žáky s problémy a mezi žáky s poruchami v chování. Žáci s poruchami chování jsou žáci, kteří nerespektují některé normy společenského chování, jsou nepřizpůsobiví, impulzivní a snadno

unavitelní. V závislosti na úrovni svých rozumových schopností se vzdělávají v základních školách nebo v základních školách praktických.

Rozlišujeme dvě skupiny žáků:

Žáci s normálními předpoklady k učení, kteří jsou v důsledku určitých nepříznivých podmínek dosavadní výchovy sociálně či jinak handicapovaní.

Žáci se sníženými předpoklady k učení, jejichž školní neúspěšnost a výchovné problémy jsou relativně nezávislé na podmínkách výchovy.

Žák s problémovým chováním je takový žák, který svými výkony ve školní práci, popřípadě svým chováním nespĺňuje očekávání učitele. Opakovaně se svými postoji, reakcemi a výkony vymyká normě a pro svého učitele znamená přitěž, neboť vyžaduje jeho speciální pozornost.

Základní podmínky vzdělávání:

Použití speciálněpedagogických metod a forem práce.

Nižší počet žáků ve třídách.

Snažit se o specifické upravení třídy umožňující změnu uspořádání vybavení pro využití při skupinovém vyučování a při dalších výchovných činnostech.

Odpočinkový kout.

Nadstandardní vybavení pro sport a volný čas.

Vhodnou dopravu žáků do školy, aby nedocházelo k problémům se záškoláctvím.

Stále více je zřetelné, že vzdělávací proces je velice komplexní aktivita, kterou škola nemůže realizovat sama. Dobrá znalost žáka, jeho rodinného prostředí je pro stále více pedagogů předpokladem efektivní práce se žákem. Spolupráce školy s rodiči je nezbytná především v těch případech, kdy je snaha o odpovídající odezvu a reakci na žákovo chování na úrovni školy i na úrovni individuální.

#6.7 Vzdělávání žáků s mentálním postižením

Za jedince s mentálním postižením se považují žáci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. K žákům se zdravotním postižením patří žáci s mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Za jedince s mentálním postižením se považují žáci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.

Žáci s lehkým mentálním postižením se vzdělávají většinou v základní škole praktické, žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami se

vzdělávají pro obor vzdělání základní škola speciální, členěného na dvě úrovně: pro žáky se středně těžkým mentálním postižením a pro žáky s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami v základní škole speciální.

Pro žáky s lehkým mentálním postižením platí stejné vzdělávací oblasti jako pro žáky intaktní, ale jsou koncipovány tak, aby respektovaly jejich sníženou rozumovou úroveň. Tomu odpovídá i rozsah učiva, které je strukturováno do tematických celků a chápáno jako prostředek k dosažení očekávaných výstupů. Učivo se stává závazné na úrovni školního vzdělávacího programu. Očekávané výstupy mají činnostní povahu, jsou prakticky zaměřené a využitelné v běžném životě.

V základní škole speciální se vzdělávají žáci se středně těžkým mentálním postižením. Dle školské legislativy mají právo se v základní škole speciální rovněž vzdělávat žáci s těžkým mentálním postižením, žáci se souběžným postižením více vadami a s poruchami autistického spektra. Pro jejich přípravu na vzdělávání lze zřídit přípravný stupeň základní školy speciální. Vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením se může realizovat jiným způsobem.

Vzdělávání v základní škole speciální navazuje na výchovu v rodině a na speciální předškolní vzdělávání v mateřské škole nebo přípravném stupni základní školy speciální. Vzdělávání v základní škole speciální je přizpůsobeno žákům se sníženou úrovní rozumových schopností, s psychickými zvláštnostmi, nedostatečnou úrovní koncentrace pozornosti a s nízkou úrovní volních vlastností. Základní škola speciální se odlišuje od základní školy organizačními formami vzdělávání a obsahovým zaměřením výuky. Učivo je redukováno na osvojení základních dovedností v jednotlivých vzdělávacích oblastech a oborech, prakticky zaměřených činností a pracovních dovedností. Pro výuku je třeba vytvořit optimální podmínky, které vyžadují klidné, nestresující prostředí poskytující pocit bezpečí a umožňující koncentraci na práci. Vzdělávací činnosti jsou zaměřeny na rozvíjení rozumových schopností, osvojování přiměřených poznatků, vypěstování návyků sebeobsluhy, vytváření dovedností používat předměty denní potřeby a jednoduchých pracovních činností. Rozvíjení duševních a tělesných schopností je založeno na respektování individuálních zvláštností žáků.

Cíle základního vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením představují předpokládaný směr vzdělávání. K dosažení cílů vzdělávání směřuje systém záměrů, konkrétních úkolů, činností, metod, prostředků a aktivit. Snahou je dosažení optimálního rozvoje osobnosti žáků a kvality jejich života s přihlédnutím k možnostem daným postižením. K cílům vzdělávání patří:

Umožnit žákům osvojit si strategii učení a motivovat je k učení.

Podněcovat žáky k myšlení na podkladě názoru a řešení problému.

Vést žáky k všestranné a účinné komunikaci.

Rozvíjet u žáků schopnost spolupráce.

Vést žáky k tomu, aby si uvědomovali svá práva a plnili své povinnosti.

Vytvářet u žáků potřebu projevovat pozitivní city.

Učit žáky chránit své zdraví a zdraví jiných.

Učit žáky žít společně s ostatními lidmi.

Naučit je poznávat své schopnosti a možnost a využívat je.

#6.8 Vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami

V současné době neexistuje pro uvedenou kategorii jednotná terminologie. Vícenásobné postižení je popisováno jako multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný jev, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační či psycho-sociální oblasti u jeho nositele. V odborné literatuře se používají ještě další termíny, kterými je v podstatě míněn stejný okruh osob – těžké (mentální) postižení, kombinované vady, souběžné postižení více vadami atd.

Pro potřeby resortu ministerstva školství se žáci s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami člení do tří skupin:

Skupina, v níž je společným znakem mentální retardace, která je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání.

Skupina, v níž je společným znakem kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči bez přidruženého mentálního postižení. Specifickou skupinu tvoří děti, žáci hluchoslepí.

Skupina, kterou tvoří děti, žáci s poruchou autistického spektra (PAS, autismus, autistické rysy).

Žáci s těžkým (mentálním) postižením a souběžným postižením více vadami vykazují často poruchy motoriky, poruchy komunikačních schopností a další zdravotní omezení, takže je nutné, aby se vzdělávali na základě speciálně upraveného vzdělávacího programu. Vzdělávání má nejen jiný obsah, odlišné metody práce, ale vyžaduje i speciálně upravené podmínky. Pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami je charakteristické individualizované vzdělávání. Při vzdělávání se využívají alternativní a augmentativní komunikační systémy. Vzdělávání je doplněno rehabilitační tělesnou výchovou a relaxačními činnostmi. U žáků s těžkým mentálním postižením nelze předpokládat dosažení cílů základního vzdělávání. Podporovat je potřeba rozvoj elementárních komunikačních dovedností, pohybové samostatnosti, základů sebeobsluhy a soběstačnosti. Důležitá je

kultivace osobnosti žáka, rozvíjení estetického citění a zájmů, výtvarných a hudebních schopností a nejjednodušších pracovních dovedností. Vzhledem k závažnému poškození kognitivních funkcí u žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami je kladen důraz na klíčové kompetence komunikativní, sociální a personální i pracovní. Elementárních klíčových kompetencí mohou žáci dosáhnout pouze za přispění a dopomoci druhé osoby.

#6.9 Vzdělávání žáků se sociálním znevýhodněním

Do okruhu žáků se sociálním znevýhodněním se řadí žáci, kteří pocházejí z prostředí sociálně nebo kulturně a jazykově odlišného od prostředí, v němž vyrůstají žáci pocházející z majoritní populace. Jsou to žáci z různých u nás již žijících menšin nebo žáci přicházející k nám v rámci migrace, především azyklanti. Studie v rámci utvářející se etnopedagogiky sledují především témata:

- soužití lidí různého etnického původu a odlišného jazykového prostředí;
- snížení podílu neúspěšných žáků ze sociálně a etnicky znevýhodněného prostředí;
- interkulturní rozdíly v rodinné výchově, edukační prostředí školy a rodiny;
- etnopedagogické rozdíly školního vzdělávání dětí imigrantů;
- interkulturní rozdíly v myšlení a postojích učitelů k žákům, k inovacím ve výuce atd.

Nízká sociokulturní úroveň je označována jako znevýhodněné sociální prostředí, sociokulturní handicap, méně podnětné rodinné prostředí. Někteří z těchto žáků se bez závažnějších problémů integrují do běžné školy, jiní se mohou setkávat s různými obtížemi pro svou jazykovou odlišnost nebo proto, že jsou hluboce ovlivněni svými rodinami a jejich kulturními vzorci, projevujícími se v chování, jednání, odlišné hodnotové stupnici, stylu života, pojetí výchovy dětí, vztahu ke vzdělání atd. Žáci z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním a ekonomickým postavením jsou častěji ohroženi sociálně patologickými jevy. Méně podnětné prostředí je často spojené se sociálně znevýhodněným prostředím, bývá charakterizováno nedostatečnými podněty pro optimální vývoj dítěte po všech stránkách. Proto je nezbytné všem těmto žákům věnovat specifickou podporu v rozsahu, který potřebují. Častým problémem v jejich vzdělávání již od vstupu do školy je ve většině případů jejich nedostatečná znalost vzdělávacího jazyka, což je příznačné pro většinu příslušníků menšin a etnik, u nichž vzdělávání neprobíhá v jejich mateřském jazyce. Pozornost bude proto u těchto žáků nutné věnovat osvojení českého jazyka, ale i seznámení s českým prostředím, jeho kulturními zvyklostmi a tradicemi.

Ve shodě se školským zákonem je třeba zajistit těmto žákům vzdělávání v jazyce příslušné národnostní menšiny a zajistit možnost získávat v průběhu školní docházky i takové informace, které jim umožní vybírat si z nich prvky pro budování své vlastní identity.

Pro úspěšné vzdělávání žáků z kulturně odlišného, a s tím i mnohdy spojeného sociálně znevýhodňujícího prostředí, je nejdůležitějším činitelem především učitel, který své žáky i jejich rodinné prostředí dobře zná, dovede volit vhodné přístupy a vytvářet ve třídě i ve škole příznivé společenské klima. Škola musí využívat výukové postupy vhodné pro rozmanité učební styly žáků a různé způsoby organizace výuky, plánovat výuku tak, aby vycházela ze zájmů, zkušeností a potřeb žáků různých kultur, etnik a sociálního prostředí.

Základní podmínky vzdělávání:

Individuální nebo skupinová podpora.

Přípravné třídy základní školy.

Pomoc asistenta pedagoga.

Menší počet žáků ve třídách.

Odpovídající metody a formy práce.

Specifické učebnice a materiály.

Pravidelná komunikace a zpětná vazba.

Spolupráce s psychologem, speciálním pedagogem – etopedem, sociálním pracovníkem, dalšími odborníky.

#Shrnutí kapitoly – Inkluzivní vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Inkluzivní vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami tvoří propracovaný systém, který je dán školským zákonem č. 561/2004 Sb. a vyhláškou č. 72/2005 Sb., č. 73/2005 Sb. Žáci se vzdělávají podle vzdělávacích programů korespondujících s rámcovými vzdělávacími programy za předpokladu, že pro jejich vzdělávání budou vytvořeny potřebné podmínky.

Kontrolní otázky a úkoly:

Uveďte základní rozdělení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Specifikujte základní podmínky vzdělávání žáků s tělesným postižením, dlouhodobě nemocných a zdravotně oslabených.

Specifikujte základní podmínky vzdělávání žáků se zrakovým a těžkým zrakovým postižením, se sluchovým a těžkým sluchovým postižením, s narušenou komunikační schopností a specifickými poruchami učení.

Citovaná a doporučená literatura

Bartoňová, M. Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-37-3.

Bartoňová, M., Vítková, M. Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Texty k distančnímu studiu. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.

Matějček, Z. Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: SPN, 1991.

Opatřilová, D., Zámečnicková, D. Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením. Brno: MU, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.

Pipeková, J. a kol. Kariérové poradenství pro žáky se zdravotním postižením. Brno: IPPP ČR, 2004. ISBN 80-86856-01-1.

Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Průcha, J. Multikulturní výchova: teorie – praxe - výzkum. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-85866-72-2.

Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7180-545-8.

Vágnerová, M. Variabilita a patologie psychického vývoje. Praha: Karolinum, 1993.

Valenta, M. a kol. Přehled speciální pedagogiky a školské organizace. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

Vítková, M. et al. Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-08-x.

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších změn.

Zelinková, O. Poruchy učení. Specifické poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-8000-7.

Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

#Literatura

- Bartoňová, M. Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-37-3.
- Bartoňová, M. Kapitoly ze specifických poruch učení I. Vymezení současné problematiky. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3613-3.
- Bartoňová, M. et al. Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-33-1.
- Bartoňová, M., Vítková, M. Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Texty k distančnímu studiu. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.
- Hájková, V. Integrativní pedagogika. Praha: IPPPČR, 2005. ISBN 80-86856-05-4.
- Jasenský, J. Prostor pro integraci. Praha: Comenia Konsult, 1993.
- Kysučan, J., Kuja, J. Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky. Olomouc: UP, 1996. ISBN 80-7067-677-9.
- Matějček, Z. Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: SPN, 1991.
- Matějček, Z. Dítě a rodina v psychologickém poradenství. Praha: SPN, 1992.
- Opatřilová, D., Zámečnicková, D. Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením. Brno: MU, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.
- Pipeková, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- Pipeková, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- Pipeková, J. a kol. Kariérové poradenství pro žáky se zdravotním postižením. Brno: IPPP ČR, 2004. ISBN 80-86856-01-1.
- Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-196-0.
- Prevendárová, J. Rodina s postihnutým dítětem. Nové Zámky: Psychoprof, 1998. ISBN 80-967148-9-9.
- Průcha, J. Multikulturní výchova: teorie – praxe - výzkum. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-85866-72-2.
- Přinosilová, D. Diagnostika ve speciální pedagogice. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.

- Renotiárová, M., Ludíková, L. Speciální pedagogika. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-2440873-2.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7180-545-8.
- Vágnerová, M. Variabilita a patologie psychického vývoje. Praha: Karolinum, 1993.
- Valenta, M. a kol. Přehled speciální pedagogiky a školské organizace. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
- Vašek, Š. Špeciálnopedagogická diagnostika. Bratislava: SPN, 1995. ISBN 80-0800-396-0.
- Vítek, J., Vítková, M. Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví. In: Vítková, M. (ed) Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-163-8.
- Vítková, M. (ed) Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-07-1.
- Vítková, M. Integrativní speciální pedagogika. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- Vítková, M. et al. Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-08-x.
- Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších změn.
- Zelinková, O. Poruchy učení. Specifické poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-8000-7.
- Zelinková, O. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-x.
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.