



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

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

# ZÁKLADNÍ VÝCHODISKA EDUKACE ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

EVA ZEZULKOVÁ  
MARTIN KALEJA



PODPORA TERCIÁRNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ  
STUDENTŮ SE SPECIFICKÝMI  
VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI  
NA OSTRAVSKÉ UNIVERZITĚ V OSTRAVĚ

CZ.1.07/2.2.00/29.0006

OSTRAVA, BŘEZEN 2013

Studijní opora je jedním z výstupu projektu ESF OP VK.

<b>Číslo Prioritní osy:</b>	7.2
<b>Oblast podpory:</b>	7.2.2 – Vysokoškolské vzdělávání
<b>Příjemce:</b>	Ostravská univerzita v Ostravě
<b>Název projektu:</b>	Podpora terciárního vzdělávání studentů se specifickými vzdělávacími potřebami na Ostravské univerzitě v Ostravě
<b>Registrační číslo projektu:</b>	CZ.1.07/2.2.00/29.0006
<b>Délka realizace:</b>	6. 2. 2012 – 31. 1. 2015
<b>Řešitel:</b>	PhDr. et PhDr. Martin Kaleja, Ph.D.

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

**Název:**

*Základní východiska edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*

**Autoři:**

Mgr. Eva Zezulková, Ph.D.

PhDr. et PhDr. Martin Kaleja, Ph.D.

Studijní opora vznikla k inovovaným předmětům:

***Integrativní speciální pedagogika (SPG/SINSP) – prezenční studium***

***Integrativní speciální pedagogika (SPG/ KINSP) – kombinované studium***

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou stránku odpovídá autor.

**Recenzent:** doc. PhDr. Jaroslav Kysučan, CSc.

© Mgr. Eva Zezulková, Ph.D.

© PhDr. et PhDr. Martin Kaleja, Ph.D.

© Ostravská univerzita v Ostravě

ISBN 978-80-7464-272-2



## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>1-5</b>
<b>1 VYMEZENÍ KONCEPCE OBORU SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA .....</b>	<b>6</b>
1.1 <i>Osoby s postižením ve společnosti .....</i>	6
1.2 <i>Vymezení pojmu speciální pedagogika .....</i>	7
1.3 <i>Cíle speciální pedagogiky .....</i>	9
1.4 <i>Základní terminologie oboru .....</i>	10
1.5 <i>Klasifikace postižení a vliv postižení na vývoj osobnosti jedince .....</i>	13
1.6 <i>Sekundární důsledky postižení .....</i>	16
1.7 <i>Klasifikace oboru speciální pedagogika.....</i>	17
1.8 <i>Shrnutí kapitoly a úkoly ke kapitole .....</i>	20
1.9 <i>Citovaná a doporučená literatura .....</i>	21
<b>2 DÍTĚ A ŽÁK SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI V KONTEXTU EDUKACE .....</b>	<b>23</b>
2.1 <i>Edukace dětí a žáků s mentálním postižením.....</i>	23
2.2 <i>Edukace dětí a žáků s poruchou autistického spektra.....</i>	30
2.3 <i>Edukace dětí a žáků se specifickými poruchami učení a chování.....</i>	33
2.4 <i>Edukace dětí a žáků s problémy a s poruchami chování .....</i>	38
2.5 <i>Edukace dětí a žáků s narušenou komunikační schopností.....</i>	45
2.6 <i>Edukace sociálně vyloučených romských dětí a žáků.....</i>	65
2.7 <i>Shrnutí kapitoly a úkoly ke kapitole .....</i>	78
2.8 <i>Citovaná a doporučená literatura .....</i>	80
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>84</b>

## ÚVOD

Předložená studijní opora je určena jako studijní materiál studentům jak prezenční, tak kombinované formy studia absolvujícím předmět s názvem *Integrativní speciální pedagogika* v rámci studovaného oboru speciální pedagogika. Text nabízí **potřebné poznatky** vztahující se k problematice speciální pedagogiky. Definuje klíčové termíny a uvádí do problematiky oboru. **Tvoří teoretickou základnu, ucelenou strukturu jednotlivých témat, s kterými se v průběhu výuky studenti budou setkávat.** V textu studenti naleznou rovněž řadu doplňujících úkolů, kontrolních otázek či otázky k zamyšlení, jež mají poskytnout prostor pro kreativní přístup. Především, že **studijní opora svým obsahem nemůže plně poskytnout informace k jednotlivým okruhům**, má seznámit studenty s klíčovými tématy, kterými se obor speciální pedagogika zabývá. **Studijní text je sestaven tak, že žádá samostudium a aktivní přístup studenta.** Předmět oboru je značně rozsáhlý a není možné jej vymezit v ucelené podobě v této studijní opoře. Kapitoly tak nastiňují rozsah oboru. Úkoly, část pro zájemce, citovaná a doporučená literatura, včetně platných legislativních zdrojů mohou poskytnout další poznatky a vědomosti, a to zejména těm studentům, kteří chtějí ve studiu daného oboru dále pokračovat.

# 1 VYMEZENÍ KONCEPCE OBORU SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

## 1.1 Osoby s postižením ve společnosti

Vývoj speciální pedagogiky jako vědní disciplíny předznamenává velmi dlouhé období, v němž se formovala praktická péče o jedince, kteří se jakýmkoliv způsobem odlišovali od průměrného, tzv. „normálního“ člověka. Osoby se zdravotním postižením byly součástí lidského společenství od nejstarších dob a je užitečné připomenout si, že po dlouhá staletí bylo těmto jedincům přisuzováno často nedůstojné místo ve společnosti. Bohužel i v současné společnosti se setkáváme s řadou předsudků a negativních postojů k osobám se zdravotním postižením. Stojíme na prahu nového tisíciletí a díky převratnému rozvoji vědy a techniky dokážeme zkoumat existenci možných civilizací ve vesmíru a toužíme s nimi navázat kontakty. Na druhé straně jsme často svědky okamžiků, ve kterých pozorujeme absenci vhodných přístupů k lidem, kteří žijí bezprostředně *vedle nás*, ale bohužel nežijí *s námi*, protože jsou *jiní*, než většina. Odlišují se fyzickým vzhledem, způsobem myšlení, řeči, motorickými projevy, projevy chování apod. Ale proto nejsou lidmi horšími. Nejsou to *mimozemšťané*, přesto s nimi jaksí nepočítáme, neumíme s nimi komunikovat.

Signálem, oznamujícím změny v akceptaci odlišnosti (jinakosti) je skutečnost, že se v současné postmoderní společnosti setkáváme s osobami se zdravotním postižením stále častěji ať už osobně či prostřednictvím médií. Objevují se proklamace typu - *žijí mezi námi, náleží jim stejná práva, vytváříme rovné příležitosti pro osoby se zdravotním postižením, zajišťujeme uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce* apod. Zatím jde častěji o návrhy řešení tohoto dlouhodobě latentního problému pouze v teoretické rovině, v lepším případě o pilotní ověřování vhodných strategií a přístupů k osobám s postižením ve společnosti. Pozitivním jevem bezesporu je, že výše uvedená témata už nejsou tabuizována a vstupují do obecnějšího povědomí majority. Zároveň nabývají stále širšího rozměru, a to nejen v oblasti školské, ale paralelně v rovině sociální, zdravotní, pracovní apod. Termíny integrace (spojení) a inkluze (zahrnutí, začlenění) jsou zastřešujícími pojmy, které představují nové pohledy na řešení situace osob se zdravotním postižením z hlediska biodromálního. Pro konkrétní realizaci nových přístupů nestačí však jenom dobrá vůle – i když je prvotním předpokladem – ale také nezbytná úroveň odborných znalostí a dovedností.

Z výsledků šetření Českého statistického úřadu vyplývá odhad, že v ČR žije 1 015 548 tisíc osob se zdravotním postižením. Celkově tvoří jejich podíl 9,87% populace ČR. Šetření bylo provedeno u náhodného vzorku praktických lékařů pro dospělé, děti a mládež a také lékařů působících ve specializovaných zařízeních pro osoby se zdravotním postižením. Zdravotně postiženou osobou pro potřeby výzkumu *„je osoba jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu*

*pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“ (ČSÚ, 2008)*

Pokud jde o jednotlivé známé kategorie osob s postižením, jedná se o následující počty:

- 570 000 osob s postižením vnitřních orgánů<sup>1</sup>, z toho asi 130 000 s těžkým a velmi těžkým postižením
- 550 000 osob s tělesným postižením (vadami pohybového ústrojí), z toho asi 200 000 s těžkým a velmi těžkým TP
- 130 000 osob s duševním postižením, z toho asi 40 000 s těžkým a velmi těžkým duševním postižením
- 110 000 osob s mentálním postižením, z toho asi 50 000 s těžkým a hlubokým MP
- 87 000 osob se zrakovým postižením, z toho asi 30 000 s těžkým ZP
- 75 000 osob se sluchovým postižením, z toho asi 25 000 s těžkým SP

Z tohoto počtu můžeme vyčlenit asi 100 000 dětí a mladistvých, u kterých je nutná indikace speciální výchovy a vzdělávání.

Občané se zdravotním postižením tvoří velmi různorodou skupinu, obecně definovanou přítomností zdravotního postižení, které s ohledem na přetrvávající bariéry ve společenském prostředí může způsobovat složité handicap. Chceme-li charakterizovat současnou společnost jako společnost rovných šancí, potom osoby se zdravotním postižením představují skupinu, které je nerovnost příležitostí bytostně vlastní. Proces integrace osob se zdravotním postižením do společnosti vyžaduje komplexní řešení, kterému by mělo předcházet hlubší poznání problematiky zdravotně postižených.

## **1.2 Vymezení pojmu speciální pedagogika**

Speciální pedagogika jako teoretická disciplína začala být uznávána na přelomu 19. a 20. století. Počátky různých pokusů o speciální výchovu (zvláště dětí se smyslovým postižením a dětí s mentálním postižením) sahají ovšem již do dávnější minulosti. Je zajímavé, že při těchto aktivitách nelze prokázat až do konce 18. stol. vliv myšlenek obecné pedagogiky. Speciální výchova se vyvíjela izolovaně od obecných pedagogických principů a zásad. Důvodem byl individuální ráz výchovy (školní výchova pro takové děti nebyla dostupná) a také psychofyzilogické zvláštnosti dětí se zdravotním postižením byly prozkoumány velmi málo. Názory na speciální výchovu se začaly objevovat dříve ve studiích přírodovědeckých, lékařských, filozofických, než v pedagogických. Teprve od konce 18. stol. začínal proces sblížování speciální výchovy s obecně pedagogickým myšlením. O sblížování dosud izolované speciální výchovy s obecnými pedagogickými zásadami hovoříme teprve od 19. stol.

---

<sup>1</sup> zejména nemoci oběhové soustavy, novotvary a nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek

Charakteristikou tohoto sblížení však bylo víceméně mechanické přebírání všeho, co obecná pedagogika sama vypracovala. Teprve na počátku minulého století dochází k chápání správného poměru mezi oběma disciplínami. Ten je založen na nutnosti odhalovat vlastní speciálně pedagogické zákonitosti a tvořivě vyvozovat poznatky přímo v procesu speciální výchovy – s maximálním využitím poznání obecně pedagogického. Do speciální výchovy nelze mechanicky vnášet obecně pedagogické poznatky a zákonitosti pouze s větší či menší mírou zevních úprav. Speciální pedagogika je jednoznačně součástí pedagogických věd. Těsně se však váže k ostatním vědním disciplínám, což vyplývá z obsahu jejího zaměření. Zřetelné snahy aplikovat obecné principy pedagogiky na specifické podmínky práce s postiženými dětmi se objevují již ve „Velké didaktice“ Komenského, jakož i v názorech Rousseaua a Pestalozziho.<sup>2</sup>

*Ještě zakladatel první školy pro hluchoněmé na světě abbé de l'Épée (1760) si trpce stěžuje, že i „nejctihodnější teologové“ ho veřejně odsuzovali proto, že se snažil vzdělávat hluchoněmé, neboť podle jejich mínění hluchota je trest boží za hříchy spáchané rodiči. Kdo chce hluché vzdělávat, dopouští se hříchu.*

*Stejného názoru byli i mnozí rodiče, a pokud byli zámožní, ukryli dítě před očima světa natrvalo do některé ho kláštera, kde se mu za dohodnutou sumu dostalo v některých případech i jakéhosi vzdělání. V ojedinělých případech také u soukromých učitelů. Ti se navzájem neznali, a tak jejich metody zůstaly utajeny, ať neúmyslně či úmyslně. Jejich úmrtím obvykle vzdělávací zařízení i metody výuky zanikly. (Sovák, 1986)*

Během 20. století byla v naší zemi ústřední problematikou speciální pedagogiky oblast speciálního vzdělávání a profesní přípravy, jinými slovy zaměřovala se především na období školní docházky dětí a mládeže. Současné pojetí speciální pedagogiky se přizpůsobuje společenským změnám a potřebám a rozšiřuje svůj zájem o jedince se speciálními potřebami od narození až po stáří, přičemž do popředí vystupují stále intenzivnější snahy integrovat osoby s postižením do škol, školských zařízení a ostatních institucí, zabývat se jejich uplatněním na trhu práce, začleňovat je do života širší společnosti. Z dřívějšího období nejdůkladněji propracovaná oblast speciální pedagogiky – problematika speciálního vzdělávání a profesní přípravy dětí a mládeže s postižením – přestává být v současnosti doménou speciálního školství a postupně se stává záležitostí všech typů škol a školských zařízení státního i nestátního sektoru.

**Speciální pedagogiku je možno definovat jako vědní disciplínu, která se orientuje na zákonitosti výchovy, vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské uplatnění, na celoživotní rozvoj a možnosti jedinců s postižením. Její důležitou součástí je výzkum problematiky oboru.**

Dřívější běžné označení člověka s postižením za defektního je považováno za pojem nepřijatelný, snižující lidskou důstojnost. V současné době není terminologie jednotná, setkáváme se tedy s termíny *postižený, handicapovaný, dificilní, výjimečný, znevýhodněný,*

---

<sup>2</sup> srov. Kysučan, Kuja 1996, Titzl 2000, Renotiérová, Ludíková 2003



*dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, člověk se speciálními potřebami, se zdravotním postižením apod.*

*V širším smyslu je speciální pedagogika (vzhledem k pedagogice obecné) v podstatě každá pedagogika speciálně zaměřená podle věku nebo předmětu, např. pedagogika předškolního věku, pedagogika školního věku, pedagogika hudební, pedagogika vojenská apod.*

*V užším smyslu je speciální pedagogika věda o zákonitostech speciální výchovy a speciálního vzdělávání jedinců, kteří v důsledku mentálního, smyslového, motorického postižení či sociálního znevýhodnění vyžadují speciálně pedagogický přístup a podporu při pracovním a společenském uplatnění.*

### 1.3 Cíle speciální pedagogiky

Podle Vaška (2006) „*je cílem speciální pedagogiky zkoumání podstaty a zákonitostí edukace postižených, narušených či jedinců s jinými specifickými potřebami z aspektu etiologie, symptomatologie, korekce, metod edukace, reedukace, jakož i profylaxe neadekvátního vyrovnání se s postižením, narušením či jinými specifickými danostmi*“. Cílem speciálně výchovné péče je vyučovat, vychovávat a vzdělávat žáky s postižením tak, aby se co nejdříve vyrovnali se svým postižením, aby byli připraveni žít relativně plnohodnotný život.

Osoba s postižením představuje - v důsledku své odlišnosti, která může mít charakter oslabení, odchylky, poruchy, vady, postižení – určitou jednotu potřeb, které se odchyľují od potřeb člověka intaktního. Kvalita života člověka s postižením má specifický charakter, a to v důsledku anatomicko fyziologického nebo psychického či sociálního poškození a dalších následků, které se projevují ve vztazích ke společenskému a přírodnímu prostředí, v hodnotové orientaci, v zájmech. Rozpoznáváním a rozvíjením schopností u jedinců s postižením můžeme tyto specifické potřeby přiblížit běžným potřebám intaktní populace, a tím snížit míru znevýhodnění (handicapu).

**Každý člověk s postižením potřebuje individuální míru pomoci či kompenzace při uspokojování přirozených lidských potřeb. Touto pomocí se však nemyslí nějaká zvláštní potřeba, ale soubor opatření, které vedou ke zpřístupnění možnosti naplňovat a realizovat své přirozené potřeby.**

Zvyšování míry rovnocennosti je jedním z hlavních předpokladů *socializace*. Ke zvyšování kvality života osob s postižením vyrovnáváním příležitostí a rovností šancí směřují cíle speciální pedagogiky.

Socializace znamená schopnost jedince zapojit se do společnosti v rovině pracovní (výchovné a vzdělávací), společenské a subjektivní (ve smyslu sebeuplatnění a sebeuspokojení). Je podmíněna *sociabilitou*. Sociabilita je schopnost a snaha vytvářet a pěstovat mezilidské

vztahy, jejíž základy se vytvářejí už v prvním roce života. Autorka Monatová (1995) uvádí čtyři období formování sociálních vztahů:

- *Elementární socializace* probíhá do konce prvního roku života dítěte, kdy se buduje vzájemná pozitivní citová vazba dítěte a matky, která je předpokladem pozdějšího socializačního úsilí a úspěchu.
- *Rodinná socializace* následuje po prvním roce života a spočívá v utváření vztahu dítěte k malému okruhu členů rodiny (rodiče, sourozenci). Postoj dítěte k ostatním lidem určují citové vztahy, které jsou typické pro rodinné prostředí.
- *Veřejná socializace* střídá rodinnou socializaci po čtvrtém roce života, kdy se u dítěte objevuje potřeba styku s vrstevníky. Učí se vzájemnému respektu a pomoci. Současně vznikají i nové vztahy k dalším dospělým lidem (např. k učitelce v mateřské škole).
- *Sociální soužití* se jako nejvyšší stupeň socializace začíná utvářet ve školním období a postupně se v průběhu života upevňuje a zdokonaluje.

Děti s vrozeným či v raném věku získaným postižením některé projevy a způsoby chování a jednání přesně nevnímají, nemají možnost je bezprostředně opakovat a mimovolně si je osvojovat. Aby proces sociability nebyl vážně narušen, vyžadují proto speciální přístup a speciální výchovu. Je důležité využít efektivně zejména prvních deset let života dítěte, aby mohlo vrůst a plně se začlenit do školních podmínek a nezačaly se u něj projevovat sekundární důsledky postižení, které přítomnost postižení znásobují a negativně tak ovlivňují kvalitu života člověka.

Postižení získané v průběhu života může rovněž narušit již vytvořené sociální vztahy, a to v různém rozsahu. Předpokladem úspěšného znovuzačlenění do společnosti je včasná aplikace ucelené rehabilitace osoby s postižením.

#### **1.4 Základní terminologie oboru**

Každý člověk je vybaven určitými vlastnostmi somatickými, psychickými a sociálními. Jsou-li tyto vlastnosti přibližně stejné jako u většiny ostatních lidí, je tzv. „*průměrný, normální*“, což se projevuje ve schopnosti dosahovat průměrných studijních či pracovních výsledků po delší dobu. Jsou-li schopnosti člověka sníženy v důsledku postižení, vady, poruchy, znevýhodnění či jiné nepříznivé situace, jedná se o odchylku od normy a může tak vzniknout nesoulad mezi jeho výkonem, chováním, jednáním a tím, co očekávají od něj ostatní lidé. Je označován za „*abnormálního, anomálního, deviantního, ohroženého, znevýhodněného, s postižením, zdravotně postiženého, handicapovaného, člověka se speciálními potřebami apod.*“

V málokteré vědní oblasti je tolik terminologické různorodosti jako v základních otázkách speciální pedagogiky. Bylo tomu tak již dříve v závislosti na směru odborného přístupu (medicína, pedagogika, psychologie, sociologie). Tato různorodost se ještě znásobila rozšířením možností teoretické i praktické mezinárodní komunikace.

Pro lepší orientaci v zahraniční i domácí odborné literatuře uvádíme nejčastěji používaná souhrnná označení dětí s postižením. Jsou to:

- *děti se zdravotním postižením* (nejobecnější označení v ČR, používá se zejména v oficiální úřední komunikaci)
- *znevýhodněné (handicapované) děti*
- *výjimečné děti* (toto označení se používá zejména v USA, ojediněle se s ním setkáme i v domácí odborné literatuře)

V oblasti pedagogické komunikace našel u nás trvalé místo termín „*dítě/žák/student se speciálními vzdělávacími potřebami*“, původně používaný ve Velké Británii. Tento termín je používán místo termínu „*postižený žák*“ a dalších termínů pro označování jednotlivých kategorií osob s postižením.

Pro potřeby **rezortu školství** je dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním:

- Zdravotním postižením je pro účely zákona č. 561/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů: mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.
- Zdravotním znevýhodněním je pro účely školského zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.
- Sociálním znevýhodněním je pro účely školského zákona:
  - rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy,
  - nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo
  - postavení azylanta, osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky podle zvláštního právního předpisu

V rámci **rezortu práce a sociálních věcí** se pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozumí:

- **zdravotním postižením** - tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby;
- **sociálním vyloučením** - vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti pak vymezuje **osoby se zdravotním postižením** následující definicí:

- Jedná se o fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány jako plně invalidní či částečně invalidní a dále fyzické osoby, které jsou rozhodnutím úřadu práce uznány jako zdravotně znevýhodněné.

### **Rezort zdravotnictví**

Česká republika respektuje doporučení Světového zdravotnického shromáždění, které v roce 1990 schválilo desátou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí.<sup>3</sup>

S rozvojem zahraničních odborných styků i v souvislosti s aplikací mezinárodní klasifikace poruch k nám pronikly nové pojmy, související s **poruchami, postižením a handicapem**. Základní definice uvedených tří prvků nepochybně pomohly ke změně postojů k invaliditě.

### **Zdravotní postižení - handicap**

Zdravotně postižení (v duchu definice světové zdravotnické organizace) jsou jedinci, u nichž v důsledku somatického poškození a porušení funkcí dochází ke snížení některých jejich schopností a výkonnosti a následně i k jejich znevýhodnění (handicapu) ve srovnání s intaktním člověkem.

Postižení je relativní pojem (každý z nás si nese určitou formu postižení životem). Zároveň je třeba říci, že lidé s postižením většinou nejsou „*nemocní*“, není tedy třeba je léčit, není třeba je litovat, ale pochopit a uznat, že mají své kvality, jsou pro společnost přínosem a postačí, když jim společnost vytvoří takové podmínky, aby mohli své kvality dokázat. Postižení znamená v podstatě dlouhodobou změnu zdravotního stavu (pracovní schopnosti), která je nevratná. Přestože v oblasti zdravotního postižení mluvíme o medicínských pojmech, diagnózách a podobně, většinou to neznamená, že onen člověk (například nevidomý, vozíčkář), je nemocný. Pojem handicap<sup>4</sup> (znevýhodnění) se podle Kysučana (in Zezulková 2006) týká okruhu problémů, s nimiž se člověk s postižením setkává při interakci se svým okolím. Postižení může také vyvolávat problémy pouze v určitém prostředí a v jiném naopak ne. Např. dítě s protézou dolní končetiny může být handicapováno, pokud soupeří se svými nepostiženými vrstevníky na hřišti, avšak nepociťuje žádný handicap ve třídě při výuce matematiky.

---

<sup>3</sup> Změny a aktualizace MKN – 10 jsou prováděny od roku 1996 a jsou uveřejňovány na internetových stránkách WHO (ročně, vždy do konce ledna).

<sup>4</sup> Slovo handicap pochází z angličtiny, hand – ruka, cap – čepice. Slovo vzniklo v situaci, kdy se jednalo o rozsouzení dvou znesvářených stran, přičemž soudce se nemohl rozhodnout, na čí straně je vina. V této situaci se přistoupilo k „vyšší spravedlnosti“ – k osudí. Do čepice byly vloženy dva kamínky – bílý a černý. Pak nevinné dítě vzalo za ruku jednoho z účastníků a zároveň vytáhlo z čepice jeden kamínek. Ten, který dostal černý, byl handicapován. (Kovářová in Zezulková, 2006)

**Vada (porucha), impairment** je jakákoli ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce, je výrazem choroby (vady), úrazu na úrovni struktury nebo funkce orgánu a nemusí být vnímána.

**Postižení (neschopnost), disability** je jakékoli omezení nebo nedostatek schopnosti (jako důsledek poruchy) jednat či vykonat činnost způsobem nebo v rozsahu považovaném pro člověka za normální (např. vidět, slyšet, chodit). Morfologické a funkční následky poruchy omezují člověka (není dostatečně schopen vykonávat nějakou činnost), vyžadují určitou změnu (adaptaci) pohybových aktivit. Postižený člověk ještě nemusí být nutně handicapovaný, přirozeně ovšem pouze za situace, pokud by jeho postižení nevedlo ke vzdělávacím, osobním, sociálním či pracovním problémům. (Kysučan in Zezulková, 2006)

V roce 1997 nahradila Světová zdravotnická organizace (WHO) pojmy poškození (impairment), omezení (handicap) a postižení (disability) pojmy poškození, aktivita a participace (Bartoňová, 2005). Změněný přístup ke klasifikaci je v souladu se současným chápáním poslání speciální pedagogiky, které lze vyjádřit tendencí „od péče k podpoře“. Toto pojetí zdůrazňuje aktivitu osob s postižením, jestliže speciální edukace více vytváří dovednosti pro samostatnější život.

V odborné literatuře se můžeme ještě setkat s termínem „at risk“ (v ohrožení, v nebezpečí). Tato situace se týká těch dětí, které momentálně nejsou ohodnoceny jako handicapované či postižené, avšak existuje pravděpodobnost, že by se handicap mohl u nich rozvinout. Termín se obvykle používá ve vztahu k novorozencům či dětem předškolního věku, u nichž se - vzhledem k okolnostem doprovázejícím jejich narození či podmínkám domácího prostředí - očekává, že by u nich později mohly nastat určité vývojové problémy (tzv. rizikové děti). Termín se také vztahuje k žákům v běžné třídě, kteří mají určité výukové problémy nebo vyrůstají v nepříznivém sociálním klimatu a nalézají se tudíž v nebezpečí, že by mohli být označeni jako handicapovaní. (Kysučan in Zezulková 2006)

## 1.5 Klasifikace postižení a vliv postižení na vývoj osobnosti jedince

### 1.5.1 Členění postižení z hlediska vzniku

- **vrozená postižení**

V období prenatálním zdravý vývoj dítěte ohrožují nebo poškozují zejména akutní a chronické nemoci matky, její podvýživa, požívání alkoholu a drog, kouření, užívání některých léků, působení rentgenového nebo radioaktivního záření, lhostejný nebo hostilní (nepřátelský) vztah k těhotenství. Příčinami poškození plodu jsou také různé genové mutace a chromozomální aberace, negativní roli zde sehrává i dědičnost.

*Příkladem chromozomální aberace je Downův syndrom, který vzniká následkem nadpočetného 21. chromozómu (trizómie 21), kdy místo 46 chromozómů jich má jedinec 47. Tento nadpočetný*

chromozóm ovlivňuje psychomotorický vývoj dětí od nejranějších stadií se shodnými symptomy (mentální retardace, menší vzrůst, šikmé postavení očí, epikanty- kožní řasy ve vnitřních očních koutcích, plochý kořen nosu, větší jazyk, krátké prsty, svalová hypotonie apod.).

Fenylketonurie – je vrozená porucha metabolismu bílkovin a způsobuje těžká tělesná i psychická poškození dítěte již několik měsíců po narození.

Fetální alkoholový syndrom (FAS) – je charakterizován jako stav duševní zaostalosti, který doprovází mnohačetné deformace tváře, časté vady vnitřních orgánů, hyperkinetický syndrom, nižší porodní hmotnost. Jsou to důsledky působení alkoholu v prenatalním období.

V období perinatálním jsou nejvíce děti ohroženy hypoxií<sup>5</sup>, nedonošeností, přenašením, traumatizací nebo infekcí během porodu.

*Příkladem je dětská mozková obrna (DMO), závažné postižení vývoje hybnosti v důsledku poškození mozku pod vlivem hypoxie či mechanickými vlivy porodu. Symptomy: abnormální svalový tonus (hypotonie i hypertonie) ovlivňuje úroveň aktivity a přináší pohybově postiženému dítěti celou řadu dalších omezení.*

- **Získaná postižení během života**

V raném období postnatálním se nepříznivě uplatňují zejména infekce a úrazy. Např. virové záněty mozku (encefalitidy) a bakteriální záněty mozkových blan (meningitidy), které se objeví v útlém věku, tedy v období prudkého rozvoje mozku a mohou mít nepříznivé následky na další mentální vývoj a osobnostní vlastnosti dítěte. Úrazy mozku mohou způsobit povahové změny a ztrátu intelektu. Významně působí i vlivy konkrétního sociálního prostředí, v němž probíhá tělesný i duševní vývoj dítěte. Neurózy vznikají u disponovaných jedinců při poruchách adaptace na prostředí, ale také po úrazu či otřesném zážitku. Nejranější období života má tak zcela zásadní vliv na vytváření osobnosti z hlediska bio – psycho – sociálního. Vliv sociálního prostředí lze označit za celoživotní faktor významně usměrňující vývoj jedince a je-li interakce mezi prostředím a organismem dlouhodobě nepříznivá, vznikají poruchy na celý život. Např. nestabilita a poruchy rodinného života ohrožují především sociální vývoj dítěte, protože dítě ztrácí pocit jistoty a bezpečí domova. Důsledkem je nejčastěji zanedbanost dítěte, citová deprivace, sociální nepřizpůsobivost, neurózy, emocionální poruchy a poruchy chování.

### 1.5.2 Členění postižení z hlediska charakteru

- **orgánové** – chybění nebo nedostatek některého orgánu nebo jeho části

*Příklady:*

- *vývojová vada – anomálie, která postihuje celé orgány nebo jejich části, např. vývojové defekty končetin, rozštěpy (patra, obličej, páteře), úplné chybění orgánu apod.,*
- *nemoc a její následky (např. srdeční vada, obrny, poškození smyslových orgánů, chronické změny tkáně apod.)*
- *úraz a jeho následky (deformace orgánu, omezení hybnosti, poškození smyslů, poškození mozku apod.).*

---

<sup>5</sup> nedostatek kyslíku (v důsledku poruch spojených s dysfunkcí placenty, při těsném otočení pupečníku kolem krku nebo při dlouhotrvající /protražovaném porodu apod.)

- **funkční** - porucha funkce organismu, aniž by byl orgán nebo orgánový systém tkáňově poškozen. Příčinami funkčních poruch jsou nejčastěji nevhodné vnější vlivy prostředí, způsob výchovy apod., které mají za následek poruchy sociálních vztahů a citových vazeb mezi jedincem a prostředím. Jsou to např. orgánové neurózy (srdeční, žaludeční, cévní a jiné), psychoneurózy (např. fobie, nutkavé jednání, poruchy spánku apod.), poruchy chování.

*Příklad: U šestiletého Mirka se projevila enuréza (pomočování) jako reakce na zátěž. Narodil se jako druhé dítě v sociálně slabé a dysfunkční rodině. Matka se o svoje tři děti nestarala, a proto byly z rodiny odňaty. Po umístění do dětského domova se Mirek začal pomočovat, ačkoli předtím tyto problémy neměl. S dětmi ani s dospělými nenavázal kontakt, nejevil zájem o hru. Byl smutný a apatický. V dětském domově si nenašel náhradní osobu, k níž by se mohl citově upnout. Vzhledem k potížím, které se při adaptaci na prostředí objevily, byla doporučena pěstounská péče.*

### 1.5.3 Členění postižení podle druhu

- **pohybové** (obrný centrální a periferní, amputace končetin, vrozené nevyvinutí kyčelního kloubu, poruchy držení těla, myopatie -progresivní svalová dystrofie ad.)
- **zrakové** (vrozený glaukom- zelený zákal, vrozená katarakta –šedý zákal, retinopatie nedonošených ad.)
- **sluchové** (nedoslýchavost, hluchota, ohluchlost)
- **poruchy v oblasti komunikačních schopností** (poruchy artikulace -dyslalie, poruchy plynulosti řeči - kockavost, poruchy řeči na funkčním základě – mutismus ad.)
- **mentální postižení** (Downův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom, Alzheimerova choroba ad.)
- **poruchy chování** (přestupky ve škole, agresivita vůči vrstevníkům, poškozování cizích věcí, agresivita vůči ostatním lidem a zvířatům, ničení majetku, lhaní, nepoctivost, krádeže, závažné porušování pravidel, záškoláctví ad.)
- **parciální postižení<sup>6</sup>** (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie ad.)
- **kombinovaná postižení** (jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu, tzv. hluchoslepota ad.)

### 1.5.4 Členění postižení podle hloubky

- **lehký stupeň postižení** – kde nehrozí bezprostřední nebezpečí narušení vztahu ke společnosti a péče je zaměřena na prevenci vzniku sekundárních důsledků postižení,
- **střední stupeň postižení** – při němž hrozí nebo se již vyvinula porucha společenských vztahů,
- **těžký stupeň postižení** – provází zpravidla ztráta sociálních vztahů nebo jejich nevyvinutí.

<sup>6</sup> parcialis – částečný, dílčí, neúplný

## 1.6 Sekundární důsledky postižení

Fakt přítomnosti postižení vždy ovlivní kvalitu života člověka. Postoje veřejnosti ovlivňují ve značné míře prožívání osoby s postižením tím, že očekávají od něj určité chování a výkonnost. Důležitou úlohu hraje i subjektivní hodnocení vlastního postižení. To znamená, za jak závažné jej považuje a jak jej posuzuje sám postižený, neboť z hlediska prožívání lze zdravotní postižení považovat za náročnou životní situaci. Toto prožívání není ovlivněno jenom postoji samotného postiženého, ale i postoji jeho okolí. Nepřiměřená akceptace postižení se může projevit poruchami ve vztahu k sobě a k prostředí. Dojde-li u člověka s postižením (ať vrozeným či získaným) k narušení vztahů ke společnosti, nastává disharmonie celistvosti osobnosti<sup>7</sup>. Porucha se odráží ve vlastnostech osobnosti a následně ve společenských vztazích, jeho osobní problém se stává záležitostí společnosti. Souhrn těchto projevů označujeme termínem „*sekundární důsledky postižení*“. Vzniknou tehdy, kdy postižení nabylo psychosociální dimenzi. Příčinou je vždy nevhodná reakce na postižení. Dynamiku jejich vzniku nelze obecněji charakterizovat. Nemusí být přímo úměrné stupni postižení, mají specifické znaky z hlediska druhu postižení, určitou roli může mít i doba a okolnosti vzniku postižení. Obecně platí pravidlo, že těžší stupeň postižení představuje i větší subjektivní zatížení, ale neplatí to zcela jednoznačně. Některá postižení omezují u člověka funkci orgánů nebo vznikají nedostatky bez organického podkladu, a přesto ve svých důsledcích neovlivňují negativně osobnost jedince. Můžeme říci, že se u postiženého člověka nevyvinuly sekundární důsledky postižení.

*Chlapec, maturant, který po úrazu přišel o pravou horní končetinu, se naučil konat běžné práce i psát levou rukou a subjektivně vůbec necítí, že by byl omezen ve svých vztazích k druhým lidem a ke své práci. Je postižen závažným orgánovým defektem, přesto se u něj nevyvinuly sekundární důsledky postižení.*

*Vozíčkářka dr. Vendula Neumannová se vyrovnala s reakcemi prostředí takto: „Pohledy a odpor lidí na ulici nevnímám, to spíš rozčiluje ty, kteří jdou se mnou a najednou jim dojde, že nás každý očumuje. Já na to poctivě kašlu, protože bych jinak vůbec nemohla vystrčit nos...Samozřejmě je nepříjemné, když vám někdo na celé kino nadává do mrzáků, protože mu vozík překáží v cestě do uličky, ale co máte dělat? Zatnete zuby a mlčíte.“*

Poněkud odlišná je reakce jedinců s vrozeným a získaným defektem. Lidé s vrozeným postižením bývají zpravidla od počátku vychovávaní jiným způsobem a chybí jim srovnání dvou situací – zdraví a postižení (nemoci). U postižení získaného během života je nutné přijmout novou, subjektivně méně uspokojivou pozici, vyrovnat se s ní. Lidé s později vzniklým postižením nemají zpravidla tak negativní představy o postojích intaktní populace jako lidé s postižením vrozeným. Většinou se jim daří uchovat kontakty s lidmi intaktní populace a považují se proto za součást „normální společnosti“. Lidé s vrozeným postižením

---

<sup>7</sup> porucha rovnováhy čtyř základních komponentů – stránky tělesné, psychické, sociální a výchovné (citů, vůle, intelektu)



očekávají spíše vyhýbavý postoj společnosti, což se promítá do kvality vzájemné interakce. Doba vzniku postižení má proto na rozvoj sekundárních důsledků postižení podstatný vliv.

Sekundární důsledky postižení (dříve defektivita) jsou charakterizovány dlouhodobou poruchou celistvosti lidského organismu ve vztahu k sobě a k prostředí (tj. výchově, vzdělání, práci, ke společnosti).

Charakteristické znaky sekundárních důsledků postižení:

- porucha se týká vztahů k intaktní populaci,
- má dialektický charakter (tj. společnost působí na postiženého, což u něj vyvolává příslušné reakce zpět ke společnosti,
- jde o proces dlouhodobý
- není stavem trvalým (tj. může se zhoršovat i zlepšovat, i zcela vytratit).

Konkrétní projevy sekundárních důsledků postižení lze pozorovat jako:

- změny v učení a chování
- změny v pracovních a společenských aktivitách
- změny v zaměření osobnosti a v motivaci (ve schopnosti správného sebehodnocení, v prožívání potřeb a v hodnotovém systému
- změny v adekvátní percepci reality
- překážky v socializaci ( záměrná izolace)

Kysučan (2006) uvádí přehled preventivních opatření za účelem předcházení vzniku sekundárních důsledků postižení:

- Poradenská péče.
- Speciální výchova a vzdělávání ve speciálně pedagogických zařízeních, v současné době spíše integrované vzdělávání ve školách běžného typu. Speciální výchova je nejúčinnějším druhem prevence, osvojení si potřebných vědomostí a dovedností cestou speciální edukace vytváří předpoklady k tomu, aby jedinec s postižením měl co nejlepší možnosti pro budoucí sociální uplatnění, kvalitní vzdělávací programy představují dobrou investici, jejíž zisky daleko předčí vložené náklady.
- Osvěta ve společnosti.
- Úprava pracovního a společenského prostředí.
- Rekvalifikace (u získaných postižení v dospělosti).

## **1.7 Klasifikace oboru speciální pedagogika**

Klasifikací speciální pedagogiky se v současné době zabývá celá řada autorů, kteří se snaží přistupovat k celé problematice komplexně s přihlédnutím ke všem změnám, kterými tento vědní obor prochází. Nejzásadnější změnou posledních deseti let je skutečnost, že výchova a

vzdělání dětí, žáků a studentů s postižením přestává být doménou speciálního školství a v souvislosti s integračními trendy ve vzdělávání se stává postupně záležitostí všech typů škol a školských zařízení. Zatímco dříve ve speciální pedagogice bylo chápáno *postižení jako kategorie* (podle lékařské terminologie), které se stalo východiskem pro budování speciálních škol pro tělesně, smyslově, mentálně postižené apod., nyní se vychází spíše ze stupně a hloubky postižení, *postižení se chápe jako dimenze (rozměr)* a na speciální potřeby jedince se reaguje speciálními podpůrnými či vyrovnávacími opatřeními. (Vítková, 2003) Cílem speciální pedagogiky je prosazovat tendence, aby ve speciálních školách (v závislosti na školských systémech v jednotlivých zemích) byli vzděláváni zejména žáci s těžšími stupni postižení a s více vadami, zatímco žáky s lehčími a středně těžkými stupni postižení integrovat do běžných typů škol a vzdělávat v tzv. hlavním výchovně vzdělávacím proudu.

Pro potřeby tohoto učebního textu zůstaneme u klasického členění podle druhu postižení, které umožňuje přehledně vyjádřit specifické formy výchovy, vzdělávání a pomoci při začleňování do společnosti pro jednotlivé věkové kategorie. Z tohoto pohledu se člení speciální pedagogika na šest oborů jejichž označení má svůj původ v Sovákově systému speciální pedagogiky (Sovák, 1986). K nim jsou později přiřazeny ještě dva obory.

Speciální pedagogika je členěna na následující podobory:

- **Psychopedie** (z řec. *psyché* = duše, *paidea* = výchova) – speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Zkoumá zákonitosti vývoje, výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením.  
Označení psychopedie zavedl do naší terminologie po roce 1945 antropolog František Štampach (analogicky podle názvu logopedie). Původně zahrnovala psychopedie též problematiku dětí a mládeže tzv. obtížně vychovatelné, mravně vadné, emocionálně či sociálně narušené. Ve 2. polovině 60. let dvacátého století se z psychopedie vydělila nová specializace s názvem etopedie.
- **Somatopedie** (z řec. *sóma* = tělo, *paidea* = výchova) – speciální pedagogika osob s tělesným postižením a mládeže nemocné a zdravotně oslabené. Zabývá se výchovou, vzděláváním a socializací osob s tělesným postižením a mládeže nemocné a zdravotně oslabené.
- **Logopedie** (z řec. *logos* = slovo, řeč, *paidea* = výchova) – speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností. Zabývá se výchovou, vzděláváním a socializací osob s narušenou komunikační schopností, zahrnuje poskytování logopedické intervence.
- **Surdopedie** (z lat. *surdus* = hluchý, z řec. *paidea* = výchova) – speciální pedagogika osob se sluchovým postižením. Zabývá se studiem zákonitostí vývoje, výchovy, vzdělávání a socializace osob s vadami či poruchami sluchu. V minulém století byla surdopedická problematika součástí logopedie. Od počátků 90. let dvacátého století se obě disciplíny osamostatňují z důvodu odlišných metodických postupů práce při intervenci. Na jedné straně je úzce spojuje nedělitelnost všech složek komunikačního

procesu, tj. řeči, sluchu a hlasu, na druhé straně existují specifika výchovy řeči u neslyšících, a to jak ve formě orální řeči, znakové řeči, daktylotiky (prstová abeceda), odezírání apod.

- **Oftalmopedie** (z řec. *oftalmos* = oko, *paidea* = výchova)<sup>8</sup> – speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. Zabývá se studiem zákonitostí vývoje, výchovy, vzdělávání a socializace osob se zrakovým postižením.
- **Etopedie** (z řec. *éthos* = mrav, *paidea* = výchova) – speciální pedagogika osob s poruchami chování. Zabývá se studiem zákonitostí vývoje, výchovy, vzdělávání a socializace osob s poruchami chování. Etopedie vznikla vyčleněním z psychopedie v r. 1969 z důvodu značné rozdílnosti problematiky osob s mentálním postižením a osob s poruchami chování.
- **Speciální pedagogika osob s kombinovaným postižením** (z lat. *combinatio* = spojení, *slučování*) – zabývá se studiem zákonitostí vývoje, výchovy, vzdělávání a socializace osob se zrakovým postižením. Kombinovanou vadou se rozumí, když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami kauzálně na sobě nezávislými<sup>9</sup>. V současné době neexistuje pro tento obor jednotná terminologie. U nás se používá označení kombinované postižení, kombinované vady či vícenásobné postižení. Kombinovat se mohou nejen těžší stupně postižení, ale také navzájem lehčí s těžšími. Nelze vyloučit ani kombinaci postižení s talentem či nadáním. Opodstatněnost vyčlenění tohoto nového podoboru speciální pedagogiky vyplývá z faktu, že část populace s vícenásobným postižením je nezanedbatelná a lze ji charakterizovat jako mimořádně heterogenní (různorodou) s variabilními příznaky a projevy. Z nich pak vyplývají speciální výchovné a vzdělávací potřeby. Individuální speciálně pedagogická péče u těchto jedinců je zaměřena na použití speciálních metod a obsah vzdělávání je modifikován i ve vztahu k osobám s jediným postižením. Proces socializace u jedinců s kombinovaným postižením bývá velmi často negativně ovlivňován závažnými nedostatky v oblasti komunikace, neboť mnohdy nemohou využívat orální řeč a jsou odkázáni na náhradní komunikační systémy.
- **Speciální pedagogika osob s parciálními (částečnými, dílčími) nedostatky** – se zabývá studiem zákonitostí vývoje, výchovy, vzdělávání a socializace osob se specifickými poruchami učení, chování a pozornosti. Tyto nedostatky nelze zařadit do žádné dosud uvedené oblasti speciální pedagogiky. K jejich zřetelnému vyčlenění přispělo použití jemnějších diagnostických metod v posledních desetiletích.

---

<sup>8</sup> souběžně s tímto termínem se používá se také termín „tyflopédie“ (z řec. *tyflos* = slepý, *paidea* = výchova) – speciální pedagogika osob zrakově postižených.

<sup>9</sup> např. poruchou zraku a sluchu, poruchou hybnosti s poruchou sluchu, mentální retardací se smyslovým nebo pohybovým postižením, časté jsou kombinace organických postižení s neurotickými projevy apod.

## 1.8 Shrnutí kapitoly a úkoly ke kapitole

- Pozitivní změny ve společnosti v oblasti akceptace odlišnosti (jinakosti) signalizují stále častější zkušenosti v přístupech k osobám se zdravotním postižením získané jak osobním kontaktem, tak prostřednictvím veřejných médií.
- Společnost, která se hlásí k uplatňování principů humanismu, musí zajistit pro své členy se zdravotním postižením potřebnou ochranu, podporu a péči. Tím je podmíněna i existence speciální pedagogiky jako vědního oboru.
- Současné pojetí speciální pedagogiky se přizpůsobuje společenským změnám a potřebám a rozšiřuje svůj zájem o jedince se speciálními potřebami od narození až po stáří, přičemž do popředí vystupují stále intenzivnější snahy integrovat osoby s postižením do škol, školských zařízení a ostatních institucí, zabývat se jejich uplatněním na trhu práce, začleňovat je do života širší společnosti.
- Každý člověk s postižením potřebuje individuální míru pomoci či kompenzace při uspokojování přirozených lidských potřeb. Touto pomocí se však nemyslí nějaká zvláštní potřeba, ale soubor opatření, které vedou ke zpřístupnění možnosti naplňovat a realizovat své přirozené potřeby.
- S rozvojem zahraničních odborných styků i v souvislosti s aplikací mezinárodní klasifikace poruch k nám pronikly nové pojmy, související s poruchami, postižením a handicapem. Základní definice uvedených tří prvků nepochybně pomohly ke změně postoju k invaliditě.
- Sekundárními důsledky postižení nazýváme stav, kdy se porucha odráží ve vlastnostech osobnosti a následně ve společenských vztazích, jeho osobní problém se stává záležitostí společnosti (nabývá tzv. sociální dimenze).

### Kontrolní otázky a úkoly

1. Charakterizujte postoje většinové společnosti k osobám se zdravotním postižením.
2. Pokuste se vyjádřit, které přístupy k osobám se zdravotním postižením jsou v souladu s humánními principy.
3. Popište vztah obecné a speciální pedagogiky.
4. Definujte pojem speciální pedagogika.
5. Pohovořte o cílech speciální pedagogiky. Ke kterým změnám došlo v posledním období?
6. Co jsou speciální potřeby osob se zdravotním postižením?
7. Definujte pojem socializace. Popište etapy formování sociálních vztahů.
8. Vysvětlete pojmy *zdravotní postižení*, *zdravotní znevýhodnění* a *sociální znevýhodnění*.
9. Které děti jsou považovány za „rizikové“?
10. Příčiny vrozených postižení, příklad.
11. Příčiny získaných postižení, příklad.
12. Jaký je rozdíl mezi orgánovým a funkčním postižením, příklad.
13. Vyjmenujte druhy postižení.

14. Vysvětlíte pojem *sekundární důsledky postižení*. Charakterizujte základní projevy.
15. Popište preventivní opatření vzniku sekundárních důsledků postižení.
16. Vyjmenujte a stručně charakterizujte podobory speciální pedagogiky.

### Úkoly k textu

1. Přečtěte si beletrii s tematikou osob se zdravotním postižením Srovnejte získané informace s teoretickými východisky z 1. kapitoly.

### Úkoly pro zájemce

1. Zajímavé odkazy:  
<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1096060107-klic/video/>  
<http://www.postizenedeti.cz/category/clanky/vase-pribehy>

## 1.9 Citovaná a doporučená literatura

- BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno:2005.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava. (ed.) *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: MSD, spol. s r. o., 2005.
- JESENSKÝ, Jan. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové:Gaudeamus, 2000.
- KYSUČAN, Jaroslav. *Psychopedie. Teorie výchovy mentálně retardovaných*. Olomouc: UP-PdF, 1990.
- KYSUČAN, Jaroslav a Jindřich KUJA. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. Olomouc: UP, 1996.
- KYSUČAN, Jaroslav. Základní teoretická východiska speciální výchovy. In ZEZULKOVÁ, E. (ed.) *Integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. PdF OU, 2006. 120 s.
- MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80 – 85931 – 60-5.
- RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0532-6.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. Olomouc :UP, 2003.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 313 s. ISBN 80-244-1073-7.
- SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
- TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 2000, 248 s. ISBN 80-86039-90-0.
- VAŠEK, Štefan. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava:Sapientia, 2006.

- VÍTKOVÁ, Marie. *Paradigma somatopedie*. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-1953-0.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: MU, 2003.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999
- ZEŽULKOVÁ, Eva. *Speciální pedagogika - úvod do problematiky*. Ostrava: OU, 2004. ISBN 80-7368-017-3.
- ZEŽULKOVÁ, E. (ed.) *Integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Pdf OU, 2006. 120 s.
- ZEŽULKOVÁ, E. *Jazyková a komunikativní kompetence dětí s mentálním postižením*. 1. vyd. Ostrava: Pdf OU, 2011. 136 s. ISBN 978-80-7368-991-9.

**Ostatní zdroje:**

- *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*
- *Zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony*
- *Výsledky šetření o zdravotně postižených osobách v České republice za rok 2007*. ČSÚ, 2008. Dostupné: [http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane\\_statisticke\\_udaje\\_OZP\\_2007.pdf](http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane_statisticke_udaje_OZP_2007.pdf)

## 2 DÍTĚ A ŽÁK SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI V KONTEXTU EDUKACE

### 2.1 Edukace dětí a žáků s mentálním postižením

#### Vymezení pojmů

V české psychopedii se v současné době užívá termín jedinec s mentální retardací nebo jeho synonymum jedinec s mentálním postižením. Samotný syndrom je pak označován jako mentální retardace či mentální postižení. (Franiok, 2005) Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání obsahuje modifikaci pro vzdělávání *žáků s lehkým mentálním postižením*. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) uvádí termín *lehká mentální retardace*, a žáci, u nichž byla psychodiagnostickými a psychometrickými metodami objektivně diagnostikována mentální retardace lehkého stupně, se ve školách vzdělávají podle *Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením*.

Mentální retardace je stav charakterizovaný především celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je ovlivňován mnohými faktory. Jsou mezi nimi faktory biologické, psychické a sociální. Pod pojmem mentální retardace rozumíme opoždění nebo narušení normálního vývoje dítěte, a to po stránce rozumové, přičemž se mohou vyskytovat poruchy smyslového a pohybového ústrojí i poruchy chování. Obtíže v základním teoretickém pojetí mentální retardace zobrazuje různorodost termínů a definic (Beirne-Smith in Franiok, 2005).

#### Klasifikace mentální retardace

Při klasifikování mentální retardace podle stupně (míry) postižení vycházíme z několika zdrojů. Nejznámější je 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací, která vstoupila v platnost v roce 1992 (Švarcová, 2001, s. 27, Vágnerová, 1999, s. 148).

Kódová čísla (MKN-10)	Slovní označení	Pásmo IQ
F 70	Lehká mentální retardace	50-69
F 71	Středně těžká mentální retardace	35-49
F 72	Těžká mentální retardace	20-34
F 73	Hluboká mentální retardace	0-19

Pod značkou F 78 je uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí ještě tzv. „jiná mentální retardace“. Toto označení je v praxi použito tehdy, jestliže byla diagnostika mentální retardace zvláště obtížná pro přítomnost přidružených, kombinovaných vad (včetně autismu). Značka MKN – 10 F 79 „nespecifikovaná mentální retardace“ se použije, pokud není dostatek informací, aby bylo možné osobu zařadit do již zmíněných kategorií (Švarcová, 2001, s. 30). V klinické praxi bývá někdy používáno u všech stupňů mentální retardace členění s desetinným číslem (např. F 70.0). Desetinné číslo pak vyjadřuje problémovost chování daného jedince. Míra problematického chování u jedince s mentální retardací je vyjádřena vzestupnou řadou 0 až 8. (Franiok, 2005)

### **Vývojové zvláštnosti dětí s mentální retardací**

V minulosti převaldaly spíše pesimistické úvahy, týkající se možností dalšího rozvoje dětí s poškozením mozku. Dnes víme, že všechny činnosti, které provádíme za účelem optimálního rozvoje zdravého dítěte, jsou stejně tak potřebné a důležité u dítěte s postižením mozku. Nejnovějšími neuropsychologickými výzkumy bylo zjištěno, že cílenou stimulací je možné ovlivňovat dozrávání dílčích funkcí mozku, a dokonce kompenzovat poškozené buňky (které v mozku nepracují) aktivizací buněk a činností jiných mozkových oblastí. (srov. Koukolík 2002, Kulišťák 2003)

Porušení dynamiky nervových procesů a pomalé vytváření diferenciačních podmíněných spojů u všech analyzátorů (někdy s větší převahou u jednoho z nich) znamená pro kognitivní vývoj dítěte disharmonii ve vyžívání jednotlivých základních funkcí. Spojení mezi analyzátory se vytvářejí obtížně a dílčí funkce mozku vyžívají pomalu a neplnohodnotně. V důsledku orgánové méněcennosti funkčních orgánů mozku (vlivem komplikovaného somatického vývoje) je průběh psychomotorického vývoje u dětí s mentální retardací narušený již od počátku. Abychom snížili důsledky cerebrální dysfunkce, ovlivňující přirozenou plasticitu mozku, je nutné stimulovat utváření mezibuněčných spojů již od raných vývojových stadií dítěte. Ty jsou schopny do určité míry nahradit z různých příčin nedostatečně funkční nebo nevyvinuté části mozku. U dětí s mentálním postižením se dílčí funkce rozvíjejí nerovnoměrně a celkově podprůměrně (v korelaci se stupněm primárního postižení), projevy výraznějších deficitů proto pozorujeme už v raném a předškolním věku<sup>10</sup> v oblastech řeči (narušený vývoj řeči), motoriky (grafomotorickou neobratností), sociability apod. Tyto specifické odlišnosti negativně ovlivňují celoživotní proces učení u osob s mentální retardací. (Zezulková, 2011)

Děti s mentální retardací v předškolním věku si samy spontánně hrají méně než stejně staré zdravé děti. Převládá u nich netečnost k podnětům okolí nebo pasivní pohrávání s předměty. Ve hře chybí dítěti zvědavost, nápady, hra je stereotypní. Dítě s mentální retardací musíme proto ve hře neustále podněcovat, nedokáže samo jednat podle určitého záměru a

---

<sup>10</sup> Slabá zvědavost, neudrží pozornost při naslouchání, často se nechají rozptýlit jinými podněty, neudrží v paměti slovo nebo krátkou větu apod.



podřizovat svá jednání určité volní kontrole. Podobně je tomu s úrovní řečového projevu. Nesmíme podceňovat fakt, že období předškolního věku není u dětí s mentální retardací obdobím nejprudšího kvalitativního a kvantitativního rozvoje řeči. Řeč není hlavním prostředkem usměrňování chování dítěte a ani dítě samo nepůsobí na okolí prostřednictvím řeči, nevyvíjí se jeho představivost a iniciativa k přetváření či změně skutečnosti. Stimulace celkového psychického vývoje dítěte s mentální retardací prostřednictvím řeči je přirozeně zredukovaná a charakteristický je proto dlouhý časový úsek mezi osvojováním nových dovedností. Obtížně podřizuje své chování pravidlům, která jsou mu zprostředkována verbálně. (Zezulková, 2011) Těžištěm prevence v předškolním věku je všestranné podněcování dětí ke spontánnímu mluvení, zdokonalování mluvní pohotovosti, rozvoj smyslového vnímání, slovní zásoby, tvořivého myšlení, představivosti a fantazie, jakož i rytmického cítění a motorických schopností. Na ranou péči by proto mělo u dětí s mentální retardací navazovat předškolní vzdělávání, v němž je garantována logopedická péče. Integrace do běžné mateřské školy je optimální formou předškolního vzdělávání zvláště pro děti s lehkou mentální retardací, neboť přirozeně stimuluje jejich osobnostní, sociální a kognitivní rozvoj včetně řečového. Dětem s těžšími stupni mentální retardace vyhovuje v mnoha ohledech lépe vzdělávání v mateřských školách speciálních či ve třídách s programem upraveným podle speciálních vzdělávacích potřeb dětí, než v prostředí běžných mateřských škol<sup>11</sup>. Samozřejmostí by zde měla být odborná garance výchovné rehabilitace, zajištěná kvalifikovaným speciálním pedagogem nejlépe se zaměřením na psychopedii a logopedii. (Zezulková 2011)

Proces učení u žáků s mentální retardací probíhá jinak, a to v důsledku primárně narušených vnitřních předpokladů. Výrazným symptomem celkového psychomotorického opoždění od samého počátku vývoje je absence verbálních projevů. Žáci s mentální retardací se i ve školním věku řídí při učení více názornými jevy než slovní instrukcí, zatímco u intaktní populace má slovo řídicí úlohu už v předškolním období. Nebezpečím tohoto období je navíc pocit méněcennosti, který si dítě začíná uvědomovat v důsledku nízkého hodnocení dospělými v okolí, popř. v důsledku dalších negativních projevů<sup>12</sup>. Často vznikají sekundární důsledky postižení, projevující se neurotickými stavy, poruchami chování apod. Tím se zároveň redukuje možnosti pro výchovné působení a stimulaci celkového psychického vývoje prostřednictvím řeči. V důsledku organicky podmíněné menší pohyblivosti korových procesů se projevuje u žáků s lehkou mentální retardací celkově pomalejší *vnímání*, které je zjednodušené a nediferencované, zatížené poruchami koordinace a krátkodobou pozorností (obtížně si vybírají z větší nabídky objektů). *Představivost* se vyznačuje omezeností, útržkovitostí a nejasnými souvislostmi, což lze pozorovat ve stereotypní a obsahově chudé hrové činnosti, která přetrvává i v období povinné školní docházky. Hravý vztah ke skutečnosti je sice postupně nahrazován jinými formami činností, ale proces probíhá pomaleji než u intaktní populace. Mechanická *paměť* převažuje nad logickým

---

<sup>11</sup> nižší počet dětí ve skupině, speciálně upravené prostředí, speciální technické a didaktické pomůcky atd.

<sup>12</sup> vysmívání, ignorace apod.

zapamatování a všechny její složky (zapamatování, uchování i vybavování) jsou narušeny. *Myšlení* je stereotypní, nedůsledné, má slabou řídicí funkci, je ulpívavé a v souvislosti s deficitem v oblasti paměti se projevuje malá schopnost využití vědomostí v praxi. Myšlení zůstává převážně na konkrétní úrovni, částečně však může dosáhnout úrovně zevšeobecňování a abstrakce. *Řeč* se projevuje rovnoměrným opožděním v receptivní i expresivní složce s výraznějšími nedostatky ve všech jazykových rovinách. Mluvený projev přesto nemusí být nijak nápadný, protože je založen na jednoduchých řečových stereotypch. Zjevné potíže mohou nastat v nových či neobvyklých situacích, které vyžadují okamžitou reakci. Ke zvláštnostem v kognitivní oblasti se přidávají odchylky v úrovni *motorických schopností*. Pokud je etiologie organická, je pravděpodobnost deficitu v motorickém vývoji větší. Také oblast *emocionální* má u žáků s mentální retardací výrazná specifika, projevující se zejména nediferencovaností citů, egocentrismem, neadekvátními projevy citů apod. Z hlediska volných projevů je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulzivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita. Charakteristické jsou *poruchy vůle*, nerozhodnost, nedostatek vůle, neschopnost zahájit činnost apod. (Zezulková 2011)

Stále většího významu proto nabývá systém služeb a programů rané péče<sup>13</sup>, poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Zejména v oblasti pomoci rodinám, které vychovávají dítě s mentální retardací<sup>14</sup>, se skrývají velké rezervy, vyplývající z pozdní diagnostiky. Rozhodující je, aby obsahem komplexní péče byla nejen včasná diagnostika, ale rovněž péče medicínsko – terapeutická a pedagogicko - psychologická, vytvářející poradenskou podporu pro rodiče a vychovatele dítěte s mentálním postižením. (Klenková, 2006) Hledat, najít a uplatnit vhodný přístup k dítěti s postižením je nelehký úkol a rodiče/zákonní zástupci dítěte by proto neměli zůstat bez pomoci. V této souvislosti je potřeba zdůraznit význam partnerských vztahů mezi osobami zainteresovanými na péči o dítě s postižením, které jsou předpokladem pozitivních změn v jeho vývoji. Často se bohužel stává, že rodiče/zákonní zástupci dětí se zdravotním postižením nebývají považováni při plánování výchovně vzdělávacích strategií vlastního dítěte za partnery v pravém slova smyslu.

<b>Nabídka vzdělávacích možností pro jedince s mentálním postižením</b>	
<b>PŘEDŠKOLNÍ VĚK</b>	
Mateřská škola	Mateřské školy (MŠ) jsou součástí výchovně vzdělávací soustavy a zabezpečují předškolní výchovu ve spolupráci s rodinou. Neposkytují uznaný stupeň vzdělání (jako je tomu u

<sup>13</sup> Cílem rané péče je snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a jeho vývoj; zvýšit vývojovou úroveň v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy; posílit kompetence rodiny a snížit jejich závislost na sociálních systémech; vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace (srov. Klenková 2006, Ludíková 2003, Opatřilová 2006).

<sup>14</sup> zvláště pak u dětí s mírnějšími stupni postižení, kterých je v porovnání s ostatními stupni mentální retardace naprostá většina

	<p>základního, středního, vyššího odborného či vysokoškolského).</p> <p>Integrovaným dětem s mentálním postižením je zabezpečena nezbytná speciálně pedagogická podpora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je zajištěno osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni postižení</li> <li>- jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky</li> <li>- je zajištěna přítomnost asistenta (podle míry a stupně postižení)</li> <li>- počet dětí ve třídě je snížen</li> </ul>
Mateřská škola speciální	Je zřizována pro děti s mentálním postižením. Třída, ve které jsou zařazeny děti se zdravotním postižením má nejméně 12 dětí a naplňuje se do počtu 19 dětí.
<b>ŠKOLNÍ VĚK</b>	
Přípravná třída základní školy	Není-li dítě po dovršení šestého roku věku tělesně nebo duševně přiměřeně vespělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte, odloží ředitel školy začátek povinné školní docházky o jeden školní rok, pokud je žádost doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře. Pokud ředitel školy rozhodne o odkladu povinné školní docházky, doporučí zároveň zákonnému zástupci dítěte vzdělávání dítěte v přípravné třídě základní školy nebo v posledním ročníku mateřské školy, pokud lze předpokládat, že toto vzdělávání vyrovná vývoj dítěte.
Základní škola (vzdělávání formou individuální integrace)	Z důvodu zdravotního postižení žáků je třeba uplatňovat při jejich vzdělávání kombinace speciálně pedagogických postupů a alternativních metod s modifikovanými metodami používanými ve vzdělávání běžné populace. Tyto metody nacházejí uplatnění zejména při rozvíjení rozumových schopností, orientačních dovedností, zlepšování sociální komunikace a dalších specifických dovedností žáků. RVP ZV stanovuje odpovídající podmínky pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním a je východiskem pro tvorbu ŠVP. Vytvořené ŠVP jsou podkladem pro tvorbu individuálních vzdělávacích plánů.
Základní škola praktická/ třída s upraveným vzdělávacím programem	Pro žáky s lehkým mentálním postižením jsou zřizovány jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. Základní vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením, kteří se vzdělávají ve třídách nebo

	školách s upraveným vzdělávacím programem, může s předchozím souhlasem ministerstva trvat deset ročníků; první stupeň je tvořen prvním až šestým ročníkem a druhý stupeň sedmým až desátým ročníkem.
Přípravný stupeň základní školy speciální	<p>Příprava na vzdělávání dětem se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami nebo s autismem se může poskytovat v přípravném stupni základní školy speciální.</p> <p>Do třídy přípravného stupně základní školy speciální lze zařadit dítě od školního roku, v němž dosáhne 5 let věku, do zahájení povinné školní docházky, a to i v průběhu školního roku. Třída přípravného stupně základní školy speciální má nejméně 4 a nejvýše 6 žáků.</p> <p>Vzdělávání v přípravném stupni základní školy speciální trvá nejvýše 3 školní roky.</p>
Základní škola speciální	<p>Žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, žáci se souběžným postižením více vadami a žáci s autismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nejsou-li vzdělávání jinak.</p> <p>Vzdělávání v základní škole speciální má deset ročníků a člení se na první stupeň a druhý stupeň.</p> <p>První stupeň je tvořen prvním až šestým ročníkem, druhý stupeň sedmým až desátým ročníkem</p> <p>Ukončením vzdělávacího programu základního vzdělávání v základní škole speciální získá žák základy vzdělání.</p>
Individuální vzdělávání	Dítěti s hlubokým mentálním postižením stanoví krajský úřad místně příslušný podle místa trvalého pobytu dítěte se souhlasem zákonného zástupce dítěte takový způsob vzdělávání, který odpovídá duševním a fyzickým možnostem dítěte, a to na základě doporučujícího posouzení odborného lékaře a školského poradenského zařízení.
<b>OBDOBÍ ADOLESCENCE</b>	
Střední školy označované obvykle jako střední odborné učiliště.	<p>Střední vzdělání s výučním listem dosahované po 2–3 letech studia.</p> <p>Poskytuje kvalifikaci k dělnickým a obdobným povoláním.</p> <p>Žáci s mentálním postižením se vzdělávají podle speciálních vzdělávacích programů nebo podle individuálních vzdělávacích plánů (§ 18 školského zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením navazuje na základní vzdělání získané podle RVP ZV – Přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením; vzdělávání žáků se středně těžkým, těžkým a</p>

	<p>hlubokým mentálním postižením navazuje na získané základy vzdělání podle RVP základní školy speciální. Individuální i skupinová integrace těchto žáků vyžaduje odborně připravené pedagogy působící ve spolupráci s asistenty pedagoga. Je nutné akceptovat věkové zvláštnosti případných starších žáků (§ 55 odst. 2 školského zákona č. 561/2004 Sb., ve znění zákona č. 158/2006 Sb.). U žáků s mentálním postižením včetně souběžného postižení více vadami se předpokládá prodloužení středního vzdělávání až 2 roky (§ 16 odst. 6 školského zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů).</p>
<p>Střední školy označované obvykle jako odborná škola, odborné učiliště nebo praktická škola.</p>	<p>Střední vzdělání dosahované po 1–2 letech studia Jsou určeny pro žáky, kteří ukončili základní vzdělávání neúspěšně nebo získali pouze základy vzdělání. Cílem vzdělávání v praktické škole jednoleté je především zvýšení kvality života absolventů, kterým se v rámci jejich individuálních schopností nabízí možnost uplatnit se přiměřeným výkonem v chráněných pracovištích a při pomocných pracích v různých profesních oblastech. Praktická škola dvouletá doplňuje a rozšiřuje všeobecné vzdělání dosažené v průběhu povinné školní docházky. Vzdělávací proces je zaměřen na získání základních pracovních dovedností, návyků a pracovních postupů potřebných v každodenním i v budoucím pracovním životě. Poskytuje základy odborného vzdělání a manuálních dovedností v oboru dle zaměření přípravy a vedoucích k profesnímu uplatnění. Získané dovednosti mohou žáci také využít v dalším vzdělávání.</p>
<b>DOSPĚLOST</b>	
<p>Kurzy k doplnění základního vzdělání</p>	<p>Pro osoby s mentálním postižením jsou organizovány kurzy pro získání základního vzdělání při základních nebo středních školách.</p>
<p>Večerní škola pro dospělé klienty s mentálním postižením</p>	<p>Je určena pro dospělé klienty s mentálním postižením. Jejím obsahem jsou nejen aktivity spojené s opakováním již nabytých vědomostí, dovedností a návyků, ale i rozvoj v oblasti sebeobsluhy, samostatnosti a zručnosti.</p>

## 2.2 Edukace dětí a žáků s poruchou autistického spektra

Porucha autistického spektra je poruchou pervazivní. Postihuje všechny osobnostní složky člověka. Jde o poruchu celoživotní, ireverzibilní (nevratnou). Její etiologie je dosud neznáma. Porucha autistického spektra není druhem mentální retardace, i když s mentální retardací bývá v převažující většině případů spojena. Není ani zvláštním druhem schizofrenie, za nějž byl až donedávna pokládána. Vyčerpávající definice patrně dosud v naší literatuře neexistuje, proto se tato vývojová vada zpravidla charakterizuje souborem svých klinických projevů. V odborné literatuře nalezneme tzv. **triádu projevů**, s kterou se u jedinců s poruchou autistického spektra (PAS) setkáme: sociální vztahy, komunikace, percepce. (Howlin 2009)

Porucha socializace, neschopnost navazování a prožívání mezilidských vztahů, spojená zpravidla se závažnou poruchou komunikačních schopností, podle MKN-10, je zařazována mezi **pervazivní vývojové poruchy**. Termín pervazivní charakterizuje postižení pronikající všech oblastí osobnosti jedince. Jedná se o závažné a komplexní poškození psychického vývoje takto postižených žáků a studentů.

K poruchám autistického spektra řadíme např. dětský autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha, atypický autismus ad. Jednotlivé typy PAS se vyznačují svými specifickými projevy v rovině behaviorální, kognitivní, sociální atd., mají svou vlastní charakteristiku. Etiologie poruch autistického spektra dosud není exaktně známa, uvádí se však, že na vzniku PAS může mít vliv organické postižení mozku, nebo také nelze pochybovat o genetickém předurčení vzniku této choroby. Přestože autismus asi nejzávažnější porucha v lidských vztazích, nemá sociální původ. (Howlin 2009)

Prevalence poruch autistického spektra v populaci byla vypočítána na 0,9 %. Jinými slovy: 9 dětí z 1000 má nějakou z forem poruch autistického spektra. Etiologii PAS nelze přesně určit, záleží na individualitě jedince a na celé řadě dalších faktorů. Mezi možné příčiny vzniku se uvádí genetické faktory, metabolické poruchy organismu jedince, mozkové abnormality, zarděnky, tuberkulóza v těhotenství, asfyxie při narození, dětské nemoci v raném věku, další perinatální rizika. Z lékařského hlediska je autismus neurologická dysfunkce, která se manifestuje deficitem v chování založenými na mozkových abnormalitách. (Howlin 2009)

Autismus je v podstatě syndrom, který se diagnostikuje na základě projevů chování. Projevuje se buď od dětství, nebo v raném věku. Diagnostika autismu je mezioborová. Komplexní vyšetření zahrnuje nejprve psychologické a psychiatrické vyšetření, neurologické a speciálně-pedagogické vyšetření. Pro rámcové hodnocení míry dětského autismu se v ČR používá posuzovací škála CARS (Childhood Autism Rating Scale, Škála dětského autistického chování), u které se dítě hodnotí v 15 behaviorálních oblastech (vztahy k lidem, schopnost nápodoby, schopnost adaptace, úroveň nonverbální i verbální komunikace, percepční potíže,

hra a užívání předmětů, zvláštnosti v motorice), míra abnormality se hodnotí na čtyřstupňové škále. Škálou CARS je možné hodnotit děti od 2 let. (Howlin 2009)

Výchovně-vzdělávací proces by se měl u žáků a studentů s pervazivní vývojovou poruchou odvíjet od *správné diagnózy*, měl by být veden s vysokým důrazem na:

- **individuální přístup**
- **dostatečný časový průběh**
- **vhodné uspořádání prostoru.**

V podmínkách České republiky vzdělávání žáků a studentů s poruchou autistického spektra je postaveno na principu **strukturovaného učení**, které vychází z amerického modelu, konkrétněji z **TEACCH programu** (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) volně lze přeložit jako Terapie a vzdělávání dětí s autismem a dětí s příbuznými vadami komunikace. Může být aplikovatelný v každém věku. Jeho základní principy jsou:

- **individuální přístup** (systém edukace, volba vhodného pracovního místa a výchovného prostředí, volba patřičného individuálního plánu, volba potřebných strategií řešení behaviorálních problémů apod.)
- **strukturalizace** (strukturování prostředí - třída, pracovního místa, místo pro odpočinek, pro volný čas, pro jídlo ad., strukturování času - např. časového plánu práce ve třídě, doma, v zájmové činnosti ad.)
- **vizualizace** (slouží ke zviditelnění strukturovaného prostředí - např. jeho oddělením, ke zviditelnění a pochopení denního režimu z časového i obsahového hlediska - např. formou referenčních předmětů, fotografií, piktogramů, denní režim ve své srozumitelné vizuální podobě např. pomáhá žáků a studentům s autismem protože:
  - mnozí mají potíže se zapamatováním a smysluplným časovým zařazením některé jeho části,
  - vzhledem ke svým potížím s receptivním jazykem obtížně rozumějí pouze slovním instrukcím,
  - mají problémy s pozorností a potřebná informace je jim kdykoli k dispozici. (Mesibov, Shea, Schopler 1994)

Zásady uplatňované při edukaci jedinců s poruchou autistického spektra:

- Rozvíjet všechny dovednosti nutné k životu pomocí nejpřijatelnějších výchovných technik.
- Upravovat prostředí tak, aby deficitům bránilo.
- Znat nejlépe odpovídající individuální terapii, tj. co nejlépe porozumět každé individuální poruše učení nebo chování, co nejpřesněji zhodnotit vývojové možnosti žáka a studenta a navrhnout optimální prostředky jejich rozvíjení.
- Jejich specifické dovednosti (paměťové schopnosti, specifické zájmy a dobře zpracovávají zrakové informace) lze účinně využít při nácviku učení a nezávislosti.

- Zrakové konstrukce mohou pomoci při výuce a mohou zvýšit samostatnost, mohou také usnadnit spojení mezi domovem, školou a pracovištěm.
- Důležitá pro předcházení obtížím v chování, které jsou často zdrojem neschopnosti domluvit se, pocitu zklamání. (Mesibov, Shea, Schopler 1994)

Takto postižení lidé se potřebují naučit základním, sociálně nezbytným dovednostem, jakémusi minimálnímu sociálnímu standardu, který by jim umožnil alespoň nějakou, obecně přijatelnou adaptaci. K tomuto minimu by mělo směřovat veškeré terapeutické úsilí.

### **Legislativní rámec edukace žáků a studentů s kombinovaným postižením**

Podle MŠMT ČR se za postiženého více vadami považuje žák, který je postižený dvěma nebo více na sobě nezávislými druhy postižení, přičemž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Zpravidla jsou tito žáci zařazováni do takového typu školy, která odpovídá jejich nejzávažnějšímu druhu postižení. **Pro potřebu školství dělíme žáky s více vadami do tří skupin:**

- Skupina, v níž je **mentální retardace společným a dominujícím** faktorem.
- **Kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči.** Specifickou skupinu tvoří osoby hluchoslepé.
- Jedinci s **diagnózou autismus** a jedinci s autistickými rysy.

Skupinu žáků a studentů s těžkým zdravotním postižením vymezuje Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Za **žáky s těžkým zdravotním postižením** se pro účely této vyhlášky považují žáci s těžkým zrakovým postižením, těžkým sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým tělesným nebo těžkým či hlubokým mentálním postižením. Těmto žákům s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží nejvyšší míra podpůrných opatření (podrobněji viz 147/2011 Sb.).

Základní požadavky na vzdělávání představuje Národní program rozvoje vzdělávání tzv. Bílá kniha (2001). Definuje obecné cíle vzdělávání a obecné klíčové kompetence zaměřené zejména na rozvoj osobnosti, výchovu občana i přípravu na další vzdělávání či vstup do praktického života. Vymezuje oblasti a obsahy vzdělávání, které jsou nezbytné pro dosažení vzdělávacích cílů a pro získání požadovaných kompetencí absolventů.

Tento program navazuje na *Školský zákon č. 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním a vyšším odborném vzdělávání*, který vstoupil v platnost 1. ledna 2005. Stanovuje obecné podmínky výchovy a vzdělávání, vymezuje práva a povinnosti fyzických i právnických osob při vzdělávání a stanovuje působnost orgánů, které vykonávají státní správu a samosprávu v oblasti školství. Vzděláváním osob se speciálními vzdělávacími



potřebami se v tomto zákoně zabývá § 16, kde jsou řešeny základní terminologické otázky a dále § 18, 19, který řeší otázky sestavování individuálního vzdělávacího plánu.

Za závaznou se ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami považuje také vyhláška č. 72 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, která vstoupila v platnost 9. února 2005 a její novelizace (116/2011 Sb.) s platností od 1.9.2011. Upravuje činnost pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center. Vymezuje jejich kompetence a obsah činnosti či zařazování jedinců se speciálně vzdělávacími potřebami do jejich působišť podle druhu a typu postižení. Upravuje také standardní činnosti škol, které s nimi spolupracují.

Podrobně jsou podmínky vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami rozpracovány ve Vyhlášce č. 73 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ze dne 9. února 2005 a její novelizace (147/2011 Sb.) s platností od 1. 9. 2011. Ta definuje terminologii, formu speciálního vzdělávání, možnosti integrace, typy školských zařízení, rozpracovává podmínky sestavování individuálního vzdělávacího plánu, organizace školní výuky, zařazování žáků do speciálního vzdělávání. Podstatnou součástí této vyhlášky je její příloha, která určuje počty žáků ve třídách a počty pedagogických pracovníků, kteří se o žáky se speciálně vzdělávacími potřebami starají.

### 2.3 Edukace dětí a žáků se specifickými poruchami učení a chování

Specifické poruchy učení (SPU) a specifické poruchy chování (SPCH), též jednotně jako specifické poruchy učení a chování (SPUCH), doznaly řadu terminologických změn. Podle Swierkoszové (2008) zhruba od šedesátých let 20. století se u nás pro **specifické poruchy chování** krátce používal termín *lehká dětská encefalopatie* (LDE). Další termíny pak byly: *minimální mozková dysfunkce*, *drobné mozkové poškození*, *specifická vývojová porucha chování*, *percepčně motorická porucha*, *porucha školní přizpůsobivosti*. Stejně jako LDE je u nás znám i termín *lehká mozková dysfunkce* (LMD). V roce 1992 došlo k přijetí nové terminologie – *hyperkinetické poruchy* a od roku 1994 ADHD (anglicky: Attention Deficit Hyperactivity Disorders).

Mezi **specifické poruchy učení** patří:

- **dyslexie** – porucha osvojování čtenářských dovedností,
- **dysgrafie** – porucha osvojování psaní,
- **dysortografie** – porucha pravopisu,
- **dyskalkulie** – porucha matematických dovedností,
- **dyspraxie** – porucha postihuje osvojování praktických dovedností,

- **dyspinxie** – specifická porucha kreslení,
- **dysmuzie** - specifická porucha v oblasti hudebních dovedností,
- **neverbální poruchy učení** – poruchy, které se odpoutávají od řečové oblasti.

SPUCH představují konečný název pro skupinu heterogenních poruch, u kterých se jedná o dysfunkce centrálního nervového systému. Objevují se již v předškolním věku, člověk se s nimi potýká celý život a u každého jedince se mohou projevit v různé formě a intenzitě. (Swierkoszová 2010)

Samotné terminologické označení specifických poruch se váže především na etiologii, symptomatologii a speciálně pedagogickou intervenci, která je velmi žádoucí. Žák s poruchou ADHD vykazuje příznaky nesoustředěnosti, hyperaktivity nebo impulzivity. Odhadovaný výskyt této poruchy u školních dětí je 3-5%. V jiné literatuře však nalezneme, že prevalence SPUCH je daleko vyšší, dokonce až 16-20%. (srov. Swierkoszová 2008, Janků 2010).

Žáci se specifickými poruchami učení jsou zařazováni do příslušného typu škol na základě doporučení a výsledků odborného pedagogického a speciálně pedagogického vyšetření za souhlasu ředitele školy a zákonného zástupce dítěte. Co se týče obsahu, tak se vzdělávací proces nijak zásadně neodlišuje od vzdělávání jiných. Reedukační péče by měla být zajišťována kvalitním personálem, vytvořením vhodných podmínek pro výuku a v neposlední řadě speciálně pedagogickými postupy a metodami výuky. Nedílnou součástí tohoto složitého procesu je týmová práce, a to rodiny, školy a poradenského zařízení.

### **Legislativa upravující vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení a chování**

V současné době vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení legislativně upravuje zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ze dne 24. září 2004. Vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení se věnuje § 16. Na školský zákon navazují vyhláška 72 ze dne 9. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a vyhláška 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, včetně jejich novelizací, tj. 116/2011 S. a 147/2011 Sb. Obecné podmínky základního vzdělávání řeší vyhláška 48/2005 Sb. o základním vzdělávání a plnění povinné školní docházky. Ten uvádí podmínky, za kterých je organizováno základní vzdělávání a tyto podmínky se týkají i žáků se specifickými vzdělávacími potřebami.

### **Specifikace edukace**

Speciálně pedagogická péče je zaměřena na rozvoj a posílení oslabených funkcí centrálního nervového systému a osvojení potřebných dovedností. Výuku speciálních dovedností provádí speciální pedagog či učitel, který absolvoval program akreditovaný MŠMT v rámci dalšího

vzdělávání pedagogických pracovníků. Škola by měla umožnit žákům využívat dostupné kompenzační pomůcky – kalkulátor, počítač, magnetofon, speciální metodické pomůcky, přistupovat k nim individuálně. Rovněž jsou využívány alternativní metody a postupy. Úspěch a dosažení dobrých výsledků v edukačním procesu žáků se specifickými poruchami učení znamená mít dostatek vědomostí této oblasti, být vytrvalý, mít dobrou vůli a zažívat uspokojení i z malých úspěchů dosažených při práci.

**Organizace vzdělávacího procesu v kontextu žáků se SPU vyžaduje** (Swierkoszová 2008, 2010):

- Uplatňovat speciálně pedagogické postupy a způsoby práce v průběhu celého vyučování. Je důležité volit přiměřené tempo, individuální přístup, využívat možnosti úpravy rozsahu učiva.
- Přístup učitele při výuce, upřednostnění ústního osvojování učiva příslušného předmětu před písemným projevem, volba doplňovacích cvičení, omezení psaní diktátů nebo volba přípravy diktátu před samotným psaním.
- Přihlídnutí k charakteru poruchy při hodnocení a klasifikaci, kratší texty, kontrola porozumění textu, kritérium čitelnosti před úpravností, využívání názorných pomůcek.
- Vhodným způsobem vysvětlit ostatním žákům rozdílný přístup hodnocení žáků se SPU.
- Dát dítěti se SPU možnost zažít pocit úspěchu, chválit za snahu. Vycházet ze znalosti příznaků postižení.
- Zvýraznit motivační složku hodnocení. Hodnotit pouze jevy, které žák zvládl a využívat i jiných forem hodnocení. V období povinné školní docházky upřednostňovat širší slovní hodnocení. Přihlídnout k charakteru poruchy při klasifikaci a hodnocení.
- Specifický přístup při klasifikaci žáka je třeba uplatňovat ve všech předmětech, do kterých se promítají příznaky postižení.
- Individuální práce se žákem, respektování jeho pracovního tempa.
- Používat ověřené postupy i nové metody náprav.
- Snížený počet žáků ve třídě, zařazení do vhodné skupiny žáků.
- Přehledné a strukturované prostředí. Pravidelný režim dne, pravidelná relaxace.
- Dobrá komunikace školy s rodiči, aktivní spolupráce s rodiči zaměřená na jednotnost přístupu.
- Použití specifické postupy a metody výuky, posilovat dovednosti vlastního čtení a psaní, hlavně i schopnosti porozumět čtenému a psanému textu.
- Pracovat s učebnicemi, slovníky a dalšími tištěnými materiály.
- Podporovat koncentraci, potlačovat hyperaktivitu a impulzivní jednání, zajistit kvalifikovaný personál.

### **Přístupy k žákům se syndromem ADHD (Swierkoszová 2008, 2010):**

- Všichni dospělí, kteří se o dítě starají, by měli být s problematikou ADHD důkladně seznámeni.
- Dodržovat zásadu jednoduchosti, srozumitelnosti a důslednosti.
- Ve škole by dítě mělo sedět vždy v blízkosti učitele nebo vychovatele.
- Dítěti musí být dány jasné cíle, kterých má dosáhnout, musí být stanoveny na krátké časové období.
- Každý úspěch dítěte by měl být odměněn, a to tak často, jak je to jen možné.
- Při napomínání je třeba se zaměřit na kritiku chování – důvody nechat stranou. Dítě obvykle neví, proč dospělý hodnotí jeho projev jako nevhodný.
- Schopnost vycházet s druhými je narušena. Je třeba sociální dovednosti trénovat, rozpoznávat různé společenské situace, interpretovat je a vhodně na ně reagovat.
- Pro mnohé děti s poruchou pozornosti je typická upovídanost, ale přesto mají potíže zahájit verbální interakci a reagovat kladně na komunikaci ostatních.
- Rozebrat s učitelem projevy nepozornosti s cílem vytvořit optimální reedukační prostředí.
- Vysvětlit spolužákům odlišné hodnocení.
- Rodiče vést k zachycení i drobných úspěchů.
- Při individuálním přístupu zachytit kontinuum výkonnosti- úplný neúspěch až dokonalý úspěch.

#### **Příklad**

##### **Edukativní charakteristika žáka:**

- *chlapec, žák 6. ročníku, vyšetřen na PPP na doporučení školy a po dohodě s rodiči*
- *diagnóza – ADHD se sklony k agresivitě*
- *žák navštívil na doporučení i psychiatrickou ambulanci, bere léky na zklidnění*
- *výchovné problémy a neklid a agresivitu sledujeme již od nástupu do školy*
- *rodiče preferovali tzv. volnou výchovu s tím, že není třeba určovat pravidla*
- *narušená komunikace mezi chlapcem a rodiči e třídním kolektivem je chlapec akceptovaný, ale má osobní averzi k některým spolužákům i k pedagogům, snaží se na sebe upoutat pozornost za každou cenu,*
- *vměšuje se do sporů, které se ho netýkají, bohužel byl zapleten i do šikany spolužáka*
- *nerespektuje autority, má nízkou hranici sebekontroly, reaguje impulzivně, s afektem*
- *nežádoucí projevy dokumentovány ve speciálním sešitě, rodiče pravidelně informováni, řešení problémů na výchovné komisi, kázeňská opatření*

##### **Doporučení pro rodiče:**

- *stanovit pravidla a trvat na jejich dodržování*
- *uplatňovat rozumně laskavý přístup*
- *vypracovat systém odměny a trestů*
- *vymezit pravidelný režim dne-čas na školní přípravu a odpočinek*

- *zařazovat přestávky po 10 - 15 minutách*
- *netolerovat agresi a vulgaritu, motivovat pochvalou a ocenit i snahu*
- *vysvětlovat dopad a důsledky nežádoucího chování*
- *doporučení spolupráce s asistentem pedagoga a školním psychologem*

#### **Doporučení pro vyučující:**

- *dohodnout se na míře rozsahu podpory*
- *upevňovat pracovní návyky a žádoucí stereotypy v chování*
- *vést důsledně k dodržování pravidel*
- *opakovat pokyny, dávat pozitivní zpětnou vazbu*
- *spolupracovat se školním psychologem a asistentem pedagoga*
- *pomáhat při řešení sociálních situací*
- *umožnit relaxaci, nepřetěžovat žáka, střídat činnosti, trénovat koncentraci*
- *chválit a ocenit i snahu*
- *podporovat zájem žáka o určité vědomosti*
- *používat názorné pomůcky, reedukační péče 1 hod. týdně na doporučení PPP*
- *změna přístupu vyučujících-omezení spouštěčů*

#### **Doporučení pro školu:**

- *nadále spolupracovat s PPP*
- *pokračovat ve spolupráci s asistentem pedagoga a školním psychologem*
- *uspořádat seminář o ADHD a dalších poruchách chování pro vyučující*

Existuje několik výchovně vzdělávacích metod, které se používají v edukaci dětí a žáků se SPUCH. Jejich výběr by měl být vždy individuální, v závislosti na mnoha okolnostech. Měl by být konzultován s odborníky. Nejznámější aplikovaná metoda v edukaci dětí a žáků se SPUCH je **Metoda dobrého startu**. Její průkopnicí v ČR je PhDr. Jana Swierkoszová. Ta uvádí, že Metoda dobrého startu je příkladem multisenzoriálního přístupu k dětem, žákům. Doporučuje, aby se při její aplikaci velmi rozvážilo, kolik dětí (žáků) ve skupině se dá zvládnout. Pokud si to náročnost případu vyžaduje, může se pracovat jen s jedním dítětem (žákem). Metoda dobrého startu (MDS) sleduje rozvoj psychomotoriky ve všech aspektech v součinnosti se sférou emociálně motivační a sociální. Cvičení MDS u dětí s normální psychomotorickou úrovní rozvoj aktivizují, u dětí s poruchami vývoje upravují nepravidelně se rozvíjející funkce. MDS je určena dětem ve věku 5 -12 let. Metoda je rozpracovaná do 25-ti lekcí s dostatečným výběrem modelových situací, respektuje individualitu dítěte i možnosti učitele, vychovatele, speciálního pedagoga, psychologa a dalších odborníků s pedagogicko - psychologickým vzděláním, akceptuje aktuální odborné poznatky a možnosti škol, pedagogicko psychologických poraden, speciálně pedagogických center, je použitelná i ve zdravotnických a nestátních pedagogicko psychologických zařízeních. (Swierkoszová 2008)

## 2.4 Edukace dětí a žáků s problémy a s poruchami chování

V pedagogické praxi se dnes běžně setkáváme s žáky, kteří jsou svými pedagogy označováni za problémové. Problémové chování se u jednotlivých žáků liší v závislosti na mnoha okolnostech. Velikou roli může hrát věk, situace, prostředí, zkušenost, individuálnost, kolektivnost apod. Podíváme-li se kupříkladu na žáky prvního a žáky druhého stupně základní školy, též na žáky středního odborného učiliště či gymnázia, charakter problému chování je zcela jiný. Stejně tak míra hodnocení chování, tolerance či přístupu k etopedicky zaměřené intervenci pedagogů na jednotlivých vzdělávacích stupních je rozdílná.

Příklad toho, jak rozdílně pedagogové vnímají problémové chování

PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ ŽÁKŮ – JAK JEJ VNÍMAJÍ VÝCHOVNÍ PORADCI	
výchovný poradce na gymnáziu	výchovný poradce na odborném učilišti
• Každé pondělí přijde do výuky s pětiminutovým zpožděním.	• Po druhé vyučovací hodině utekl z vyučování.
• Má tendenci doplňovat výklad vyučujícího.	• Zmlátil spolužáka na toaletách.
• Ve vyučování používá mobilní telefon.	• Neustále se vyhrožuje.

Etiologie problémů chování je multifaktoriální (multidimenzionální, polyetiologická), zasahuje do šíře roviny sociálního prostředí a do řady dalších faktorů, které mají přímý i nepřímý vztah k behaviorálním projevům chování.

Obecně lze říci, že za problémové žáky učitelé považují dva typy žáků:

- jsou **to žáci, kteří vyrušují** při procesu vyučování (*typy: neklidný žák, konfliktní žák, provokující žák, agresivní žák*),
- jsou **to žáci, kteří odmítají** v procesu vyučování **pracovat** (*může odmítat jít k tabuli, když je vyvolán, vypracovat cvičení, předložit svou práci ke kontrole, může odmítat odpovědět na otázku, nosit si pomůcky, může být celkově při vyučování pasivní*) (Auger-Boucharlat 2005).

Sociální prostředí lze rozčlenit na:

- **mikrosociální prostředí**, které tvoří rodina, v něm probíhá primární socializace;
- **mezosociální prostředí**, v rámci něhož nás obklopují přátelé, kamarádi, členové různých part či společenstev, také škola, která je místem sekundární socializace;
- **makrosociální prostředí** je spojováno s celou společností, jejími hodnotami a společenskými normami;

- **exosociální prostředí** je vytvořeno lidmi, které bezprostředně znát nemusíme, ale kteří přesto do určité míry zasahují do našich životů, a to prostřednictvím zkušeností našich blízkých.

Na problémy chování žáka můžou do značné míry působit sami rodiče, jejich výchovný styl, starostlivost, celková rodinná pohoda. Nemalý podíl může mít osobnost pedagoga, jeho přístup, erudice a mnoho dalších činitelů. Chceme-li problémy řešit, musíme přijít na to, co je skutečně vyvolalo. Svou pozornost zaměřit na ty konkrétní faktory, které ty konkrétní problémy vyvolaly. Jednotlivé výchovné problémy nelze řešit rámcově, schématicky. Jsou to vždy problémy týkající se individuálního případu, individua. Proto je nutné takto se k nim stavět. Při intervenci dodržujeme obecné pedagogické či speciálně pedagogické zásady. Bereme v potaz žakovou perspektivu v procesu vyučování, v kontextu sociálního třídního klimatu, též myslíme na perspektivu celoživotní.

Podle autorek Auger a Boucharlat (2005) roli hraje **identifikace a projekce** učitele. Učitel, který byl sám dobrý žák, se identifikuje nejčastěji s úspěšnými žáky. Pokud je mezi žákem a jeho vlastními zkušenostmi z doby školní docházky příliš velký rozdíl, hrozí, že mezi oběma dojde k nedorozumění, k odmítavým reakcím. Má-li však učitel ze svých školních let zkušenost s neúspěchem, bude lépe rozumět žákům, kteří mají ve škole problémy.

Pedagogická praxe se poměrně často zabývá otázkou ideálního učitele. Ideální učitel by měl mít určitý soubor kvalit, pro který jej žáci, případně jejich rodiče považují za ideálního pedagoga. Soubor příslušných oceňovaných kvalit úzce souvisí s osobností člověka: s jeho temperamentem, charakterem, sociálním cítěním, pevnou vůlí a s intelektovou stránkou. Nazveme-li kvality související s osobností člověka osobnostními kompetencemi, poté je můžeme pojmut jako osobnostní psychické kvality učitele. Prokešová (1997) ve své publikaci vymezuje osobnostní psychické vlastnosti učitele. Detailněji rozebírá jednotlivé oblasti, mezi ně řadí temperament, emocionální, volní a intelektuální schopnosti a charakter učitele.

S osobností a profesí učitele souvisí uplatňované výchovné styly. **Styly výchovného působení učitele**, také často označované jako styl nebo způsob výchovy učitele, představují řadu klíčových momentů ve výchovně vzdělávacím procesu. Jedná se především o: *emoční vztahy dospělých a dětí; jejich způsob komunikace; velikost požadavků na dítě; způsob jejich kladení a kontroly.* (Čáp, Mareš, 2007) A právě z hlediska těchto významných momentů, s kterými se setkáváme při vzájemné interakci učitele a žáka nebo naopak, lze vyčlenit následující styly výchovného působení učitele. U jednotlivých stylů předkládáme elementární charakteristiku. Pro detailnější analýzu odkazujeme na odbornou literaturu.

- **Autoritativní styl** (též označován jako *autokratický, dominantní*) výchovy neposkytuje žákům dostatečně velký prostor k samostatné práci, k činnosti, kterou by si sami mohli vybrat. Z toho vyplývá také skutečnost, že učitel jako jediný rozhoduje o konkrétní školní činnosti a jejím časovém a prostorovém horizontu. Od žáka se vyžaduje podrobování se učitelově autoritě. Takovému modelu říkáme, že se jedná o model pedeutologický, neboť středem veškerého výchovného působení je pedagog – učitel. Učitel je také tím, kdo rozhoduje o správnosti úkolu, reaguje na dotazované otázky a trestá jakoukoliv „výchylku“ ze stanoveného řádu. Je také tím, kdo výrazně determinuje žáky svými úsudky, zkušenostmi a neposkytne jim prostor pro vlastní kreativitu a iniciativu. V odborné literatuře se dočteme, že autoritativní styl výchovy učitele poměrně často vede u žáků k poruchám učení a k psychické labilitě. (srov. Vališová a kol. 1998, 1999; Řehulka 1995; Rys 1975; Čáp, Mareš 2007; Göbelová 2004)
- **Demokratický styl** (též označován jako *sociálně integrační, sociálně integrativní*) výchovy je považován za adekvátní, příznivý. Vytváří optimální podmínky pro žáky, jejich školní práci. Třídní kolektiv, v němž je uplatňován tento styl výchovy, pracuje samostatně, s vlastním uvážením. V něm se žáci spolupodílí na rozhodování, výběru činností. Učební cíl učitel vytyčuje spolu se žáky, nedirektivním způsobem. Atmosféra ve třídě garantuje přátelské vztahy. Žáci se vyučování zúčastňují z vlastní iniciativy, chtějí dosáhnout daného cíle. Volbu metod a postupů práce učitel konzultuje se žáky, monitoruje, co jim nejvíce vyhovuje. Učitel výchovně působí spíše příkladem než tresty a zákazy. Významným poznatkem je také to, že demokratický styl výchovy brání vzniku frustrace a poruch učení. (srov. Vališová a kol. 1998, 1999; Řehulka 1995; Rys 1975; Čáp, Mareš 2007; Göbelová 2004)
- **Liberální styl** (též označován jako *slabý, laissez-faire, liberální výchova*) výchovy na rozdíl od autoritativního a demokratického výchovně působí málo, nebo dokonce vůbec. Učitel neklade požadavky adresované žákům, pokud ano, tak je dostatečně nekontroluje. Role učitele je pasivní a je projevem jeho profesionální rezignace nebo pracovní pohodlnosti či neodpovědnosti. Je výrazem negativní pedagogiky. Liberální styl výchovy má negativní dopad na pozitivní vývoj žáka, neboť neformuje potřebné povahové rysy. Atmosféra ve třídě je smíšená. Převažuje lhostejnost, nezájem, nekázeň. Z hlediska úrovně vědomostí a dovedností lze říci, že žáci vedeni učitelem liberálního stylu výchovy vykazují významné nedostatky na rozdíl od žáků, jenž jsou vedeni autoritativním a demokratickým stylem výchovy. (srov. Vališová a kol. 1998, 1999; Řehulka 1995; Rys 1975; Čáp, Mareš 2007; Göbelová 2004)



Problémy chování dětí a mládeže bývají někdy laickou veřejností zaměňovány za poruchy chování. V případě poruch chování v dospělém věku hovoříme o poruše osobnosti. Diferenciaci poruch chování od problému chování lze vyjádřit těmito kritérii:

- **intervenční přístupy,**
- **motivace a příčiny nevhodného, neadekvátního chování,**
- **v časové délce výskytu,**
- **v počtu prostředí, ve kterém se nevhodné, neadekvátní prostředí projevuje,**
- **v ontogenetickém období, ve kterém se nevhodné, neadekvátní chování vyskytuje,**
- **návaznost na odlišné sociokulturní prostředí a jiné.**

V intervenční pedagogické praxi problémy chování se řeší běžnými pedagogickými přístupy, zatímco u poruch chování se využívají speciálně pedagogické postupy. Problémové chování jedinců je záměrné, účelné. Jedinec s poruchou chování si mnohdy své nevhodné konání neuvědomuje, není vybíráno cíleně. Abychom mohli hovořit o poruše chování, měla by se vyskytovat v časovém horizontu minimálně 6 měsíců. Porucha chování se objevuje minimálně ve dvou různých prostředích (*např. rodinné a školní prostředí*). Neadekvátní chování se neváže na projevy typické v daném kritickém ontogenetickém období (*např. období negativismu*) a též porucha chování nemá přímou souvislost s odlišným sociokulturním prostředím, z něhož jedinec pochází.

**Porucha chování** je každá negativní odchylka od normy, která má obraz trvalého a vědomého jednání označeného jako nežádoucí projevy v chování, které mohou vyústit až do stádia delikvence a kriminality. U vymezení poruch chování vycházíme z těchto hledisek:

- jedinec nerespektuje sociální normy platné v dané společnosti,
- projevuje se výraznými nápadnostmi v oblasti sociálních vztahů, nedostatkem empatie, citovou chladností a egoismem.

Americký psycholog Bower uvádí znaky poruchy chování:

- Neschopnost učit se, která nemůže být vysvětlena na základě intelektových, smyslových nebo zdravotních faktorů.
- Neschopnost navazovat a udržovat uspokojivé interpersonální vztahy s vrstevníky a učiteli.
- Nepřiměřené chování a emoční prožívání v běžných podmínkách.
- Celkový sílící pocit neštěstí a deprese.
- Tendence k rozvoji somatických symptomů, bolesti a strachu na základě osobních a školních problémů.

Mezi příčiny PCH řadíme osobnostní charakteristiky a genetické dispozice, oslabení nebo poruchy CNS, úroveň inteligence, vlivy sociálního rodinného prostředí, subdeprivační

a deprivanční zkušenosti dítěte, subkultury a vrstevnické sociální prostředí, minoritní sociální skupiny a životní prostředí a jeho vliv na vývoj člověka. (Vitásková 2005)

Poruchy chování mají multifaktoriální charakterem, jejich dimenze je variabilní, projevy jsou různé, závislé na mnoha okolnostech. Problematikou poruch chování se zabývají obory: **medicína, psychologie a speciální pedagogika etopedická**. Klasifikace a diferenciací poruch chování je tak závislá na oboru. Rozlišujeme např. klasifikaci poruch chování:

- **medicínskou** – ta vychází z WHO (*World Health Organisation, česky Světová zdravotnická organizace, ve zkratce SZO*), z mezinárodní klasifikace nemocí, též ze standardů Americké psychiatrické asociace;
- **společenskou** (sociální) – odborníky je považována za zastaralou, ovšem stále užívanou, vychází z koncepce prof. Miloše Sováka;
- **dimenzionální** – jenž se využívá v anglosaských zemích;
- **školskou/pedagogickou** – jenž je spojována s konfliktem, s násilím a se závislostí.

Klasifikace poruch chování a emocí podle WHO (**medicínské hledisko**):

**Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (1993) – F90 – F98:**

- I. **Hyperkinetické poruchy (F90)**
- II. **Poruchy chování (F91)**
  1. Porucha chování ve vztahu k rodině
  2. Nesocializovaná porucha chování
  3. Socializovaná porucha chování
  4. Porucha opozičního vzdoru
- III. **Smišené poruchy chování (F92)**
  1. Depresivní porucha chování
  2. Jiné smíšení poruchy chování a emocí
- IV. **Emoční poruchy (F93)**
  1. Separanční úzkostná porucha v dětství
  2. Fóbická úzkostná porucha v dětství
  3. Sociální úzkostná poruchy v dětství
  4. Porucha sourozenecké rivality
  5. Jiné poruchy emocí
- V. **Poruchy sociálních vztahů (F94)**
  1. Elektivní mutismus
  2. Reaktivní porucha přichylnosti
  3. Desinhibovaná porucha přichylnosti
- VI. **Tikové poruchy (F95)**
  1. Přejídná tiková porucha
  2. Chronická motorická nebo vokální tiková porucha
  3. Kombinovaná tiková porucha – Tourettův syndrom
- VII. **Jiné poruchy chování a emocí (F98)**
  1. Neorganická enuréza denního či nočního typu
  2. Neorganická enkopréza
  3. Porucha příjmu jídla v útlém dětském věku
  4. Pika
  5. Poruchy se stereotypními pohyby
  6. Koktavost
  7. Brebtavost

Další členění poruch chování může být:

- **podle výskytu agresivity** (*agresivní porucha chování a neagresivní porucha chování*),
- **podle prognózy** (*porucha chování s dobrou prognózou a porucha chování se špatnou prognózou*),
- **podle vlivů** (*porucha chování s vnitřními vlivy a porucha chování s vnějšími vlivy*),
- **podle míry socializace** (*socializovaná porucha chování, nesocializovaná porucha chování*),
- **poruchy chování externalizované a poruchy chování internalizované.**

Podle Americké psychiatrické akademie dítěte a adolescenta (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2008, on-line) existuje celá řada faktorů mající vliv na nevhodné (*někdy až násilnické chování*) dětí. Každému faktoru by měla být dostatečně věnována pozornost. Při intervenci se počítá primárně s participací rodičů, učitelů a dalších subjektů, jež mají blízký vztah k výchovnému působení dítěte. Intervence by měla být zahájena hned, jakmile se takové chování projeví, aby se mohlo zamezit prohloubení problému. Mezi faktory zvyšující riziko akademie řadí:

- předešlé agresivní či násilnické chování;
- dítě je obětí fyzického týrání a/nebo sexuálního zneužívání;
- dítě vyrůstalo v domácím prostředí a/nebo v komunitě, kde se objevila taková forma chování;
- genetické (hereditární) faktory;
- dítě vyrůstá v domácím prostředí bez selekce obsahu médií;
- dítě užívá drogy a/nebo alkohol;
- dítě vyrůstá v prostředí, v němž se vyskytují různé zbraně;
- kombinace faktorů ovlivňující socioekonomickou oblast rodiny (těžká forma deprivace, rozpad manželství, dítě s jedním rodičem, nezaměstnanost, ztráta sociální podpory ze strany rodiny);
- fyziologické poškození mozku.

Walker a Severson (2002) vytvořili čtyřdílný rámec skupin rizik spojených s vývojem dítěte do dospělosti. Na tento rámec navazuje Vojtová (2008, s. 29-41), která zkonstruovala skupiny s charakteristikami rizik vývoje z etopedického pohledu. Rizika spojena s vývojem dítěte:

- osobnost dítěte,
- rodina dítěte,
- škola dítěte,
- společnost.

<b>Skupiny rizik spojených s vývojem dítěte do dospělosti</b> (zpracováno a upraveno podle Walker, Severson 2002 a Vojtová 2008)	
<b>Rizika spojená s osobností dítěte</b>	
<b>NEMOC</b>	nedonošenost, nízká porodní váha, postižení, nemoc, prenatální postižení mozku, porodní úraz, chronické onemocnění
<b>INTELEKT</b>	nízká inteligence, obtížný temperament, hyperaktivita-narušené chování, impulzivita
<b>SOCIÁLNÍ DEFICIT</b>	slabé vazby, malá schopnost řešit problémy, malé sociální dovednosti
<b>DISPOZICE K PORUŠE OSOBNOSTI<sup>15</sup></b>	obdiv k násilí, nízká sebeúcta, nedostatek empatie, egocentrismus
<b>EMOCE</b>	absence klíčové osoby, život v institucionální péči
<b>Rizika spojená s rodinou dítěte</b>	
<b>STRUKTURA</b>	rodinná konstelace – neúplná, početná rodina, nepřítomnost otce, nezletilá matka, dlouhodobá nezaměstnanost rodičů
<b>NARUŠENÍ</b>	narušené rodinné prostředí – manželské spory, rodinné násilí a disharmonie, negativní interakce s okolím, sociální izolace, psychiatrická onemocnění (mj. deprese;)
<b>VZOR</b>	kriminalita, antisociální chování, zneužívání návykových látek;
<b>VÝCHOVNÝ STYL</b>	nedostatečné vedení a kontrolování dítěte, proměnlivé vyžadování kázně, odmítání dítěte, týrání, nedostatek přívětivosti a zájmu, malé zapojení do aktivit dítěte, zanedbávání
<b>Rizika spojená se společností</b>	
<b>PODMÍNKY</b>	socioekonomické znevýhodnění, hustota zalidnění a životní podmínky, městská část
<b>NORMA</b>	násilí a kriminální činnost v okolí, přijímání násilí jako akceptovatelnou formu reakce na frustraci
<b>DEFICIT</b>	kulturní normy, znázornění násilí v médiích, nedostatek podpůrných služeb
<b>ŽIVOTNÍ SITUACE</b>	obchodování s dětmi, válečné konflikty
<b>Rizika spojená se školou</b>	
<b>ŠKOLA</b>	školní neúspěch, nepřiměřené nároky, pozice „outsidera“, nedostatek příležitostí k učení, slabá vazba na školu, nevhodné kázeňské prostředky, zaměření na chybu a nevyhovující kázeň, škodlivá vrstevnická skupina, přijetí agrese jako normy, šikanování, odmítání vrstevníky, sociální izolace

<sup>15</sup> Porucha osobnosti dříve nazývaná jako psychopatie.

## 2.5 Edukace dětí a žáků s narušenou komunikační schopností

Potíže v oblasti řeči, jazyka a komunikace, které byly diagnostikovány v předškolním věku, přetrvávají v počátcích povinné školní docházky, a to u 6 – 8 % žáků<sup>16</sup>. Učitelé se častěji setkávají se žáky, u nichž se jedná o prodloužené období fyziologických potíží, přirozeně méně frekventovaný je výskyt **žáků s narušenou komunikační schopností**. Jsou to ti žáci, u nichž se projevuje deficit v jazykových, řečových či komunikačních dovednostech.

**O narušené komunikační schopnosti hovoříme tehdy, jestliže některá jazyková rovina v mluveném projevu (případně několik rovin současně) působí rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru jedince.** Může přitom jít o jazykovou rovinu zvukovou (foneticko-fonologickou), gramatickou (morfológicko-syntaktickou), lexikálně sémantickou (slovní zásoba, význam slov) nebo pragmatickou (sociální). Narušení se může týkat verbální i neverbální, mluvené i grafické formy řeči, její expresivní či receptivní složky.

O narušené komunikační schopnosti naopak nemůžeme mluvit v případech, když sice některá rovina jazykových projevů jednotlivce působí rušivě vzhledem k jeho komunikačnímu záměru, avšak vysílatel nebo příjemce informace nepoužívají stejný kód – společný jazyk. Jde o případy, kdy se např. snažíme komunikovat v cizím jazyce, ale neovládáme ho dokonale. Také mluva ovlivněná nářečím není odchylkou v komunikačních schopnostech.

Kterého žáka lze považovat za rizikového z hlediska možnosti vzniku narušené komunikační schopnosti?

- žáka, u něhož přetrvávají při vstupu do povinného vzdělávání fyziologické potíže ve vývoji řeči<sup>17</sup>, reedukace u logopeda neprobíhá;
- žáka s diagnostikovanou narušenou komunikační schopností (dále NKS) dominantního charakteru, který je v péči logopeda;
- žáka, u něhož se projevila NKS v průběhu školní docházky;
- žáka s NKS, která je symptomem jiného dominantního postižení (např. smyslového, tělesného, mentálního apod.). V textu se nebudeme podrobněji zabývat problematikou žáků se symptomatickými vadami řeči<sup>18</sup>.

### **Stručný přehled nejčastějších druhů narušené komunikační schopností u žáků**

Před zahájením školní docházky je základní vývoj řeči téměř ukončen, řečové dovednosti dítěte měly dosahovat patřičné úrovně po stránce obsahové i formální. V průběhu školní docházky dochází k jejich dalšímu zpřesňování, zdokonalování a zkvalitňování. Intelektualizace řeči je procesem celoživotním. Celkový vývoj dítěte sledují pediatři, kteří by měli při zjištění odchylek ve vývoji řeči doporučit zákonným zástupcům dítěte návštěvu

<sup>16</sup> Někteří odborníci uvádějí, že 6-8 % dětí předškolního věku má potíže s osvojením řeči

<sup>17</sup> nejčastěji fyziologická dyslalie, fyziologická neplnulost, fyziologický dysgramatismus

<sup>18</sup> narušení řeči a komunikace v důsledku jiného postižení (mentální postižení, smyslová postižení apod.)

odborníka – logopeda. Často bývají iniciátorkami odborné péče učitelky v mateřských školách, ne všechny děti jsou však do preprimárního vzdělávání zapojeny, ne vždy jsou učitelky vyslyšeny. Učitelé v základních školách se tak někdy setkávají u žáků s patrnými nedostatky v komunikaci. Někdy k „odhalení“ dojde u zápisu, jindy až po zahájení prvního školního roku.

### **Dyslalie**

Dyslalie je porucha artikulace, která se projevuje neschopností vyslovovat jednotlivé hlásky, popř. skupiny hlásek podle kodifikovaných norem mateřského jazyka. Tato narušená komunikační schopnost je nejrozšířenější nejen u žáků všech typů škol, ale také u dospělých osob.

V období mladšího školního věku se mohou objevit případy tzv. *prodloužené fyziologické dyslalie*, která se v souvislosti s dozráváním nervové soustavy dítěte, podporou správného vývoje řeči a souběžně s osvojováním čtení a psaní většinou upraví spontánně. Jestliže přetrvává nesprávná výslovnost i po sedmém roce věku, zpravidla jde o patologickou odchylku<sup>19</sup>, která vyžaduje logopedickou intervenci.

Dítě s dyslalií je v průběhu povinné školní docházky ohroženo školní neúspěšností, protože nesprávná výslovnost se promítá nejen do chybného čtení a psaní, ale ovlivňuje i jeho sociabilitu. V rámci diferenciatní diagnostiky (v úzké spolupráci s logopedem) musí být stanovena příčina, např. :

- nerozpoznaná percepční vada sluchu (dítě nevnímá vysoké tóny)
- nediferencované fonemické uvědomování
- anatomická stavba dutiny ústní (problematický skus) ad.

*V 5 letech byla Markovi diagnostikována dyslalie multiplex (asimilace sykavek, nesprávná výslovnost hlásek - l, d, t, r ), nediferencované fonemické uvědomování, potíže při reprodukci rytmu, neobratná grafomotorika. Z důvodu celkové nezralosti byl Markovi doporučen odklad povinné školní docházky. Rodiče pravidelně navštěvovali se synem logopedku, která spolupracovala s logopedickou asistentkou v mateřské škole a později v základní škole. Nyní je Marek ve čtvrté třídě a nadále probíhá logopedická péče – automatizace hlásek L a R, cvičení fonemické diferenciaci, sluchové paměti a čtení s porozuměním. Třídní učitelka zaznamenala u Marka postupné zlepšování ve výukových předmětech, zejména v českém jazyce, kde zpočátku Markova výkonnost hraničila s dyslexií.*

**Podle potřeby by měla být dítěti s dyslalií dostupná kvalitní logopedická intervence. Pokud výše uvedené možné příčiny nejsou prověřeny, existuje riziko trvalé fixace nesprávné výslovnosti.**

---

<sup>19</sup> Např. nesprávná výslovnost sykavek se nazývá sigmatismus, odchylky ve výslovnosti hlásky L – lambdacismus, vadná výslovnost hlásky R – rotacismus, hlásky Ř – rotacismus bohemicus atd.

### **Vývojová dysfázie (vývojová nemluvnost)**

Dysfázie je specificky narušený vývoj řeči, který neprobíhá předpokládaným způsobem. Projevuje se sníženou schopností nebo neschopností verbálně komunikovat i přesto, že jsou zachovány všechny podmínky k vývoji řeči.

Dítě má přiměřenou (neverbální) inteligenci, nevyskytuje se závažná porucha sluchu, závažné neurologické nebo psychiatrické nálezy, dítě vyrůstá v podnětném, stimulujícím prostředí, bez známek citové deprivace.

Vývojová dysfázie se projevuje nápadnou deformací slov, a to od jednotlivě patologicky tvořených slov až po nesrozumitelnou řeč (přičemž izolované hlásky dítě může vyslovovat správně), závažnějšími nedostatky ve fonémickém uvědomování, přetrvávajícím dysgramatismem až do školního věku apod. Dítě si své nedostatky uvědomuje a obvykle ztrácí zájem o dorozumívání mluvenou řečí. Řečový vývoj stagnuje a postupně bývají upřednostňovány neverbální způsoby komunikace – gesta, v ukazování apod.

*Aleš začal navštěvovat logopedickou poradnu v 5 letech s dg. dyslalie multiplex (záměna E za A, K za T, porucha měkčení - DĚ, TĚ, NĚ jako DE, TE NE, nesprávná výslovnost obou řad sykavek ČŠŽ - CZS, L vyslovuje na spodině ústní, vynechává R, Ř zaměňuje za Ž).*

*S nástupem do 1. třídy se na logopedické péči podílela také logopedická asistentka. Úprava výslovnosti probíhala velmi pomalu a obtížně, u Aleše přetrvávalo nediferencované fonémické uvědomování, dysgramatismus, problémy s reprodukcí rytmu, oslabená pozornost, rychlá unavitelnost. Ve 2. třídě byla Alešovi diagnostikována vývojová dysfázie a doporučeno speciální vzdělávání. Nyní je žákem 8. třídy a stále probíhá logopedická péče. Řeč působí těžkopádně a při rychlejším tempu nesrozumitelně, asimilaci sykavek zvládl v řeči i písmu, výslovnost Ř není zafixována. Nadále se pracuje na rozvoji fonémického uvědomování, zrakové a sluchové paměti, reprodukci rytmu.*

### **Důsledky vývojové dysfázie v procesu edukace:**

Porucha zasahuje receptivní i expresivní složku řeči v různých jazykových rovinách. Postihuje nejen výslovnost, gramatickou strukturu, slovní zásobu a rovinu pragmatickou, ale setkáváme se i s deficitem v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, paměti a pozornosti, projevují se specifické poruchy učení.

Lehčí stupeň vývojové dysfázie může být snadno zaměněn s dyslalií, případně její projevy mohou být považovány za chyby z nepozornosti (např. ve větě syntaxu, použití diakritiky, při záměně písmen apod.).

*Pětiletý Radek nemluvil, na dotazy pouze pokýval hlavou nebo použil jednoslovné odpovědi (jo, ano, ne). Proběhlo diagnostické šetření (logopedické, psychologické, foniatrické a neurologické), na jehož základě byl diagnostikován narušený vývoj řeči (vývojová dysfázie). Po dohodě s matkou byl chlapec umístěn do internátní mateřské školy logopedické. Zde pokračovalo pozorování chlapce, diagnostický proces, probíhala edukace. V průběhu edukačního procesu se potvrdilo, že se nejedná o dg. vývojová dysfázie, ale projevuje se opoždění ve vývoji řeči vlivem nepodnětného, nestimulujícího prostředí. Chlapec začal navštěvovat MŠ a před zahájením*

*povinné školní docházky vyšetření školní zralosti potvrdilo, že došlo u Radka k podstatnému rozvoji ve všech složkách komunikačního procesu a prognóza jeho dalšího vývoje byla uspokojivá.*

**Žáci s vývojovou dysfázií vyžadují dlouhodobou intenzivní logopedickou péči. Při těžších stupních vývojové dysfázie je vhodnější speciální vzdělávání formou individuální integrace, popř. dočasné vřazení žáka do základní školy logopedické.**

### **Elektivní (selektivní) mutismus**

Elektivní mutismus je narušená komunikační schopnost, která se projevuje oněměním, útlumem artikulované řeči v návaznosti na určitou situaci, prostředí, osobu. Není podmíněna organickým poškozením centrálního nervového systému.

Nejde o poruchu řeči v pravém slova smyslu (dítě umí mluvit), ale o ztrátu schopnosti používat řeč v konkrétní situaci. Elektivní mutismus se může vyskytnout v počátečním období školní docházky, kdy žák většinou nemluví ve škole s učitelkou (případně s ostatními zaměstnanci školy), ale s rodiči nebo s kamarády komunikuje bez větších obtíží (výjimečně tomu může být i naopak). Porucha bývá diagnostikována, trvá – li déle než jeden měsíc (tento časový údaj se neváže na první měsíc školní docházky).

U některých dětí bývá zachována neverbální komunikace, někdy pouze šeptají nebo jejich odpovědi jsou jednoslovné. V elektivní mutismus může vyústit přílišná závislost dítěte na rodičích nebo jiný psychotraumatizující činitel, popř. se jako přidružená diagnóza může vyskytnout u dětí s jinými psychickými poruchami, např. generalizovanou úzkostnou poruchou nebo s depresí<sup>20</sup>.

V praxi se rozlišují **tři základní skupiny etiopatogenetických faktorů**, přičemž hranice mezi jednotlivými okruhy jsou neostře:

1. bezprostředně vyvolávající faktory – akutní psychotraumatizace:

- začátek školní docházky, změna prostředí, stěhování, konflikt mezi rodiči, smrt rodiče nebo jiného blízkého člověka, nepřiměřené nároky, nevhodný trest, výsměch spolužáků apod.

2. predispoziční faktory :

- rodinné faktory – hyperprotektivní výchova spojená se separační anxiitou<sup>21</sup>, kladení nadměrných nároků spojených s tresty, nedostatečná emocionální podpora, nejednotnost ve výchově spojená s „bojem o dítě“, závažné konflikty mezi rodiči, sourozenci;
- osobnostní rysy - anxiозita, pocity viny, selhání, neschopnosti, opoziční chování a úsilí o manipulaci s okolím;
- faktory ovlivňující celkovou funkčnost dítěte, schopnost zapojení do sociální skupiny a adaptace na změny – intelektový deficit, řečová vada, tělesná stigmatizace;

<sup>20</sup> Vzhledem k nápadnosti poruchy komunikace a k obtížím, kdy dítě odmítá často nejen mluvit, ale i spolupracovat u řady činností neverbálního charakteru, mohou tyto další psychické poruchy unikat pozornosti.

<sup>21</sup> strachem z odloučení



- chronické působení stresových faktorů – nadměrně přísní učitelé, strach z trestu, strach ze spolužáků, agresivita, výsměch;

### 3. udržovací faktory:

- nejčastěji přetrvávání výše uvedených vlivů;
- nevhodná reakce okolí na mutismus (tresty za to, že nemluví, výsměch ze strany rodičů, sourozenců a spolužáků, sociální izolace, „podplácení“ dítěte jako motivace k mluvení; nátlak aby promluvílo.

*Do MŠ nastoupil pětiletý Jirka, který s učitelkami i dětmi nekomunikoval. Matka sdělila, že v domácím prostředí mluví, ale je uzavřený a samotářský. Učitelky však ani po měsíci docházky do MŠ nezaznamenaly verbální projev, nezapojoval se ani do zpěvu, recitace. Asi po šesti týdnech se matka svěřila ředitelce, že se rozvádí s manželem, doma panuje napětí, neklid a manželské hádky nejsou výjimkou ani v přítomnosti chlapce. Po dohodě s ředitelkou matka navštívila pediatra a ten doporučil psychologické vyšetření. Psycholog doporučil zahájení psychoterapie nejen pro chlapce, ale i pro matku. O vhodném přístupu k chlapci byli informováni i pedagogové v mateřské škole. Úspěch a zlepšení v komunikaci s učitelkami i dětmi bylo možné zaznamenat asi po čtyřech měsících terapie.*

### **Jaký přístup uplatňujeme k dítěti, u něhož se vyskytuje elektivní mutismus?**

Za běžné pedagogické prostředky k překonání nemluvnosti (případného elektivního mutismu) můžeme považovat:

- snahu o navázání oboustranně dobrého kontaktu s vyloučením jakéhokoliv nátlaku na jeho verbální projev,
- nesnažíme se nalézt s dítětem příčinu jeho nemluvnosti,
- přiměřeně reagujeme na každý jeho náznak komunikace (všímáme si neverbálních projevů - úsměvu, reakce na pokyn apod., vítáme náznaky verbálního projevu – „ehm“, „no“ apod., šeptanou řeč),
- uplatňujeme trpělivý přístup.

### **Důsledky elektivního mutismu v procesu edukace:**

Neúčast či neúspěch v pedagogické komunikaci vyvolává u žáka stresové situace, může být příčinou výchovných kolizí a dále blokuje zapamatování žádoucích mluvních stereotypů. Nepřiměřené nebo netaktní reakce na dětskou řeč či chování vyvolávají u dítěte napětí, nejistotu až pocity méněcennosti a obranné reakce, které výrazně omezují chuť navazovat sociální a komunikační kontakty. Žákům se sklonem k mutismu nevyhovuje autoritativní chování, jsou citliví i na drobnější pokárání. Vhodné je zapojovat je často do činností, u kterých se nemusí verbálně vyjadřovat (mytí tabule, zalévání květin, rozdávání sešitů....). Učitel se k žákovi musí chovat stejně jako k ostatním, pokládat mu otázky, ale nemusí vyžadovat striktně slovní odpověď. Nutné zkoušení lze realizovat písemně nebo jinak neverbálně. Stimulačním prostředkem k opětovnému používání řeči může být sborový zpěv, recitace, společné čtení. Žák by neměl být protěžován, nesmí mít z mluvení žádné „výhody“.

Mezi prvním a dalším verbálním projevem žáka může být dlouhá pauza. Poprvé se dítě „zapomene“, teprve další verbální aktivita může signalizovat úspěšnou adaptaci v nové situaci.

**Pokud jsou vyčerpány běžné pedagogické prostředky k překonání nemluvnosti a navázání kontaktu s žákem, je nutné vyhledat odbornou pomoc u logopeda, popř. psychologa.**

### **Koktavost (balbuties<sup>22</sup>)**

Koktavost je v naší klasifikaci NKS zařazena spolu s breptavostí do skupiny poruch plynulosti a tempa řeči.<sup>23</sup> Negativně ovlivňuje psychiku člověka a celkový proces jeho sociability a socializace (od školní úspěšnosti přes volbu povolání po sociální vazby).

Koktavost pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na řeči, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti řečového projevu.

Koktavost trápila lidi zřejmě od nepaměti a dějiny zaznamenaly mnoho významných osobností rozličných profesí i různého společenského postavení, kteří se „zakoktavali“, např. Mojžíš, Demosthenes, Ezop, Vergilius, císař Claudius, Newton, Darwin, Mendelssohn, M. Monroe, W. Churchill ad.

Existuje velké množství terapeutických přístupů, ale současně i terapeutických neúspěchů při snahách o eliminaci tohoto řečového postižení a dodnes není vyřešeno, jak koktavost odstraňovat. A hlavní důvod? Pokud není co nejpřesněji známa příčina vzniku (což je případ koktavosti), zmenšuje se pravděpodobnost úspěchu při cílené terapii.

### **Příznaky koktavosti**

Příznaky se mění podle momentální situace a různě se kombinují. Často se projevy koktavosti objevují jen v určitých situacích nebo v kontaktu s některými osobami. Svou roli hraje i aktuální zdravotní stav nebo míra únavy v určitou denní dobu. Projevy se mohou vázat na určitou hlásku, na určité hláskové seskupení.

Typické příznaky koktavosti můžeme sledovat:

#### **1. v řeči**

Dýchání je často narušené, přerývané, nepravidelné, povrchní. Při těžké koktavosti se obvykle respirační potíže zvyšují a jsou doprovázeny dýchacími spazmy, objevuje se až inspirační tvoření hlasu. Je narušena tvorba hlasu, při fonaci dochází k tzv. tvrdým hlasovým začátkům, které představují nefyziologický způsob tvorby hlasu a mohou vést až k poškození hlasivek.

---

<sup>22</sup> Latinský název koktavosti pochází od občana jménem Balbus, jehož rodina žila ve starém Římě a mnozí její členové koktali.

<sup>23</sup> V klasifikaci MKN – 10 patří do oblasti poruch chování a emocí.

Projevuje se narušení prozodických faktorů řeči (melodie, tempo, přízvuk...). Řeč může být monotónní, tempo řeči zrychlené nebo kolísavé.

Častým jevem je embolofrázie (slovní vmetky, vsuvky v podobě hlásek, slabik nebo slov, např. jo, hmm, nó, žeáno...). Osoby s koktavostí si tak pomáhají při překonávání křečí mluvidel.

Vadná výslovnost se neprojevuje, průběh artikulace je však narušen křečemi obvykle na začátku slov a vět. Podle křečí, které vznikají v průběhu artikulace, se balbuties rozlišuje na formu tonickou a klonickou, případně formu kombinovanou. Klonická forma<sup>24</sup> je pokládána za méně závažnou, než tonická forma<sup>25</sup>. Nejčastější potíže při artikulaci způsobuje balbutikům výslovnost okluzivních hlásek (m b p t d n t' d' ň k g), při nichž musí překonávat a prorážet závěr.

## 2. v chování

- Narušené koverbální chování zahrnuje celou řadu příznaků: projevuje se během mluvení a pro okolí působí rušivě. Objevují se různé grimasy, mrkání, kývání ze strany na stranu, přešlapování, manipulace s prsty a oblečením, celkový motorický neklid. Dále se mohou projevit různé pohyby čelistí, dotýkání se vlasů, krku, vyhýbání se zrakovému kontaktu.
- Uvědomuje-li si člověk již předem svůj problém, nastává negativní komunikační situace a působí jako zátěžový faktor. Jako zátěžové faktory jsou uváděny např. nemožnost připravit se na téma rozhovoru, strach z neočekávané komunikace, komunikace s neznámými lidmi, nevyhnutelnost veřejně vystoupit, citové napětí, rozhovory s nadřízenými, citové rozrušení, únava, výkyvy počasí a teploty vzduchu, nevolnost, nemoci apod.

Plnění povinné školní docházky je pro žáka jednoznačně zátěžovým faktorem, který se může významně podílet na fixaci narušené komunikační schopnosti.

## 3. v osobnostní složce

Koktavost zasahuje celou osobnost, především ve složce sebevědomí, interpersonálního chování a emotivity. Nejtěžší jsou neurotické příznaky, např. *logofobie*. Je prokázáno spojení koktavosti s úzkostnou psychoneurózou, enurézou, tiky, hysterií, depresivní neurózou, neurastenií atd.

Další příznaky se mohou projevit v písemném projevu: ztížený začátek psaní, narušení plynulosti vedení čáry, opakování, přepisování, škrtnání, vynechávání písmen, následkem organicity<sup>26</sup> se může projevit velký přítlak na pero.

Z tělesných projevů je patrná změněná frekvence pulsu, zvýšený krevní tlak, poruchy metabolismu a nespavost, zvýšená unavitelnost.

<sup>24</sup> trhané opakování hlásek, slabik : ba –ba –ba – banán; dddddddomů apod.

<sup>25</sup> projevuje se tlačáním, napínáním: např. jako namáhavý pokus o verbální projev, přičemž zvuk není slyšet; byl jsem – následuje nápadná pauza - na hřišti apod.

<sup>26</sup> Soubor drobných psychických nápadností vznikajících na základě lehkého postižení CNS.

- **Příznaky koktavosti jsou zpočátku nenápadné a mohou uniknout pozornosti** (opakování nebo protahování první slabiky, tlak na první slabiku, opakování slova, nevyrovnané tempo řeči, pauzy v řeči, různá pomocná slůvka apod.).
- Také rozdíly mezi vývojovou neplynulostí a počínající koktavostí jsou zpočátku minimální a rozlišit je dokáže pouze kompetentní odborník (logoped, foniatr). **Fyziologická iterace není totéž co začínající (incipientní) koktavost.** O vývojové neplynulosti (opakování, opravy, zrychlené tempo řeči, příp. vsuvky) můžeme hovořit u dítěte předškolního věku, pokud projevy neplynulosti obvykle netrvají déle než 3 měsíce. Fyziologická iterace by měla v individuálně krátkém období v mluvním projevu dítěte přirozeně odeznít. Pokud obavy rodičů přetrvávají, měli by si nepozorovaně všimnout tzv. varovných příznaků (viz výše v textu), signalizujících při svém nárůstu nebezpečí skutečné koktavosti, a vyhledat pomoc odborníka.

Preventivní opatření v dalších obdobích života (ve školním věku, adolescenci a dospělosti) jsou zaměřena zejména na vyloučení vzniku logofobie<sup>27</sup> a pocitů méněcennosti. Velmi důležitá je i volba povolání vzhledem k charakteru poruchy a v pozdějších letech úspěšnost v něm.

*Daniel (12 let) pochází z úplné rodiny s dobrým socio – ekonomickým zázemím a přiměřeným způsobem výchovy. Koktavost se objevila ve věku 3,5 let. Její počátky rodiče spojují s negativním zážitkem v mateřské škole, kde byly děti trestány krátkodobým pobytem v tmavé místnosti. Chlapec se stále bojí tmy, ale strach nemá závažnější projevy, rodiče proto neplánují psychologické vyšetření. Po zjištění častějších neplynulostí v řečovém projevu Daniela nejprve vyčkávali, protože však nenastalo zlepšení, rozhodli se vyhledat pomoc u logopeda. Terapie podle matky byla neefektivní (neuvádí ani rok, ani délku), sestávala se pouze z dechových cvičení. Rodiče se proto rozhodli vyhledat pomoc jinde.*

*Diagnostika: Neplynulost je evidentní při spontánním rozhovoru i při čtení textu, vyskytuje se opakování slabik, kratších slov a prolongace. Výrazně se projevují prvky nadměrné námahy<sup>28</sup>, které mohou působit rušivě na okolí, znemožňovat komunikační záměr a vyvolávat pocity méněcennosti, což má negativní vliv na situační psychickou tenzi<sup>29</sup>.*

*Závěrečná diagnóza: Chronická koktavost s kompletní triádou symptomů (dysfluence, nadměrná námaha, psychická tenze), přičemž těžiště symptomatických příznaků zatím spočívá v dysfluencích.*

*Terapie: Vzhledem k věku, resp. stupni koktavosti a konkrétním příznakům (rychlé, nerovnoměrné tempo řeči, tvrdé hlasové začátky, symptomy v oblasti dysfluence, nadměrné námahy a psychické tenze) byl sestaven následující terapeutický plán:*

1. zpomalit tempo řeči
2. navodit měkké hlasové nasazení
3. pokusit se o plynulé přechody ve fónických řadách
4. upevňovat nový způsob řečového projevu v rámci individuální a skupinové terapie nejprve v logopedické ambulanci, poté v rodině a ve škole

<sup>27</sup> nejen „strach před řečí“, ale také jako „situační strach“, tedy strach vyjádřit osobní názor, nedůvěru s sebe, ve vlastní mluvním projevu

<sup>28</sup> Zaznamenány byly následující symptomy: nepřírozené pohyby hlavou, pomrkávání, nepřitocené a křečovitě pohyby rtů, podupávání nohou.

<sup>29</sup> Zpozorována manipulace s prsty, s prstenem, vyhýbání se zrakovému kontaktu a vegetativní příznaky (pocení, povrchní dýchání).

*Kontrolní vyšetření: Neplynulost při spontánním rozhovoru i při čtení textu se vyskytuje s nižší frekvencí, zejména opakováním slabik, resp. částí slov. Projevy nadměrné námahy jsou eliminovány, přetrvávají však méně výrazné prvky psychické tenze.*

*Prognóza: Vzhledem k dosavadním pozitivním změnám lze předpokládat příznivou prognózu a postupné zlepšování plynulosti řeči v budoucnosti.*

**Odbornou pomoc je nejvhodnější vyhledat dříve, než žák začne mít z koktavosti strach. Ve chvíli, kdy si začíná situaci uvědomovat, dochází k frustraci<sup>30</sup>. Včasná terapie v samých počátcích problému je vhodným preventivním opatřením.**

## Prevence

Z hlediska prevence je důležité zaměřit se na terapii v raném věku, protože té byla v minulosti věnována nejmenší pozornost. Dosavadní zkušenosti a výzkumy z celého světa vypovídají, že předškolní věk je pro vznik koktavosti věkem klíčovým. V období nejprudšího kvalitativního a kvantitativního rozvoje řeči (mezi 3. – 4. rokem), které je provázeno fyziologickými potížemi (neplynulostí řeči) nebyly v minulosti aplikovány terapeutické postupy. Dnes se diagnostika zaměřuje na odlišení incipientní (počínající) koktavosti od vývojových (fyziologických) těžkostí v řeči (viz dříve v textu) a doporučuje se tzv. preventivní terapie. Absence terapie v raném stádiu koktavosti může být podle Lechty (2005) současně přechodem k fixované koktavosti. Včasná terapie je zároveň primární prevencí a úkolem sekundární prevence je pak touto terapií zabránit vzniku fixované koktavosti a sekundárních důsledků NKS.

**Hlavní zásady preventivní terapie** mohou být obecně platné i pro období fyziologických potíží (fyziologické neplynulosti) ve vývoji řeči dítěte předškolního věku.

- Nemít nepřiměřené očekávání. Pocit dítěte, že selže nebo že zklamalo očekávání, vede ke zhoršení koktavosti.
- Odstranit situace, kterých se dítě evidentně bojí (např. strach ze tmy, z vody, z některých lidí), a nedopustit, aby se mu někdo posmíval.
- Vyhýbat se extrémnímu rozrušení (i pozitivnímu).
- Koktavost netrestat ani nepřímo (projevy netrpělivosti). Nechat dítě, aby se vypovídalo (nepřerušujeme jej, ale sebe přerušit necháme). Pozorně naslouchat, kdykoli k nám začne promlouvat.
- Nevyžadovat direktivně řečový projev. Po fixaci plynulosti se vracíme ke společenské normě. (Nenutíme dítě k projevu před kolektivem, na veřejnosti apod.).

---

<sup>30</sup> např. když rodiče berou koktavost jako něco nepatřičného a nesprávného, dítě z toho může vyvodit, že jeho mluvný projev je pro okolí nepřijatelný a bojí se promluvit

- Nepřipouštět žádné náhlé změny životosprávy.
- Důležité rozhovory vést zásadně v nepřítomnosti dítěte.

**Nepodceňovat projevy neplynulosti** podporují i výsledky výzkumů, které dokazují, že u 70 - 80 % balbutiků se první symptomy objevují právě ve věku 3,5 – 5 let.

### **Přístupy ke koktavému žákovi:**

Učitelé jsou důležitými články v procesu logopedické intervence u žáků s NKS. Mají na děti velký vliv, a proto by vzájemná partnerská spolupráce mezi logopedem a učitelem měla být samozřejmostí. Logoped by měl být poradcem učiteli v problematice balbuties naopak učitel poskytuje logopedovi mnoho cenných informací o dítěti a pomůže mu vytvořit celkový obraz o jeho osobnosti.

*P. je žákem 6. ročníku základní školy. Matka chlapce v anamnéze uvádí, že od narození byl neklidné dítě, často plakal, budil se v noci. Navštěvoval mateřskou školu, na pobyt bez matky si však zvykal obtížně, často plakal, nenavazoval vztahy se svými vrstevníky, odmítal si s nimi hrát. Na prvním stupni základní školy se objevily potíže v řeči, P. začal zadržávat. Projevovalo se zvýšené napětí při výslovnosti některých hlásek (většinou D a K). Uvedené problémy přecházely někdy až do odmítání verbálně komunikovat, někdy mluvil lépe. Paní učitelka dokázala žákovi pomoci, při potížích ho nevyvolávala k tabuli, nezkoušela ho před spolužáky. Zkoušení většinou probíhalo v době, kdy měli spolužáci jiné zaměstnání. P. byl hodnocen průměrně, větší obtíže ve výuce se neprojevovaly, chlapec si učitelku velmi oblíbil.*

*Závažnější potíže v řeči se objevily po přechodu na 2. stupeň. Ve výuce různých předmětů se střídají učitelé. Učitel matematiky vyžaduje rychlé odpovědi, P. se obává takového způsobu zkoušení, stále častěji odmítá chodit do školy. Matce tvrdí, že je nemocný, má bolesti břicha apod. Začíná mít potíže i v ostatních předmětech. Je – li vyzván k odpovědi, není schopen překonat napětí. Po delším mlčení učiteli dojde ve většině případů trpělivost a řekne, ať se posadí, že opět nic neumí. Tenze je provázána i projevy narušeného koverbálního chování, například drží v ruce tužku, různě s ní manipuluje až ji úplně zlomí. Tyto a podobné projevy jsou ve výuce stále častějším jevem, proto se matka rozhodla vyhledat logopeda.*

*Logoped doporučil komplexní diagnostiku (foniatrické, psychologické, logopedické vyšetření). U chlapce byla stanovena diagnóza balbuties, matka obdržela doporučení, aby upozornila třídní učitelku na potíže syna, které má v komunikaci a aby předala učitelům doporučení, jak žáka zkoušet apod. Pro chlapce je vhodné co nejdříve zahájit logopedickou terapii a psychoterapii.*

Při kontaktu s dítětem postiženým koktavostí je potřeba seznámit se především s jeho psychickými problémy vyplývajícími z vady řeči a zbavit se předsudků.

Zcela neoprávněně se mnohdy soudí, že **koktavost vyplývá z mentální retardace**. Přímá souvislost balbuties s mentální retardací nebyla nikdy potvrzena<sup>31</sup>. Osobám s koktavostí bývá přisuzován **zvýšený sklon ke lhaní**, což je ve skutečnosti jenom důsledek řečové strategie, kdy se mluvčí opisem vyhýbá obávané hlásce nebo situaci (parafrázie). Z permanentní

<sup>31</sup> Balbuties se vyskytuje také u osob s mentální retardací, u intaktních jedinců s koktavostí však statisticky uvádějí spíše výskyt vyššího inteligenčního kvocientu.

nejistoty, jak bude ten který den nebo v té které situaci mluvit, vyplývá stálé nervové napětí, jindy zvýšená úzkost, které jsou prameny **roztěkanosti, hyperaktivity, někdy agresivity**.

Co ještě o této poruše komunikace a jejích nositelích neplatí?

**Neplatí, že:**

- koktavost je neuróza (dítě se stává neurotickým proto, že koktá, ne naopak);
- on (ona) z toho vyroste;
- na vině jsou rodiče;
- koktavost může vzniknout z napodobení;
- s dítětem o jeho vadě řeči nikdy nemluvíme;
- mu pomůžeme, když mu napovíme slovo, které nedokáže vyslovit (ponižujeme ho tím, dáváme mu najevo svou převahu, navíc často napovíme něco, co sám říct ani nechtěl);
- dítěti prospějeme, když ho nevyvoláváme (je to projev nezájmu, popř. snižování nároků na dítě);
- se musí naučit mluvit absolutně plynule (každý občas koktá!);
- koktavost souvisí s přecvičovaným leváctvím;
- dítěti je třeba dávat dobře míněné rady (nadechni se, mluv pomalu, řekni to ještě jednou, rozmysli si, co chceš říci apod.); dítě není schopno své řečové problémy ovlivnit vůlí;
- je třeba mluvit za něj, nepustit ho k řeči.

Naopak jako **vhodné přístupy** se osvědčují v praxi tyto:

- nezakazovat sportovní aktivity;
- vhodně motivovat ke čtení (čtou málo, mají malou slovní zásobu, častá je porucha tzv. jazykového citu, nižší mluvní pohotovost);
- vhodně povzbuzovat k mluvení (využívat situací, kdy se mu mluví lépe, např. při recitaci, dramatizaci, čtení ve dvojici, dohodnout pravidla komunikace apod.);
- nesnižovat nároky na žáka s koktavostí, ale netrvat na formálně přesné odpovědi;
- nenutit odpovídat vlastními slovy, pokud zná látku doslova (největší potíže mají s raženými hláskami – *p, b, m, k, t* – snaží se proto vyhnout slovům, které začínají na „jejich“ obtížnou hlásku);
- neprotěžovat jej;
- nechválit stylem „no vidíš, vůbec jsi teď nekoktal“ ale slovy „hezky jsi nám to řekl“, „pěkně jsi odpověděl“ apod.;
- netabuizovat problém;
- nemluvit na něj přehnaně pomalu.

Existují i situace, kdy osoby s kóktavostí mluví plynule, např. při zpěvu, hromadné recitaci, o samotě, v rozhovoru s dítětem, v divadelní roli apod. Nic z toho však neplatí absolutně.

### **Důsledky kóktavosti v procesu edukace:**

Žák s kóktavostí má potíže zejména se zvládnutím školního dialogu. Řízený dialog před celou třídou může být pro něj nepřekonatelnou bariérou, zatímco neformální rozhovory probíhají bez větších potíží. I přesto bývá často terčem posměchu, stává se frustrovaným, bázlivým nebo naopak agresivním. Učitelé, většinou s dobrým úmyslem, řeknou slovo či dopoví větu místo žáka, který tak postupně ztrácí sebedůvěru a motivaci k učení. Často v důsledku permanentně nižších nároků ze strany rodičů i pedagogů dosahuje slabších vzdělávacích výsledků. Myslí si, že je horší než druzí, když ho ostatní nenechají vyjádřit se. Úplná ignorace řečového problému nebo naopak altruistický přístup k žákovi může být jednou z příčin vzniku negativního vztahu ke školnímu prostředí.

Pro žáka s kóktavostí je rozhodující psychická rovnováha, k níž nepřispívá vyhledávání stále nových terapeutických nabídek s nejistými nebo nepatrnými účinky. Žák potřebuje hlavně efektivně komunikovat ve svém přirozeném prostředí – v rodině, ve škole.

### **Breptavost**

Breptavostí nazýváme extrémně zrychlené tempo řeči, což může vést až k její nesrozumitelnosti. Vyskytuje se opakování a vynechávání slabik, nepřesná až narušená artikulace hlásek, narušené dýchání, hlasové poruchy. Časté jsou poruchy dalších modulačních faktorů (chybný přízvuk, monotónní mluva apod.).

I když příčiny breptavosti dosud nejsou úplně objasněny, je možné uvést jako etiologický faktor dědičnost, organický podklad, bývá udáván také deficit motorické a akustické pozornosti nebo myšlenkový trysk předbíhající možnosti a schopnosti artikulačního aparátu. Zkvalitňujícími se diagnostickými metodami byly u osob s breptavostí na EEG zjištěny drobné patologické změny. Breptavost není neuróza, ale stala se centrální poruchou na organickém podkladě.

Závažným logopedickým problémem je poměrně častá **kombinace výskytu breptavosti a kóktavosti**. Obě poruchy bývají zaměňovány, nebo naopak ztotožňovány. V důsledku toho se zvýrazňuje význam diferenciální diagnostiky.<sup>32</sup>

Na rozdíl od kóktavosti si rychlého tempa jedinec většinou není vědom, protože nedostatečně kontroluje své výpovědi. Pokud mu záleží na dobré srozumitelnosti, dokáže své tempo zpomalit. Porucha může být doprovázena mírným motorickým neklidem, jiné neřečové příznaky nemusí být nápadné. Naopak osoby s kóktavostí psychicky velmi strádají pocitem svého řečového handicapu, který naprosto nejsou schopni a nemohou zvládnout

---

<sup>32</sup> Diferenciální diagnostika vyhodnocuje a srovnává identické příznaky (symptomy) vyskytující se u různých jevů s cílem specifikovat diagnózu, vyloučit diagnostický omyl.



vlastním volným úsilím. Při soustředění na řečový projev se komunikační schopnosti breptavých signifikantně zlepšují, u koktavých je tomu výrazně naopak.

**Koktavost je spastickou poruchou**, protože jejím základem jsou nadměrné křeče dýchacích, fonačních a artikulačních orgánů.

**Breptavost je nespastickou poruchou**, protože při ní nejsou pozorovány těžké příznaky narušeného dýchání, fonace, souhyby.

#### **Orientační diagnostický postup:**

Upozorníme – li žáka s breptavostí, aby tempo řeči zpomalil, na určitou dobu se mu to opravdu podaří. Budeme – li chtít totéž po žákovi s koktavostí, jeho mluvní projev se zhorší nebo s námi dokonce přestane komunikovat.

#### **Důsledky breptavosti v procesu edukace:**

Na rozdíl od koktavosti si rychlého tempa řeči žák většinou není vědom, protože nedostatečně kontroluje své výpovědi. Pokud mu záleží na dobré srozumitelnosti, dokáže své tempo zpomalit. Porucha může být doprovázená mírným motorickým neklidem, jiné neřečové příznaky nemusí být nijak nápadné. Extrémně zrychlené tempo řeči je stresujícím faktorem častěji pro příjemce, než pro odesílatele. Žáci s breptavostí podávají kolísavé řečové a komunikační výkony.

Efektivní je využívat postupy osvědčené pro žáky s hyperaktivitou, poruchami pozornosti a impulsivitou<sup>33</sup> s uplatňováním následujících principů:

- správný řečový vzor
- redukce rychlého tempa řeči, např. rytmizovaným čtením, čtením „s okénkem“, využití metronomu, zvětšování čelistního úhlu, můžeme je přímo (taktně) upozorňovat na tempo řeči
- artikulační cvičení
- rozvoj muzikálnosti
- cvičení motoriky (hrubá i jemná) – gymnastika, rytmická cvičení, tanec
- nácvik koncentrace – kontrola projevu, sledování rytmu a melodie řeči, reprodukce nesmyslných slabik, skládání obrázků apod.

**Vhodným pedagogickým opatřením je trpělivé, systematické a soustavné působení, které podpoříte vlastním příkladem přiměřeného tempa řeči.**

#### **Narušení grafické stránky řeči**

U žáků se specifickými vývojovými poruchami učení<sup>34</sup> se vyskytují odlišnosti v receptivní i expresivní složce řeči, které se manifestují v konkrétních jazykových rovinách. Poruchám učení často předchází opožděný vývoj řeči, což úzce souvisí s pomaleji se vyvíjejícím sluchovým vnímáním a jazykovým citem, s pozdějším dozráváním fonematische diferenciace.

---

<sup>33</sup> syndrom ADHD

<sup>34</sup> podrobně viz kap.3.2

Potíže ve fonémické analýze a syntéze mají negativní dopad nejen na porozumění řeči a rozvoj slovní zásoby, ale také na osvojení grafické podoby řeči (vynechávání či přesmykování písmen apod.).

#### **U žáků s SPU můžeme v mluvním projevu pozorovat:**

- přetrvávající **fyzilogickou dyslalii**, která je důsledkem častěji se vyskytujícího opožděného vývoje řeči;
- specifické poruchy řeči (tzv. specifický logopedický nález), kam řadíme **specifické asimilace**<sup>35</sup> a **artikulační neobratnost**<sup>36</sup>;
- **nedostatky v receptivní** složce řeči (omezené porozumění řeči) - žák výklad vnímá, ale nerozumí zcela přesně obsahu. Poslouchá pokyn, ale trvá delší dobu, než si uvědomí, co má udělat. Potíže se znásobují v případě, když pokyn není zřetelně formulován nebo současně probíhá více činností (žák dopisuje cvičení, odevzdává sešit, učitel diktuje zadání domácího úkolu.....);
- **nedostatky v expresivní** složce řeči – se mohou projevit malou slovní zásobou, pomalým vybavováním slov<sup>37</sup>, neplynulou řečí s častými pauzami. Žák se neumí vyjádřit, najít vhodné slovo a vzbuzuje dojem, že učivo neovlád;
- **oslabený jazykový cit** - který způsobuje nejčastěji selhávání v gramatice mateřského i cizího jazyka;
- **nediferencované fonémické uvědomění**, kdy dítě sice hlásky slyší, ale neuvědomuje si je.

*Při čtení a psaní není žák s oslabeným fonémickým uvědomováním schopen určit hlásky, které tvoří slovo, nebo slovo z daných hlásek složit. Části slov, které vnímá nepřesně nebo nevnímá vůbec, při psaní vynechává. Dítě ve 2. ročníku ZŠ nezvládá diktát zaměřený na rozlišování slabik dy-di-, ty-ti, ny-ni – píše: tíden, nykdo- rozdílly si neuvědomuje. Žák 5. ročníku uvádí, že při diferenciaci slov „ stál – stůl“ slyší především „s“, ostatní hlásky mu splývají.*

Fonologický deficit se nejvýznamněji projevuje při opakování nesmyslných slov, kde žáci s dyslexií dosahují podstatně horších výsledků v porovnání s běžnou populací. V průběhu výuky se však žák setkává s mnoha slovy, která vnímá jako nesmyslná, protože pro něj nemají v tom okamžiku jasný obsah (slovíčka v cizím jazyce, nové pojmy, kterým zatím nerozumí a další).

#### **Důsledky narušené komunikační schopnosti v procesu edukace žáků se specifickými poruchami učení:**

Žáci s poruchami učení častěji preferují neverbální prostředky komunikace před verbálními. Obecně mají menší motivaci k naslouchání, věnují sdělení malou pozornost, což negativně

<sup>35</sup> Žák má potíže s diferenciací tvrdých a měkkých slabik a hlásek (hodiny – hodiny), sykavek (sušenka – šušenka), znělých a neznělých hlásek (koza – kosa).

<sup>36</sup> Projevuje se obtížemi při vyslovování náročnějších shluků hlásek (cvrčci, Michaela), slov složených či víceslabičných (lokomotiva, paroplavba, nosorožec...).

<sup>37</sup> tzv. nižší mluvní pohotovost

ovlivňuje průběh a výsledky vzdělávání. Nedovedou přesně vyjádřit, co potřebují, popř. užívají nesprávná pojmenování předmětů a jevů. Specifické poruchy řeči umocňují obtíže žáka ve čtení a pravopisu.

**Žáci se specifickými poruchami učení vyžadují speciální vzdělávání formou individuální či skupinové integrace.**

### **Narušení zvuku řeči**

Jednou z fyziologických složek artikulace hlásek řeči je **nosovost** (nazalita). Jedná se o rezonanci dutiny nosní v průběhu mluvené řeči (Dvořák, 2001). Vzájemný poměr nazality a orality (rezonance dutiny ústní) v mluvené řeči ovlivňuje výsledný akustický dojem hlásek, které pak můžeme rozdělit na hlásky orální (orály) a nazální (nazály). U hlásek orálních je převážný objem výdechového proudu při artikulaci směřován z hrtanu do dutiny ústní, u hlásek nazálních se na realizaci hlásek podílí i dutina nosní a nosohltanová. Ovládnutí orality a nazality je podmíněno aktivitou patrohltanového (velofaryngeálního) mechanismu, prostorností a průchodností rezonančních dutin, velikostí čelistního úhlu, intenzitou a tlakem výdechového proudu vzduchu.<sup>38</sup> Míru nazality v hlasité řeči mohou ovlivňovat kromě individuálních charakteristik také např. kulturní vlivy, dialekt, snaha o „estetický“ mluvní projev (umělé zvyšování nazality).

Nedostatečná funkce patrohltanového mechanismu a jeho strukturálních součástí se nazývá **velofaryngeální insuficience** (dále VFI). Vzniká na podkladě vrozených nebo získaných organických (centrálních či periferních neurogenních onemocnění, anatomických změn), funkčních či kombinovaných příčin.

Porucha řeči vznikající v důsledku VFI je označována jako **rinolálie (huhňavost)**.

**Zavřená huhňavost (hyponazalita) je patologicky snížená nebo chybějící nosovost (rezonance dutiny nosní) při nosovkách (m- n- ň a shlučích nk – ng): m zní přibližně jako b, n jako d, ň jako d'.**

Nejčastější příčinou vzniku může být překážka v nose nebo v nosohltanu, např. zduřelá sliznice následkem rýmy či zbytnělá nosní mandle (adenoidní vegetace)<sup>39</sup>. Někdy je nutné její operativní odstranění (adenotomie), neboť kromě narušeného zvuku řeči se u dětí projevují celkové zdravotní potíže:

- *Primárně* se jedná o časté záněty průdušek, záněty nosohltanu, středního ucha či Eustachovy trubice, které mohou vyústit až v nedoslýchavost, mohou se projevit poruchy tvorby hlasu. Zvětšená nosní mandle vytváří překážku nosnímu dýchání, kde se za normálních okolností vdechovaný vzduch očišťuje, otepluje a zvlhčuje. Pokud dítě dýchá pouze ústy, objevují se časté rýmy z infekce, které se dostávají do sluchové

<sup>38</sup> Nejvyšší podíl nazality mají v českém jazyce hlásky m, n, ň, o, u, dále souhláskové skupiny ng; nejnižší je u exploziv, sykavek a vokálů – a, e, i.

<sup>39</sup> Adenoidní vegetace je tkáň rozprostřená na zadní stěně a klenbě nosohltanu.

trubice a do středouší. Dochází k obtížím při příjmu potravy, ztíží se žvýkání a polykání. V noci se může dítě často budít i pomočovat.

- *Sekundárně* se může jednat o deformace páteře či hypoxii. Dýchání bývá povrchní, nevyvíjí se hrudník a začíná se křivit páteř. Snížené okysličování organismu vede ke kardiovaskulárním obtížím a k nedostatečné výživě tkání, způsobující zvýšenou unavitelnost fyzickou i psychickou (tzv. aprosexii). Chronické nežádoucí dýchání ústy vede k poruchám polykání a příjmu potravy, zpomalení růstu obličeje ve střední čáře, popř. k deformitám patra (patologicky zvýšené či gotické). Děti v důsledku uvedených potíží trpí nechutenstvím, poruchami spánku, celkovou únavou, což se může negativně projevit na školní výkonnosti. Za typický bývá považován specifický výraz obličeje<sup>40</sup>.

Často se setkáváme s příznakovou trojicí – zbytnělá nosní mandle spolu s otevřeným skusem a s interdentalním sigmatismem.

**Narušený zvuk řeči je proto varovným signálem před výše uvedenými problémy, proto je vhodné upozornit rodiče dětí s uvedenými projevy na případná rizika.** Na doporučení lékaře je vhodné provést odborné vyšetření (ORL, foniatrie), popř. odstranit adenoidní vegetaci s následným nácvikem správného dýchání nosem (logoped).

*Čtrnáctiletá dívka navštívila v doprovodu matky logopeda. Matka sdělila, že dcera má nějakou vadu řeči, protože jí někdy není rozumět. Na základě provedeného foniatrického a logopedického vyšetření byla zjištěna zavřená huhňavost (hyponazalita) na podkladě návyku. Od dětství měla zbytnělou nosní mandli, která byla příčinou snížené nosovosti. Adenotomie byla provedena dosti pozdě, až ve věku 12 let před adenotomií dívka trpěla častými záněty nosohltanu. Po odstranění nosní mandle však výdechový proud i při nosovkách uniká pouze do dutiny ústní, převládá oralita, zvuk řeči je narušen, dívka huhňá.*

*V rámci logopedické terapie se učila správně dýchat, vytvářet dostatečný výdechový proud vzduchu. Pozornost byla věnována podpoře činnosti patrohltanového uzávěru, nácviku výslovnosti nosovek ve slovech a větných celcích. Logoped doporučil provádět cvičení, která ovlivní správné držení těla, dýchání. Vhodné je využití zpěvu, rytmických cvičení, plavání apod.*

#### **Důsledky zavřené huhňavosti v procesu edukace:**

Děti trpí nechutenstvím, poruchami spánku a celkovou únavou, což se může negativně projevit na školní výkonnosti. Při zbytnělé nosní mandli dítě dýchá ústy a tím nedochází k přirozenému předehřívání, zvlhčování a očišťování vzduchu. Důsledky se mohou projevit poruchami tvorby hlasu. Obtížné dýchání a otevřený skus navíc negativně ovlivňují výslovnost některých hlásek (pravděpodobnost vzniku interdentalního sigmatismu) a deformují výraz ve tváři.

**Otevřená huhňavost je patologicky zvýšená nosní rezonance, kdy při mluvení uniká vzduch nosem. Příčinou je porucha patrohltanového mechanismu (obrný měkkého patra,**

---

<sup>40</sup> tzv. facies adenoidea

**proděravění patra při úrazu, zkrácení měkkého patra apod.). Porucha řeči v důsledku orofaciálních rozštěpů se nazývá *palatolalie*.**

Z hlediska zaměření distančního textu se budeme zabývat pouze celkovými důsledky orofaciálních rozštěpů, které jsou nejčastější příčinou otevřené huhňavosti u dětí předškolního a školního věku.

**Důsledky orofaciálních rozštěpů (Klenková, 2006)**

Ústa a obličej představují velmi důležitou oblast z hlediska verbální i nonverbální komunikace a podílí se rovněž na zajišťování některých životně důležitých funkcí. Celkový výraz v našem obličejí ukazuje na náš vztah k okolí, ovlivňuje naše sympatie či antipatie k druhému člověku. Sebemenší defekt v této oblasti může mít nedozírné následky na psychiku a socializaci postižené osoby.

Rozštěpové vady v orofaciální oblasti ovlivňují vývoj dítěte již od nitroděložního vzniku rozštěpu. Tyto děti jsou postiženy funkčními poruchami, které po narození **negativně ovlivňují procesy sání, polykání, dýchání, auditivní vnímání**. Dochází k narušení velofaryngeálního mechanismu, kdy dítě nemůže vytvořit dostatečný podtlak pro sání, polykání, což vede k *narušení tělesného vývoje*. Proto v některých případech musí být zavedena výživa žaludeční sondou. Dítě je oslabené častými nemocemi – záněty nosohltanu, průdušek, středouší, později se může vyvinout *porucha sluchu převodního typu*. Orofaciální rozštěpy způsobují *deformace obličeje*, a to kostních i měkkých částí, dochází k *anomáliím růstu čelistí a zubů*. Všechny tyto faktory ovlivňují vývoj řeči, a to již v preverbálním období, které má rozhodující vliv na vývoj verbálních schopností dítěte.

Rozštěpy mají i **psychosociální důsledky**. Potíže se projevují nejen u samotného dítěte, ale v první řadě u jeho rodičů a nejbližších příbuzných dítěte hned po jeho narození.

*Logopedickou poradnu navštívila matka s dvouletým synem, který se narodil s levostranným rozštěpem primárního a sekundárního patra.*

*V průběhu 2 let, kdy probíhá logopedická intervence, se dobře rozvinula komunikační schopnost chlapce. Matka správně stimuluje vývoj dítěte, chlapec má ve 4 letech slovní zásobu i gramatickou složku řeči odpovídající vývoji intaktních dětí, artikulace některých hlásek je nesprávná, projevuje se otevřená huhňavost (palatolálie) a narušení koverbálního chování. Chlapec se snaží zamezit úniku výdechového proudu do nosu, krčí při řeči nosní chřípí, objevují se různé souhyby v mimickém svalstvu, kterými si pomáhá při řeči. Foniatr doporučil další operační zákrok (velofaryngofixaci), který by měl zlepšit funkci velofaryngeálního mechanismu a pomoci při odstranění hypernazality. Po operačním zákroku bude pokračovat logopedická terapie.*

*Matce bylo doporučeno zařadit chlapce v 5 letech alespoň na část dne do mateřské školy, kde mu bude umožněn kontakt s vrstevníky.*

Péče o děti s rozštěpem patra vyžaduje koordinovanou činnost odborníků nejen z oblasti medicíny. Významnou roli a zdaleka ne druhořadou sehrávají v týmu odborníků rodiče a pedagogové v mateřských či základních školách, které děti s orofaciálními rozštěpy navštěvují.

## Poruchy hlasu

**Porucha hlasu je patologická změna v individuální struktuře hlasu, změna v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a používání, přičemž v hlase se mohou vyskytnout i různé vedlejší zvuky.**

**Organické poruchy hlasu** bývají způsobeny úrazy, obrnami, nádory, polypy, uzlíky na hlasivkách apod., souvisejími s poruchami funkce hrtanu. Jejich hlavním příznakem je chrapot.

**Nedomykavostí** hlasivek rozumíme nedostatečný závěr hlasivek při fonaci, který se projevuje změnou kvality i kvantity (síly) hlasu od zastřenosti až po bezhlasí. Subjektivně převládá pocit namáhavě tvořeného hlasu, čímž se zvyšuje jeho únavnost. Průvodními jevy jsou pocity sucha a pálení v krku, dráždění ke kašli, až bolesti krčního svalstva. K příčinám nedomykavosti hlasivek patří např. obrna vnitřních svalů hrtanu, nadměrné zatěžování hlasu, obrna zvratného nervu, nerovný okraj hlasivky.

**Uzlíky** jsou drobný útvar velikosti makového zrnka až hrášku. Vyskytují se zejména na vnitřním okraji hlasivky jako nezhoubný novotvar. Původ uzlíků je vysvětlován různě, ale ne zcela jednoznačně. Existuje příklon k názorům na jejich mechanický původ vlivem přepjetí apod. Uzlíky jsou nejčastější příčinou dětské chraptivosti.

**Funkční poruchy hlasu** jsou charakterizovány normálním (fyziologickým) nálezem na hlasovém ústrojí, ale funkce orgánu je porušena.

K funkčním hlasovým poruchám patří:

- **Poruchy z přemáhání hlasu** (např. dětská hyperkinetická dysfonie)
- **Psychogenní poruchy hlasu** (prodloužená mutace, perzistující fistulový hlas)
- **Spastické dysfonie, hysterické poruchy hlasu, neurózy**

V dětském a školním věku se nejčastěji vyskytuje (u 6 – 10 % populace) **dětská hyperkinetická dysfonie (HD)**, která vzniká nadměrným křikem a nadměrně hlasitým mluvením. Tyto děti se vyznačují ve svém chování určitým stupněm agresivity, mezi vrstevníky chtějí být vůdčími osobnostmi svým chováním na sebe upoutávající pozornost. Důležitým faktorem je i napodobení svého okolí.

HD se projevuje chraptivým hlasem je od lehkého zastření k těžkému chrapotu až sípání. Je dobře patrný nadměrný fonační tlak, během mluvení dochází ke zvýšené náplni krčních žil, které se na krku pod kůži zřetelně rýsují. Obvyklé jsou tvrdé hlasové začátky. Bylo zjištěno, že tyto děti mají špatný hudební sluch.

## **Hlasová hygiena**

Léčba hlasových poruch je věcí lékařskou. Nezbytnou součástí péče o hlas je však **hlasová hygiena**, které by měla být věnována dostatečná péče v rodině i ve škole. **Hlasovou**

**hygienou se rozumí výchova k užívání správné hlasové techniky a uplatňováním zásady hygieny prostředí.**

Je nutné rozlišovat péči o **hlas mluvní** a **zpěvní**. Děti mají sklon zesilovat a zvyšovat hlas, aby na sebe upozornily. Zesilování hlasu se někdy dítěti nařizuje ve snaze zlepšit srozumitelnost jeho projevu, toho se ovšem daleko lépe dosáhne upozorněním na správnou artikulaci. Příčinou dětské chraptivosti jsou také různé hry, při nichž děti křičí nebo tvoří hlas nepřirozeným způsobem.

Péče o **zpěvní hlas** v době školní docházky je neméně důležitá. Rozsah písni musí být v souladu s hlasovým rozsahem dítěte, nesmí se přepínat síla hlasu. Četná nebezpečí sborový zpěv skrývá nejen pro dětský či mladistvý hlas. Dítě se ve sboru často snaží vyrovnat ostatním, vyniknout, a proto zesiluje hlas. Přitom necítí hlasovou únavu a nevšímá si jejích prvních příznaků, jako je pálení nebo pocit suchosti v krku, zastření hlasu či dráždění ke kašli. Z hlediska prevence hlasových poruch je třeba znát rozsah dětského hlasu a jeho vývoj<sup>41</sup>.

Pro děti je nejdůležitější správný hlasový vzor, ze zdravotního hlediska je potřeba vyvarovat se zbytečným zánětům dýchacích cest. Hygiena hlasu se odvíjí od celkové hygieny organismu, jejímž základem je otužování, správná životospráva, zahrnující dostatek spánku, dodržování režimu pracovního dne, v němž je zastoupen také aktivní odpočinek, strava a pitný režim. Pro žádoucí užívání hlasového fondu je podstatné celkové vyladění osobnosti dítěte, duševní hygiena, kterou předcházíme vzniku neurotických stavů silně ohrožujícím hlas. Každé i sebemenší negativní rozrušení se projeví záporně i na běžném mluvním hlase.

**Pokud chrapot trvá déle než 3 týdny, musí být provedeno otolaryngologické vyšetření, aby byla vyloučena závažnější příčina chrapotu.**

<b>Nabídka vzdělávacích možností pro jedince s narušenou komunikační schopností</b>	
<b>PŘEDŠKOLNÍ VĚK</b>	
Mateřská škola	Mateřské školy (MŠ) jsou součástí výchovně vzdělávací soustavy a zabezpečují předškolní výchovu ve spolupráci s rodinou. Neposkytují uznaný stupeň vzdělání (jako je tomu u základního, středního, vyššího odborného či vysokoškolského).  Integrovaným dětem s poruchami řeči <ul style="list-style-type: none"><li>- je zajištěna kvalitní průběžná logopedická péče</li><li>- je zajištěna těsná spolupráce s odborníky a s rodiči dítěte</li></ul>
Logopedická třída	Třída, ve které jsou zařazeny děti s těžkými poruchami

<sup>41</sup> viz např. Šlapák – Floriánová, 1998

v běžné MŠ	komunikačních schopností má nejméně 12 dětí a naplňuje se do počtu 19 dětí.
Mateřská škola logopedická	Je zřizována primárně pro děti s těžkými poruchami komunikačních schopností (těžké dyslalie, opožděný vývoj řeči, dysfázie, koktavost).
<b>ŠKOLNÍ VĚK</b>	
Základní škola (vzdělávání formou individuální integrace)	Z důvodu zdravotního postižení žáků je třeba uplatňovat při jejich vzdělávání kombinace speciálně pedagogických postupů a alternativních metod s modifikovanými metodami používanými ve vzdělávání běžné populace. Tyto metody nacházejí uplatnění zejména při rozvíjení rozumových schopností, orientačních dovedností, zlepšování sociální komunikace a dalších specifických dovedností žáků. RVP ZV stanovuje odpovídající podmínky pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním a je východiskem pro tvorbu ŠVP. Vytvořené ŠVP jsou podkladem pro tvorbu individuálních vzdělávacích plánů.
Základní škola logopedická	<p>Obsah výuky odpovídá výuce na běžných ZŠ, je však rozšířen o logopedickou péči.</p> <p>Úkolem školy je péče o děti a žáky s těžkými poruchami komunikačních schopností (těžké dyslalie, opožděný vývoj řeči, dysfázie, koktavost).</p> <p>Při dlouhodobých zkušenostech z práce s žáky s vadami řeči se jeví jako velmi dobrý model včasného zařazení dítěte (mnohdy již i od 4 – 5 let věku dítěte) do mateřské školy/třídy logopedické, následně do základní školy logopedické. Tím se dosáhne skutečně toho, že může být řeč, tak důležitá pro rozvoj celé osobnosti dítěte, budována včas. Celkové období edukace (nápravy) je pak spíše kratší. Poté může následovat integrace žáka do školy běžného typu v době, kdy má již minimálně vybudovány základy komunikačních dovedností po stránce nejen formální, ale i obsahové a sociální. Průběh integrace žáka již nebývá obtížný, obzvlášť pokračuje-li souběžně v případě nutnosti ještě individuální logopedická péče ambulantní formou, kterou zajišťuje SPC nebo klinický logoped.</p>
Dále jsou možnosti vzdělání shodné s platnou nabídkou pro žáky a studenty bez zdravotního postižení.	



## 2.6 Edukace sociálně vyloučených romských dětí a žáků

Kontext sociálního znevýhodnění ve vztahu k přímé edukaci žáků a studentů vychází bezprostředně ze sociálního vyloučení, ze širší společenské dimenze. Analýza (GAC 2006) za **sociální vyloučení** označuje „...proces, v jehož rámci je jedinci, skupině jedinců či komunitě výrazně znesnadňován či zcela zamezován přístup ke zdrojům, pozicím a příležitostem, které umožňují zapojení do sociálních, ekonomických a politických aktivit majoritní společnosti.“ Jako doplnění lze uvést, že některé skupiny jsou sociálním vyloučením ohroženy více než jiné. Konkrétněji se jedná o tyto skupiny:

- nedostatečně vzdělané osoby
- dlouhodobě nebo opakovaně nezaměstnané
- lidi s mentálním či fyzickým handicapem
- osoby trpící nějakým druhem závislosti
- osaměle žijící seniory
- imigranty a příslušníky různě (etnicky, nábožensky, sexuální orientací apod.) definovaných menšin
- lidi, kteří se ocitli v těžké životní situaci, z níž si sami nedokáží pomoci.

V analýze (GAC 2006) se dále uvádí, že riziko vyloučení se zvyšuje v závislosti na kumulaci více uvedených faktorů. **Sociální vyloučení se projevuje** (nikoli však pouze):

- prostorovým a symbolickým vyloučením spojeným se stigmatizací
- nízkou mírou vzdělanosti a ztíženou mírou tuto nevýhodu překonat
- ztíženým přístupem k legálním formám výdělečné činnosti
- rizikovým životním stylem a životními strategiemi orientovanými na přítomnost
- uzavřeným ekonomickým systémem vyznačujícím se častým zastavováním majetku, půjčováním peněz na vysoký úrok
- větším potenciálem výskytu sociálně patologických jevů
- sníženou sociokulturní kompetencí.

Globálně lze shrnout důsledky sociálního vyloučení v dimenzích socio-ekonomických, kulturních a politických. Všechny uvedené důsledky ve vztahu k samotným dětem lze interpretovat zcela na konkrétním následujícím příkladu dvou Tomášů ve věku 10 let.

### KONKRÉTNÍ PŘÍKLAD:

- **Socio-ekonomické důsledky:**
  - **Tomáš A** pochází z podnětného rodinného prostředí, nežije v sociálně vyloučené lokalitě. Oba rodiče jsou zaměstnaní. Rodina dosahuje standardní společenské úrovně. Má pravidelný měsíční příjem, rodiče se aktivně dětem věnují, jejich výchova je intencionální.

- **Tomáš B** pochází z málo podnětného rodinného prostředí, žije v sociálně vyloučené lokalitě. Oba rodiče jsou nezaměstnaní, pobírají dávky státní sociální podpory. Otec sporadicky pracuje nelegálně. Jejich společenské postavení dosahuje nízké úrovně. Rodina má pravidelný měsíční příjem, hospodaření není však adekvátně regulováno. Ve výchově převládá funkcionalismus, rodiče se aktivně dětem nevěnují.
  
- **Konkrétní projevy – rozdíly, např.:**
  - *ve standardu bydlení a jeho kvalitě,*
  - *ve stylu odívání a hygieně odívání, v celkové hygieně,*
  - *ve stylu stravování, pravidelného režimu a kvalitě stravování,*
  - *v uvědomovaných potřebách, v hodnotových složkách,*
  - *ve startovací vzdělávací linii a v budování motivace k učení se,*
  - *ve vztahu k práci, pracovní morálce a k přijímání státní sociální podpory apod.,*
  - *ve způsobu hospodaření a společenského fungování,*
  - *ve vzoru modelových rodinných situacích, ve vzorech rodičů obecně,*
  - *ve způsobu komunikace s exterfamiliárním prostředím,*
  - *v životní perspektivě dítěte obecně ad.*
  
- **Kulturní důsledky:**
  - **Tomáš A** s rodiči v určitých intervalech navštěvuje různá kulturní představení (divadlo, kino apod.), již navštívil několik muzeí, navštěvuje různé kroužky (hra na klavír, sport apod.), účastní se několika zábavných akcí. Každoročně dovolenou tráví např. u moře nebo u příbuzných na horách nebo na chalupě v přírodě.
  
  - **Tomáš B** dosud nebyl na žádném kulturním představení, co znamená muzeu, ví jenom teoreticky, nikdy v něm nebyl. Jednou v rámci vyučování byl s třídním kolektivem v kině na zajímavý film. Do zájmových kroužků nechodí, ani neví, že by chodit mohl a co vše obnáší. V období letních prázdnin je doma, čas tráví volně venku, téměř vždy bez dohledu rodičů.
  
  - **Konkrétní projevy – rozdíly, např.:**
    - *ve vztahu ke kulturním společenským hodnotám,*
    - *v obecné kulturní a společenské informovanosti,*
    - *ve společenském chování v daných společenských situacích,*
    - *ve vztahu k estetice a jeho hodnotě,*
    - *v podmínkách rozvoje schopností, využití dispozic,*
    - *v předpokladech k náchylnosti k negativním sociálním deviacím (tzv. sociálně patologické jevy).*

- **Politické důsledky:**

- **Tomáš A** vyrůstá v rodině, která má povědomí o právní systému, o systému právní moci. Rodiče vedou dítě k tomu, aby dodržovalo právní předpisy, elementární informovanost je zajištěna. Dítě je seznámeno s principy a fungování práva v naší zemi. Rodina dítě vede k respektování práv a povinností.
- **Tomáš B** vyrůstá v rodině, která se omezeně orientuje v systému práva. Informovanost se váže na systém nároků a požadavků související s finančními příspěvky státu. Výklad systému práva, právní moci, potažmo respektování práv a povinností je interpretováno v omezené míře, často se váže na pouhé subjektivně vnímání práva jednotlivců.
- **Konkrétní projevy – rozdíly, např.:**
  - *v morálním a sociálním vývoji dítěte,*
  - *v subjektivně (neadekvátně) vnímaným aspektům práva a povinností,*
  - *v předpokladech k problémům a poruchám chování,*
  - *v předpokladech k deviantnímu chování.*

Kontext sociálního znevýhodnění se zřetelem k samotným žákům a studentům se váže především na společenskou (též sociální) dimenzi, s přihlédnutím na proces edukace. Nikolai (in Svoboda, Morvanová a kol. 2010) poukazuje na terminologickou citlivost psychologické diagnostiky dětí či studentů ze sociokulturně odlišného prostředí. Vymezuje sociální znevýhodnění, sociokulturní znevýhodnění, sociokulturní odlišnost a označení sociokulturně znevýhodněný žák (s. 102–103). Zdůrazňuje, že terminologické označení určité skupiny žáků hraje dosti klíčovou roli ve formování předsudků a stereotypů. Nikterak však nelze generalizovat, též nelze konstatovat, že určitá sociální (etnická) skupina se vyznačuje absencí kulturních znaků, nebo dokonce pro její dimenzionální odlišnost přičítat jí charakteristiky vyplývající ze snížených rozumových schopností.

Sociální znevýhodnění v podmínkách českého školství je definováno § 16 (vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami) zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, v němž jsou vymezeny tři základní **kategorie speciálních vzdělávacích potřeb**:

- osoba **se zdravotním postižením** (postižení mentální, tělesné, zrakové, sluchové, vady řeči, autismus, souběžné postižení více vadami, vývojové poruchy učení nebo chování);
- osoba **se zdravotním znevýhodněním** (tj. zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc, nebo zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování);
- osoba **se sociálním znevýhodněním** (rodinné prostředí s nízkým socioekonomickým statusem, nařízená ústavní či ochranná výchova, postavení azylanta či uprchlíka ad.).

**Sociokulturní znevýhodnění** (*sociokulturní dimenze*) představuje sociální vyloučení (*společenská dimenze*), potažmo sociální znevýhodnění (*edukativní dimenze*) opírající se o etnicitu dané sociální skupiny. (Kaleja 2011)

Do skupiny sociálně znevýhodněných spadají žáci (též studenti): „pocházející z prostředí sociálně nebo kulturně a jazykově odlišného od prostředí, v němž vyrůstají žáci pocházející z majoritní populace; z různých, u nás již žijících menšin nebo žáci přicházející k nám v rámci migrace“. (RVP ZV 2007, s. 102) V literatuře se setkáme s tím, že na žáka se sociálním znevýhodněním nutno nazírat jako na žáka, pro něhož škola vytváří individuální podmínky, a těmi se rozumí:

- individuální vzdělávání podle individuálního vzdělávacího programu;
- úprava organizace výchovy a vzdělávání;
- úprava prostředí, v němž se výchova a vzdělávání uskutečňuje;
- využívání specifických metod a forem výchovy a vzdělávání. (Kaleja, 2011)

Dalším příkladem může být skupinové vyučování, které lze pojímat podle Mareše (1998) jako:

- **kooperativní učení** (cooperative learning)
- **kompozitní vyučování** (jigsaw teaching), kdy je ve skupině jeden žák jako „expert“
- **partnerské učení** (peer tutoring), kdy pracují dva žáci, přičemž ten pokročilejší, zkušenější vyučuje slabšího
- **kolaborativní učení** (peer collaboration) představuje vrstevnickou spolupráci.

V edukační relaci s žáky a studenty se sociálním znevýhodněním je potřeba pamatovat na další aspekty související s učením. Mareš (1998) hovoří o **strategii učit se, jak se učit** (learning how to learn / learning to learn). Zmiňuje, že styly učení je možné, avšak ne nutné měnit či ovlivňovat. V případě sociálně znevýhodněných žáků máme na paměti jejich edukativní vzory, socio-ekonomické postavení a postoje ke vzdělávání ad. Z toho poté vyplývá, že formace stylu učení žáka je především v učitelových silách. Právě od učitelů se obecně očekává, že ponесou největší podíl na pozitivních změnách žákova stylu učení. Všechny faktory ovlivňující styly učení by měly být zohledněny. Jsou to např. individuální zvláštnosti, rodinné zázemí žáka, podmínky, v nichž učení a vyučování probíhá ad. Nositelem změn může být také psycholog nebo jiný poradce, kamarádi, spolužáci a také sourozenci (dosáhnout toho, čeho dosáhl bratr – takový cíl je bližší než dosáhnout toho, čeho dosáhl učitel). (Kaleja, 2011)

Charakteristika rodiny dětí pocházející ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí je vyznačuje následujícími aspekty: nižší příjmy, nižší úroveň vzdělání, členové ohrožení nezaměstnaností a sociálně patologickými jevy, nižší sociální status a nižší kvalita života,

často horší znalost vyučovacího jazyka, odlišné aspirace ve vztahu ke vzdělávání, rozdílné vzorce chování. (Kaleja 2011)

Pro vzdělávání žáků a studentů se sociálním znevýhodněním je důležité multidisciplinární přístup - spolupráce školy a odborných pracovišť (PPP, SPC, SVP, OSPOD, klinická psychologie, neziskové a volnočasové organizace – Člověk v tísni atd.).

Tito žáci patří mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem (Školský zákon č. 561/2004 Sb. § 16, odst. 1). Pro úspěšné vzdělávání žáků se sociálním znevýhodněním je nutné zabezpečit určité podmínky, jimi jsou (RVP ZV 2005, s. 110):

- individuální nebo skupinová péče
- přípravné třídy
- pomoc asistenta pedagoga
- menší počet žáků
- odpovídající metody a formy práce
- specifické učebnice a materiály
- pravidelná komunikace a zpětná vazba
- spolupráce s psychologem, speciálním pedagogem ad.

#### **Odpovídající metody a formy práce:**

- nutné věnovat pozornost osvojení českého jazyka a seznámení s českým prostředím, kulturními tradicemi, zvyklostmi
- úprava ŠVP, využití prvků multikulturality v průřezovém tématu
- zařazení nepovinných předmětů, odpoledních kroužků s danou tematikou
- využívat aktivizujících činností a multisenzorický přístup, nevhodný je frontální způsob výuky
- ve výuce vycházet z reálných situací běžného života, se kterými se žák setkává či může setkat
- prodloužený výklad učiva, prodloužené ústní procvičování
- zajištění doučování (nízkoprahová zařízení apod.), možnost i redukce učiva
- nutná zpětná vazba, jestli žák chápe sdělenou informaci nezkresleně (na základě jiných hodnot, odlišných zkušeností), tj. kontrola správného chápání zadaného úkolu, názorné pomůcky, pomocné návodné otázky, dopomoc k prvnímu kroku atp.
- respektování pracovního tempa a snížené odolnosti vůči zátěži
- prokládání, či umožnění pohybového uvolnění
- střídání činností různého druhu

Tradiční způsob výuky: faktické informace – orientace na výsledek	Nové metody výuky: vedení k žádoucím učebním
Pamatovat si, co je v knize.	Učit se, jak si látku ukládat do paměti.
Výuka postupů.	Orientace na řešení problémů.
Přesné postupy.	Odhalování souvislostí a zákonitostí.
Důraz na správné chování, vnější kontrola chování.	Vést k sebekontrolě a seberegulaci: jak se chovat, proč a kdy.
Mechanické opakování.	Důraz na tvořivé myšlení.
Říkat to, co chce učitel slyšet.	Vyjadřování vlastních myšlenek.
Přizpůsobit se pravidlům.	Odhalování nutnosti pravidel.
Přizpůsobit se stejným pravidlům.	Vhodně přizpůsobovat pravidla okolnostem.
Přijímat všeobecné názory.	Důraz na jedinečnost člověka schopného obhájit se vlastní názor.
Obavy z chyb.	Analyzování chyb, aby jim v budoucnu bylo možno předcházet.
Čekat a sledovat.	Vyhledávat informace a najít řešení.
Neklást otázky.	Zvědavost a zvědavost.
Řídit se pravidly bez přemýšlení.	Přemýšlet, jak dosáhnout cíle.
Přijímat učitelovy názory jako zákon.	Uvažovat kriticky.
Přijímat vědomosti zprostředkované učitelem.	Rozvíjet celou mysl, tj. kognici, vůli a srdce.

**Tabulka: Vyučování orientované na výsledek versus vyučování orientované na proces.**  
(Lebeer (eds.), s. 25)

### Podpora sociálního klimatu ve třídním kolektivu

Motivační výukový vstup učitele před zahájením výuky lze pojímat jako velice vhodný plynulý průnik do školní práce žáka. Jeho koncepci nalezneme například v rámci ranního kruhu vzdělávacího programu *Začít spolu*<sup>42</sup> (*mezinárodní označení je Step by Step*). (Krejčová, Kargerová 2003) Je to významný moment, kdy učitel dává sociální prostor žákům svobodně vyjádřit své emoce, sdílet své pocity a osobní zážitky s třídním kolektivem. Žáci se mohou přivítat, popřát si hezké společné chvíle, úspěšnou práci. Učitel tak využije chvílky, kdy může projevit žákům zájem o jejich osobní život. Zároveň má možnost poznat osobnost každého z nich, jeho rodinné prostředí a na základě této znalosti adaptovat, korigovat na něj kladené požadavky. Takto pojatý motivační vstup výchovně vzdělávacího procesu lze využít efektivně. Učitel nepocházející z etnické komunity má možnost nahlédnout do nitra minority, dozvědět se o zvláštностech provázejících svébytnou kulturu romského etnika. Bez této zkušenosti

<sup>42</sup> Jedná se v pravém slova smyslu u projekt.

mohou nastat situace interkulturního nedorozumění, neporozumění. A právě i proto by měl učitel usilovat o vytvoření harmonického sociálního klimatu ve své (interkulturní) třídě. Vzájemná kooperace mezi žáky zajišťuje sociální interakci žádoucí k vytváření pozitivního klimatu ve třídním kolektivu. Aktivní spolupráce zlepšuje sociální vztahy ve třídě, umožňuje získávání vědomostí, znalostí a dovedností prostřednictvím osobní zkušenosti, jež považujeme za nejlepší výukový prostředek při fixaci nových obsahů učiva. Střídání různých forem vyučování a vyučovacích metod garantuje dynamický průběh výuky, která je pro romské žáky potřebná. V rámci kooperace mezi žáky lze vytvářet homogenní a heterogenní skupiny s kooperativním či kompetitivním cílem apod. Vždy s ohledem na danou situaci a potřeby edukativního cíle.

### **Didaktické postupy**

Netradiční časové rozvržení výuky je dalším činitelem ovlivňujícím efektivitu výchovně vzdělávacího procesu. Je obecně známo, že romští žáci jsou dosti často roztržití, jejich míra pozornosti je relativně nízká, kolísavá (srov. Bartoňová 2005; Ševčíková 2003). Netradičním členěním celého vyučovacího dne lze dosáhnout kvalitnější práce žáků. Doporučujeme slučovat klasické vyučovací hodiny do jednotlivých bloků, vybírat tematicky podobné učivo v rámci jednotlivých předmětů a poukazovat na jejich vzájemnou souvislost, nutnou aplikaci v praxi. Někdy lze pracovat v delších etapách, jindy doporučujeme - zvláště v druhé polovině vyučovacího dne - etapy zkracovat a do přestávek vkládat estetické chvíle, tj. např. vhodně využívat rytmičnost a muzikálnost romských žáků, která je jim blízká. Jsou temperamentní, vynikají především v pohybové, muzikální, empatické oblasti. (srov. Ševčíková 2003) A toho lze efektivně využít. Jejich muzikálnost se dá uplatnit ve výchovně orientovaných předmětech (mj. hudební výchova, výtvarná výchova, tělesná výchova), kde lze čerpat prvky z romské kultury. Tradiční, ale i moderní romská hudba by mohla zpestřit hodiny hudební výchovy, přispěla by k interkulturnímu cítění celé třídy. Prvky romského tance, stejně tak i romská hudba by mohla být vhodně využívána v hodinách tělesné výchovy, při tréninku různých motorických a senzomotorických cvičení apod. Výtvarný temperament etnických žáků lze rozvíjet v hodinách výtvarné výchovy, zvláště při prezentaci, užití kulturních etnických atributů. Tradiční romská kultura se vyznačuje pestrou škálou barev. Romové milují barvy. Jejich výtvarné produkty jsou pestré, hluboké, často graficky pojaty netradičně (*viz výtvarné produkty romských žáků jarovnické základní školy z okresu Sabinov na Slovensku*<sup>43</sup>).

Individuální přístup ve výuce nelze opomenout. Mnozí učitelé mívají tendence vnímat všechny romské (všechny) žáky stejně. Nemělo by tomu tak být. I mezi etnickými žáky je každý jeden žák jiný, má odlišnou strukturu osobnosti, vyznačuje se odlišnou osobností

---

<sup>43</sup> Na této základní škole, kterou navštěvuje bezmála 900 romských žáků působí učitel, který svou angažovaností v hodinách výtvarné výchovy klade důraz na sugestivní vyjádření osobních pocitů, prožitků a zkušeností romských žáků. Hodinu vede netradičně, pomocí otevřené debaty, výzvy směřující k žákům. Vyzdvihuje kulturu Romů, posiluje romskou identitu žáků. Několik desítek prací (individuálních či kolektivních výtvarných produktů) každoročně putuje na mezinárodní umělecké, výtvarné soutěže, v nichž jsou velmi úspěšní.

dynamikou, individualitu. Filozofií učitele působícího individuálně by mělo být: *dosáhnout maximálně možného rozvoje ve všech osobnostních sférách žáka.*

Za pozitivní lze považovat orientaci na skutečné porozumění učenému a využití vědomostí v praxi. Učitel usiluje o předávání informací prostřednictvím prožitku. Zde mohou nastat situace, se kterými se doposud romský žák vůbec nesešel. Učitel či jeho „majoritní“ spolužáci mohou užívat slova, kterým vůbec nemusí rozumět. Je potřeba ujišťovat se, zda skutečně dochází k plnému porozumění a zda romský žák ví, co se od něj očekává. Učitel by si rovněž měl být vědom toho, že romští žáci mají odlišný vztah ke knížkám ve srovnání s žáky většinové společnosti. V tomto směru jsou většinou bez vzorů. Postrádají situační modely, kdy rodiče svým dětem při usínání čtou, motivují je a odměňují krásnými poutavými obrázky. Lze říci, že romský žák se ke knížce, k textu samotnému, který je mu často předkládán ke čtení, staví rozdílně. Uvědomuje si, že má nemalé problémy se čtením, se slovní zásobou, někdy s výslovností daných hlásek a čtení se tak pro něj stává traumatizujícím zážitkem. Zvláště musí-li číst nahlas před celou třídou. Jeho jazyková kompetence nedosahuje takové úrovně (z hlediska obsahové a formální stránky jazyka), které dosahují žáci majoritní populace. Při budování „české“ jazykové kompetence bereme zřetel na skutečnost, že čeština (majoritní jazyk) je pro romské žáky především sekundárním jazykem, ač u některých se s pravou romštinou jako s mateřským jazykem ani nesešeláme, neboť hovoří etnolektem.

Odlišný přístup by měl být i při zadávání domácích úkolů. Romští žáci, především z nižších ročníků, se sami neorientují v zadaném domácím úkolu, který jim vyučující zadal „někdy“ ráno. Pomoc vycházející od rodičů nelze v některých případech očekávat. Takový žák potřebuje více času, aby se mohl naučit učit se, učit se sám, bez pomoci, učit se bez vedení. Stávají se situace, kdy žák první třídy projevuje ochotu a zájem pracovat na učitelem zadaném úkolu, ale v domácím prostředí postrádá rodičovskou podporu, není ke školní práci motivován. Ba dokonce mladší sourozenci mu při hraní poničí jeho školní pomůcky. I o těchto situacích by učitel romských žáků měl vědět. Měl by vždy pamatovat, že nelze žáka trestat za to, za co on sám nemůže. Zde je nutná aktivní spolupráce a metodická komunikace s rodiči. Potřeba pěstovat odpovědnost a povinnost k plnění zadaných úkolů je nezbytná. Od učitele by měla vycházet energie, která by žáka motivovala k dobrovolné činnosti. Zaujme-li učitel romského žáka, ten vypracuje úkol s ochotou, s radostí primárně za účelem, aby svého vyučujícího potěšil. Tento zájem je však krátkodobý a je nutností jej neustále rozvíjet, podporovat a zejména snažit se jeho intenzitu prolongovat.

Didaktický materiál pro cvičení běžných životních situací a sebeobsluhy, jazykový materiál, smyslový a matematický materiál, materiál k estetické výchově (např. hry, slovní hry, rozvoj slovní zásoby) jsou významným prostředkem při předávání a vstřebávání informací. Pomáhají žákům lépe porozumět výukové situaci, orientovat se v daném problému. Romští žáci pracují rádi názorně, často abstraktním pojmům nejsou schopni zcela porozumět.



Kladně hodnotíme motivaci a vedení žáků k pozitivnímu, svobodnému rozhodování a k tomu, aby se žák učil nést odpovědnost. Právě vědomí (pocit) odpovědnosti je u těchto žáků dosti problematické, neboť někteří nejsou v rámci rodinné výchovy vedeni k takové významné životní kompetenci. Přístupy vedoucí k vytváření snah o dosažení samostatnosti žáků vítáme. Samostatnost je klíčovým atributem výchovy, kterého nelze dosáhnout okamžitě. Jde o proces zahrnující mnoho úsilí učitele a žáka. Vedení k samostatnosti u romských žáků je poněkud dlouhý proces, neboť právě tito etničtí žáci se vyznačují velkou mírou hyperaktivity, vzrušivosti. Je potřeba tuto intencionální píli nastavit již od útlého věku a aktivně sledovat, stimulovat její průběh.

Rozčlenění práce do určitého dílčího celku se vyznačuje pedagogickou systematičností učiva, která poskytuje několikanásobnou zpětnou vazbu žáku, jeho rodině a učiteli. Rozčlenění do dílčích celků u romských žáků hraje stejně tak velkou roli. Romský žák je netrpělivý, netečný a snadno se nechá svými neúspěchy odradit. Rovněž obavy z velkého množství učiva a malá míra sebedůvěry snižuje motivaci k učení.

Využití prostředků informační a komunikační technologie ve výchovně vzdělávacím procesu při pedagogické práci (s romskými žáky, stejně tak jako s neromskými), slouží primárně jako motivační prvek výuky, je zároveň vhodným facilitátorem vzdělávacích obsahů.

### **Strategie k udržení kázně**

*Nástěnná tabule* pro zveřejňování kritik, pochval, přání, pracovních výsledků je skvělou zpětnou vazbou pro žáky. Pro ty motivované, ale i pro ty, kteří nevynakládají dostatečně velké pracovní úsilí, přestože mají k tomu předpoklady. Motivovaní žáci vidí, že učitel bere jasně na vědomí jejich úsilí a předkládá je jako vzor. Těm žákům, kteří svou práci zanedbali, učitel tak dává najevo, že s jejich prací není spokojen a měli by usilovat o zlepšení výkonu. U slabších žáků (tj. ti žáci, kteří vyložili velké úsilí, ale jejich schopnosti a předpoklady jsou na nízké úrovni tak, že nebylo možno dosáhnout vytýčeného cíle) doporučujeme, aby učitel zviditelňoval jejich pozitivní stránku osobnosti. Rozhodně by neměl tyto žáky v očích spolužáků snižovat, ale právě naopak. Takoví žáci za svůj nízký potenciál nemohou. Nástěnná tabule může být využita i pro potřeby definování řádu. Mohou se zde prezentovat kázeňské prohřešky a zároveň žádoucí žákovo chování. Řád by však měl respektovat individualitu každého žáka. Při výchově etnických žáků je zvláště potřeba zdůrazňovat význam řádu a kontrolovat jeho průběžné plnění. Za problematické z hlediska udržení kázně a pozitivní pracovní rovnováhy ve výuce lze považovat málo dynamicky pojatou vyučovací hodinu, frontální pojetí vyučovacího procesu. Etničtí žáci se vyznačují především vysokou mírou vzrušivosti a také hyperaktivitou. Velmi snadno cokoliv odbourá jejich pozornost. Žáci potřebují neustále něco vytvářet, být v pracovní činnosti, vidět okamžité výsledky své práce a být neustále motivováni.

*Podpora hodnot a společenských zásad* musí být u žáků pocházejících z etnika cílená, systematická, s promyšlenými postupy. Porušování společenských norem chování u romských žáků má daleko širší a hlubší kontext. Souvisí to primárně s odlišným kulturním rámcem society – romské komunity. Mnohdy to, co se nám jeví jako patologické, nemusí patologickým být v etnické kultuře a naopak. Proto je potřeba důkladně vést romské žáky k normativnímu chování většinové společnosti. Tento proces porozumění odlišnému kulturnímu kanálu není otázkou interpretování jedné konkrétní situace, nýbrž jde o dlouhodobý proces, při kterém učitel vede žáka a je vybaven velkou dávnou trpělivostí.

Obrovským úkolem při výchovně vzdělávací práci učitele je zajistit **aktivní spolupráci s rodiči**. Ačkoliv mnozí romští rodiče nejsou zaměstnaní, nelze očekávat jejich aktivní účast při výchovně vzdělávacím procesu. Ať už z důvodů osobních negativních zkušeností, které plynou především z jejich školních neúspěchů a posléze z negativně vytvořeného vztahu ke škole jako „většinové“ (dle jejich mínění) instituci, také i proto, že vzdělání nepatří mezi primární hodnoty romského národa<sup>44</sup>. A i proto není snadné dožadovat se nějakého vzdělávacího podílu. Rodiče (zejména matka) projevují zájem o spolupráci se školou obvykle jen v prvních třech letech povinné školní docházky dítěte. S přibývajícími školními neúspěchy nebo s narůstající problémovým chováním se komunikace ze strany rodičů vytrácí. Z pozice učitele nutno udržovat cílenou komunikaci s rodiči, podporovat je v jejich výchově dítěte, hledat individuální nástroje stimulující rodičovskou roli. Učitel by měl být v komunikaci s rodiči pozorný, nereagovat ukvapeně a na samotném začátku budování partnerského vztahu proto výchovu žáka (dítěte) nehodnotit negativně. Naopak, měl by začít hledat pozitivní stránky, vyzdvihovat je a motivovat rodiče, povzbuzovat je k výchově a podporovat jejich rodičovskou roli. Až po té, co učitel navázal partnerský kontakt s rodiči, se může na ně obrátit s prosbou o nápravu, negativně hodnotit nežádoucí jevy žáka. V takovém momentě rodič již ví, že učitel je na jeho straně a usiluje o blaho dítěte.

### **Výchova bez trestů a sankcí**

Filozofie výchovy bez trestů (sankcí) a odměn je podle našeho soudu ve vztahu k romským žákům nevhodným výchovným prostředkem. Koncepce výchovy dětí bez trestů spočívá na principu, že malé děti nejsou schopny porozumět tomu, za co jsou vlastně trestány. (Svobodová, Jůva 1996) Etničtí žáci potřebují vést, jejich chování je nutné adekvátně stimulovat. V rámci procesu sociálního učení je potřeba nutně klást důraz na aspekty přímého posilování (odměny a tresty), vždy promyšleně v adekvátní podobě. Stejně tak je nutné přihlížet na individuální vývoj dítěte (žáka) a jeho dosažený osobnostní potenciál. Každé dítě v daném věku dosahuje jiných osobnostních kvalit, je na jiném vývojovém stupni. V situaci, kdy dochází k jakémukoliv řešení problému, je vždy potřeba ujistit se, zda žák

---

<sup>44</sup> Např. ve své povídce romská spisovatelka Tera Fabiánová „*Sar me phiravas andre škola – Jak jsem chodila do školy*“ otevřeně vypráví, jak ráda chodila do školy a jak ráda nosila dobré známky. Jako malá dívka se těšila, že jí doma za její velký úspěch v „gádžovské“ škole pochválí. Místo toho však doma dostala vyhubováno, aby místo zbytečného povídání šla raději něco dělat - pracovat.

skutečně porozuměl, oč učiteli vlastně jde, co je žákovi vyčítáno a co by příště dělat neměl. I takovým způsobem mu vštěpujeme normativní hodnoty společnosti. U etnických žáků je obzvláště nutné, aby se učitelé ujistili, zda dítě skutečně porozumělo negativní situaci a její důsledkům. Musíme mít na paměti, že žák pocházející ze sociálně odlišného prostředí má vžitý naprosto odlišný kulturní hodnotový systém, o němž je přesvědčen, že jsou správné, pravdivé, neboť mu byly předány od jeho nejbližších, rodičů.

Postavíme-li před romským žákem vyučovací alternativu (*možnost volby práce*), budeme mít větší jistotu, že žák bude usilovat o to, aby byl ve své práci vytrvalý, neboť on sám si vybral práci, kterou by dělal. Důležité je pamatovat na to, že pokud bychom takového žáka intenzivně nutili k práci, nevyloží žádné úsilí a cílový efekt bude nulový. Naším úkolem je žáka především motivovat a vést k úspěšné práci.

V reflexi sociálních prostředí v kontextu romského dítěte máme na paměti, že romské dítě vyrůstá v širší rodinné jednotce, která se mimo nukleární rodinu skládá ze strýců, tet, prarodičů apod. Dítě vyrůstá v sociálním prostředí, kde struktura a charakter rodinných vazeb jsou svou dynamikou rozdílné. Není vychováváno pouze rodiči, tj. v nukleární rodině, ale na výchově se podílejí i ostatní členové rodinného společenství, především prarodiče, strýcové a tety. Někdy dokonce i starší sourozenci. Romští rodiče **intencionální výchovu** (*aktivní výchovnou orientaci*) směřují především na nejmladší děti. Těm věnují veškerou péči. Všichni členové (*dokonce i sourozenci*) vnímají nejmladší dítě v rodině za symbol radosti a štěstí. Starší sourozenci jsou smířeni s tím, že se rodina orientuje především na nejmladšího člena. Jsou vedeni k tomu a považují to za přirozený společenský komunitní jev.

Normativně utvářející vzory jsou odlišné v porovnání s většinovou společností. Mají svou historicko- společenskou podstatu. Hranice deviantního chování mění svou dimenzi uvnitř etnika a mimo etnikum. Dítě tak vyrůstá v prostředí, v němž limity výchovy jsou jiné, pro většinovou společnost nežádoucí, patologické. Odlišnost lze spatřovat v oblastech životních perspektiv. Jsou to postoje ke vzdělání, postoje k zaměstnanosti a nezaměstnanosti, postoje k materiálním a nemateriálním hodnotám, postoje ke zdraví a k zdravému životnímu stylu, k celkové kvalitě života. Volný čas romské dítě tráví velmi svobodně. Rodiče se intenzivně v této oblasti neangažují, velmi sporadicky se některé romské děti účastní školou nabízených kroužků stimulující učení, schopnosti, jejich nadání. Volný čas je tak v rukou „ulice“, kde dítě hledá naplnění časového prostoru, a mnohdy naráží na okolnosti, které jeho osobnost formují nepříznivě.

Startovací linie povinné školní docházky romského žáka je od jejího prvního počátku odlišná. Odlišnost se týká všech složek školní zralosti žáka, podpory rodičů, přístupu učitele. Vyučující očekávají, že rodiče budou nápomocní svým dětem při vypracovávání domácích úkolů, budou jim pomáhat a vést ke školním povinnostem. Ti jim však často nejsou schopni pomoci.

Ti žáci, kteří ve škole neprospívají, neplní si domácí úkoly, nepřipravují se do vyučování, zájem o učivo nemají. Projevují se malou vytrvalostí, brzkým vzdáváním se a následnou apatií vůči učivu, vůči škole jako instituci. Odrazuje je plnění povinností. Projevují se vysokou mírou nesamostatnosti. Vyžadují absolutní vedení. Konflikty mezi spolužáky řeší často agresivně, hrubě, nepřiměřeným způsobem. Chybí řád z domácího prostředí, reagují impulsivně, neuváženě. Ti „úspěšnější“ jsou naopak plní zvědavosti, snahy dozvědět se něco nového. Číší z nich spontánnost, pracují rádi. Potřebují však neustálou motivaci, vedení, potřebují neustále slyšet to, že to, co dělají, dělají správně a že to k něčemu vede.

Rodiče zájem o vzdělávání dětí projevují pouze v prvních letech povinné školní docházky (*obvykle do třetího ročníku*). S postupnými nastávajícími problémy (*vzdělávacími či výchovnými*) aktivní zájem rodičů o vzdělávání dětí upadá. Od učitelů očekávají, že zvládnou výchovně řešit problémové situace, které nastávají i v rodinném prostředí, popřípadě, které nesouvisí přímo se školou.

Rodiče komunikaci se školou udržují v případě, jsou-li subjektivně se školou, jejím působením spokojeni. Vyžaduje-li škola po rodičích aktivní výchovné působení u výchovně problémového žáka, komunikaci se školou často přeruší. Ti, jejichž děti jsou již na druhém stupni základní školy a výchovu svých dětí nezvládají, rezignují na svou rodičovskou roli. V takových situacích se často obracejí o pomoc k prarodičům (*svým rodičům*). Výchovné funkce se ujímá především babička, která je v komunitním společenství považována za nejvyšší autoritu. Výchovný vliv rovněž může mít i dědeček. Prarodiče svými výchovnými postupy nemusí mít takový vliv, jak se od nich očekává. Rodiče svým dětem neposkytují podnětné vzory směřující ke vzdělávání, nemotivují je dostatečně k pokračování vlastní vzdělanostní dráhy v sekundárním školství. Nejsou schopni jim poskytnout materiální vybavení a podmínky potřebné k rozvoji v oblasti vzdělávání. Sami si neuvědomují odlišný kulturní rámec většinové společnosti. Při komunikační interakci s majoritou užívají etnické kulturní prvky, kterým majorita nemůže porozumět, protože nezná jejich podstatu. Tím se často dostávají do kulturního střetu, neboť pozitivně hodnocené jevy v komunitě Romů nemusí být pozitivně hodnoceny ve většinové společnosti a naopak.

Stávají se situace, kdy učitel konzultuje výchovné problémy s rodiči, upozorňuje na negativní chování a hrubé vyjadřování žáka a rodič usiluje o nápravu tím, že adresuje dítěti obdobně nevhodné chování. V takové situaci se dítě nedokáže zorientovat, neboť dva různé zdroje autority (*rodič a učitel*) předkládají naprosto odlišné vzory, požadavky. Nutno si pak uvědomit situaci, v které se žák nachází. Je na „hranici“ dvou různých výchovných modelů. Přínosnější se jeví otevřeně, humanisticky pohovořit s žákem a vysvětlit mu, o co učitel usiluje, co se od něj očekává, k čemu výchovné působení směřuje.

Rodiče se v rodinném prostředí neptají dítěte na domácí úkoly. Někteří nekontrolují žákovské knížky či notýsky. Neuvědomují si svůj „spolupodíl“ na vzdělání svých dětí.

Domnívají se, že vzdělání je v rukou školy a ta má vynaložit veškeré úsilí k podpoře a k vedení. Rodiče dětí prvních (až tří) ročníků denně doprovází děti do školy. Někteří čekají v prostorách školy do chvíle, než začne vyučovací hodina. Někteří se zajímají o školní práci dítěte, ptají se na pokroky, případně (zřídka) konzultují s učitelem domácí úkoly. V situacích, kdy učitel se zajímá, proč žák nebyl ve škole, argumentují, že měli jiné, důležité povinnosti. Jsou však situace, kdy se jim ráno nechtělo vstávat nebo dítě hlídalo mladšího sourozence v době, kdy rodič musel na úřad práce apod. Někteří rodiče posílají do školy děti jenom proto, aby se nedostali do konfliktu s odborem péče o dítě (OPD), aby mohli pobírat dávky státní sociální podpory. Na jedné straně počítají s tím, že škola se o jejich děti postará a přebere za ně plnou zodpovědnost, a na druhou stranu se rodiče často domnívají, že škola stejně děti nic nenaučí. Tento nemotivační přístup rodičů ke škole se pak negativně odrazí i na přístupu romských dětí ke vzdělání.

*„Škola, která chce úspěšně vzdělávat romské děti, musí též najít cestu k jejich rodičům. Musí být iniciátorem procesu, který pomůže překonat onu vzájemnou bariéru nedůvěry a nepřátelství a musí rodiče přesvědčit, že vzdělání je pro jejich děti opravdu důležité. Bez spolupráce s rodinou nemůže mít školní práce dětí uspokojivé výsledky. Je tedy na učitelích, aby se snažili od počátku navázat s rodiči dítěte pozitivní vztah, a proto musejí především jednat s rodiči jako s partnery, mluvit s nimi nejen o školních problémech, ale zajímat se o celou rodinu...“ (Člověkv tísni, o. p. s. 2002)*

Učitel by měl mít určitý soubor kvalit, pro který jej žáci, případně jejich rodiče považují za ideálního pedagoga. Soubor příslušných oceňovaných kvalit úzce souvisí s osobností člověka: s jeho temperamentem, charakterem, sociálním cítěním, pevnou vůlí a s intelektovou stránkou. Nazveme-li kvality související s osobností člověka osobnostními kompetencemi, poté je můžeme pojmut jako osobnostní psychické kvality učitele. (Prokešová 1997)

V jedné z Gabalových analýz (2009, s. 8 – 9) jsou definovány **mechanismy vzdělanostních nerovností**, které se objevují na straně jednotlivce – romského žáka (resp. jeho rodiny):

- méně rozvinutý kulturní kapitál,
- méně jazykově stimulující prostředí souvisí s kulturním kapitálem rodiny,
- nižší podpora rodiny v oblasti vedení, motivace dítěte k adekvátnímu vzdělanostnímu růstu,
- neexistence pozitivních pracovních profesních vzorů je dalším faktorem majícím vliv
- na vývoj romského dítěte,
- nižší materiální vybavení rodiny a horší materiální podmínky ve vyloučených lokalitách.

## 2.7 Shrnutí kapitoly a úkoly ke kapitole

- Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí, která postihuje člověka ve všech jeho osobnostních složkách, přičemž nejvýrazněji je postižená kognitivní složka. Proces učení u žáků s mentální retardací probíhá jinak, a to v důsledku primárně narušených vnitřních předpokladů. Výrazným symptomem celkového psychomotorického opoždění od samého počátku vývoje je absence verbálních projevů. Žáci s mentální retardací se i ve školním věku řídí při učení více názornými jevy než slovní instrukcí.
- Porucha autistického spektra je závažnou pervazivní vývojovou poruchou, která postihuje celou osobnost člověka. Jedná se o celoživotní poruchu. Projevy plynoucí z PAS se člení dle tzv. triády: komunikace, sociální interakce a představivosti. Edukativní přístup k jedincům s PAS vyžaduje především individualizace, strukturalizaci a vizualizaci. Existuje několik druhů této poruchy. Pouze jedinci s Aspergerovým syndromem nemají mentální postižení. Etiologie PAS je dosud stále neznámá. Autismus je kombinovaným postižením, též označován jako souběžné postižení více vadami.
- Terminologie specifických poruch učení a chování prošla svým vývojovým procesem. Výskyt jedinců s SPUCH je obtížné exaktně vyčíslit, lze však přibližně stanovit procentuální vyjádření výskytu těchto poruch (až do 16 a 20 %), přičemž u chlapců je výskyt asi třikrát vyšší.
- Problematika poruch a problémů chování představuje značně široké téma. Jejich charakter je multifaktoriální (polyetiologický) a multidimenzionální, vznikají na podkladě mnoha různých přidružených faktorů. Determinace je různorodá, závislá vždy na mnoha okolnostech. Rozsah, míra a charakter jednotlivého fenoménu je vždy individuální.
- O narušené komunikační schopnosti hovoříme tehdy, jestliže některá jazyková rovina v mluveném projevu (případně několik rovin současně) působí rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru jedince. Může přitom jít o jazykovou rovinu zvukovou, gramatickou, lexikálně sémantickou nebo pragmatickou. Narušení se může týkat verbální i neverbální, mluvené i grafické formy řeči, její expresivní či receptivní složky.
- V edukaci dětí a žáků se sociálním znevýhodněním je potřeba pamatovat na celou řadu aspektů. V kontextu školního učení se Mareš (1998) hovoří o **strategii učit se, jak se učit** (learning how to learn / learning to learn). Zmiňuje, že styly učení je možné, avšak ne nutné měnit či ovlivňovat. V případě sociálně znevýhodněných žáků máme na paměti jejich edukativní vzory, socio-ekonomické postavení a postoje ke vzdělávání ad. Z toho poté vyplývá, že formace stylu učení žáka je především v silách

učitele. Právě od učitelů se obecně očekává, že ponесou největší podíl na pozitivních změnách žákova stylu učení. Všechny faktory ovlivňující styly učení by měly být zohledněny. Jsou to např. individuální zvláštnosti, rodinné zázemí žáka, podmínky, v nichž učení a vyučování probíhá ad. Nositelem změn může být také psycholog nebo jiný poradce, kamarádi, spolužáci a také sourozenci.

### **Kontrolní otázky a úkoly**

1. Popište projevy mentální retardace.
2. V jakých oblastech/ osobnostních složkách se projevuje mentální retardace?
3. Vysvětlete systém vzdělávání osob s mentální retardací.
4. Jaká je obecná prevalence specifických poruch učení a chování?
5. Kteří autoři se u nás věnují problematice SPUCH?
6. Charakterizujte Metodu dobrého startu.
7. Jak se liší porucha chování od problémového chování?
8. Na základě jakých kritérií lze provést diferenciaci poruchy od problému chování?
9. Charakterizujte koncept At Risk Youth a jmenujte jeho rizikové faktory.
10. Klasifikujte poruchy chování.
11. Charakterizujte výchovné styly.
12. Vyjmenujte nejčastější druhy NKS u dětí a žáků.
13. Charakterizujte vybrané druhy NKS a popište důsledky v edukaci.
14. Popište projevy NKS u konkrétního dítěte/žáka.
15. Charakterizujte sociální prostředí.
16. Charakterizujte nespecifické a specifické poruchy chování.
17. Co představuje sociální vyloučení?
18. Jaká je obecná edukativní charakteristika romského žáka?

### **Úkoly k textu**

1. Nastudujte si Vyhlášku MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a její novelizaci (116/2011 Sb.).
2. Nastudujte si Vyhlášku MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a její novelizaci (147/2011 Sb.).
3. Na základě studia odborné literatury charakterizujte:
  - Edukativně stimulační skupiny (ESS)
  - Kineziologie
  - EEG – biofeedback
  - Metoda dobrého startu – MDS
  - Program KUMOT
  - Program KUPOZ – metodika Pavly Kuncové
  - Videotrénink interakcí (VTI)

## Úkoly pro zájemce

1. Nastudujte si Analýzu sociálně vyloučených lokalit a lokalit sociálním vyloučením ohrožených (GAC 2006).
2. Nastudujte si Analýzu postojů a vzdělávacích potřeb romských dětí a mládeže (2007)
3. Nastudujte si Analýzu institucionálních podmínek integrace sociálně vyloučených osob do vzdělávacího systému (2010).
4. Jak charakterizuje novelizace vyhlášky MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. žáka se sociálním znevýhodněním vyhláška č. 147/2011 Sb.?
5. Kdo je žákem se sociálním znevýhodněním pro potřeby Školského zákona?

## 2.8 Citovaná a doporučená literatura

- AUGER, Marie-Thérèse a Christiane BOUCHARLAT. *Učitel a problémový žák: strategie pro řešení problémů s kázní a učením*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-907-0.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-866633-37-3.
- ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-273-7.
- ČERNÁ, Marie a kol. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Univerzita Karlova, PedF, 1995.
- ČLOVĚK V TÍSNI, o. p. s. *Vzdělávání Romů v ČR*. Projekt Varianty.
- ČLOVĚK V TÍSNI, o. p. s. *Zpráva o stavu diskriminace, rasismu a xenofobie v České republice v roce 2007*. Praha: 2007.
- FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: OU, 2005.
- FRANIOK, Petr. *Kapitoly z teorie speciální pedagogiky*. Ostrava :OU, 2003.
- GABAL ANALYSIS & CONSULTING. *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti*. Praha: 2006. s. 117. Zadavatel projektu: MPSV a Rada vlády pro záležitosti ČR.
- GABAL ANALYSIS & CONSULTING. *Vzdělanostní dráhy a vzdělanostní šance romských žákyň a žáků základních škol v okolí vyloučených romských lokalit*. Závěrečná zpráva projektu MŠMT ČR. Sociologický výzkum zaměřený na analýzu podoby a příčin segregace dětí, žákyň, žáků a mladých lidí ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí. Praha: leden, 2009.
- JANKŮ, Kateřina. *Dítě s poruchou chování a emocí*. Ostrava: Repronis, 2010. 82 s. ISBN 978-80-7368-764-9.
- KALEJA, Martin. *Romové a škola versus rodiče a žáci*. Ostrava: PdF Ostravské univerzity v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-943-8.
- KALEJA, Martin. *Etopedie*. Opava: FVP Slezské univerzity v Opavě, 2011.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno: Paido, 1998.



- KRAHULCOVÁ–ŽATKOVÁ, Beáta. *Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených*. Praha: UK, 1996. ISBN 80-7184-239-7.
- KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0329-2.
- KREJČOVÁ, Věra a Jana KARGEROVÁ. *Vzdělávací program Začít spolu. Metodický průvodce pro I. stupeň základní školy*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-695-0.
- KVAPILÍK, Josef a Marie ČERNÁ. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum, 1990.
- LECHTA, Viktor. *Zajakavosť – integratívny prístup*. Liečreh gúth, Bratislava: 2005.
- LECHTA, Viktor. *Logopédia IV. Rozvíjanie reči*. Trnava: PdF UK, 1985.
- LECHTA, Viktor. a kol. *Logopedické repetitórium*. Bratislava: SPN, 1990.
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002.
- LEBEER, Jo. (ed.) *Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-103-4.
- MAREŠ, Jiří. *Styly učení žáků a studentů*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-246-7.
- PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.rozšíř. a přepr.vydání. Brno: Paido, 2006. s. 405. ISBN: 80-7315-120-0.
- PROKEŠOVÁ, Miriam. *Osobnost učitele aneb Ten, který miluje*. Ostrava: VAVA, 1997. ISBN 80-902357-8-6.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Praha: VÚP, 2005. ISBN 80-87000-02-1.
- TRAIN, Alain. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001.
- SVOBODOVÁ, Jana a Vladimír JÚVA. *Alternativní školy*. Brno: Paido, 1996. s. 76. ISBN: 80-85931-00-1.
- SWIERKOSZOVÁ, Jana. *Sdecitické boruchy umečí (Specifické poruchy učení)* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 80-7368-042-4.
- SWIERKOSZOVÁ, Jana. *Specifické poruchy chování*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 80-7368-238-9.
- ŠEVČÍKOVÁ, Veronika. *Sociokulturní a hudebně výchovná specifika romské minority v kontextu doby*. Ostrava: PdF OU v Ostravě, 2003. ISBN: 80-7042-282-3.
- ŠEVČÍKOVÁ, Veronika. *Slyšet, cítit a dotýkat se...Romská hudba a hudebnost Romů jako pozitivní kulturní stereotyp a dominantní kulturní konfigurace*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. ISBN: 978-80-7368-569-0.
- ŠLAPAL, Radomír. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4.
- ŠLAPÁK, Ivo. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. Brno: Paido, 1995. ISBN 80-85931-13-3.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. dětství a dospívání*. Praha: UK, 2005. ISBN: 80-246-0956-8.

- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.rozšíř. a přep. vyd. Praha: Portál, 2008. SBN: 978-80-7367-414-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologické podmínky vzdělávání zdravotně, sociálně a sociokulturně znevýhodněných lidí*. Liberec: TU v Liberci, 2007. ISBN: 978-80-7372-184-8.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Paradigma somatopedie*. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-1953-0.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: MU, 2003.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999.
- VOJTOVÁ, Věra. *Úvod do etopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2008. ISBN: 978-80-7315-166-9.
- VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-532.
- VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: MU, 2010. ISBN 978-80-210-5159-1.
- ZELINKOVÁ, Olga *Cizí jazyky a specifické poruchy učení*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2006.
- ZELINKOVÁ, Olga Co přinesla 54. konference IDA. In *Specifické poruchy učení problém stále aktuální. Sborník referátů z konference*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity, 2004.
- ZELINKOVÁ, Olga *Informace České společnosti „Dyslexie“ šk. rok 2002/2003*. Praha: OS, 2003.
- ZELINKOVÁ, Olga *Poruchy učení*. Praha: Portál, 1994.
- ZEŽULKOVÁ, Eva. *Speciální pedagogika - úvod do problematiky*. Ostrava: OU, 2004. ISBN 80-7368-017-3.
- ZEŽULKOVÁ, Eva. (ed.) *Integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Pdf OU, 2006. 120 s.
- ZEŽULKOVÁ, Eva. *Jazyková a komunikativní kompetence dětí s mentálním postižením*. 1. vyd. Ostrava: Pdf OU, 2011. 136 s. ISBN 978-80-7368-991-9.

#### Legislativní dokumenty:

- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, včetně její novelizace
- Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, včetně její novelizace
- Vyhláška MŠMT č. 48/2005 Sb. o základním vzdělávání a plnění povinné školní docházky.

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

## **ZÁVĚR**

Tento studijní materiál podává teoretické poznatky, které tvoří základní rámec oboru speciální pedagogika. Je vytvořen pro studenty prezenční i kombinované formy bakalářského studia oboru speciální pedagogika. Studenti tohoto oboru by se měli orientovat v předložených otázkách, neboť jejich charakter se bezprostředně dotýká předmětu zájmu studovaného oboru. Orientace v předložených tématech umožňuje následné pokračování ve studiu.

