



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

VYBRANÉ KAPITOLY ZE SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

MGR. IGOR HAMPL
MGR. HELENA MRAVCOVÁ



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

CZ.1.07/2.2.00/29.0006

OSTRAVA, 2013

Studijní opora je jedním z výstupu projektu ESF OP VK.

Číslo Prioritní osy:	7.2
Oblast podpory:	7.2.2 – Vysokoškolské vzdělávání
Příjemce:	Ostravská univerzita v Ostravě
Název projektu:	Podpora terciárního vzdělávání studentů se specifickými vzdělávacími potřebami na Ostravské univerzitě v Ostravě
Registrační číslo projektu:	CZ.1.07/2.2.00/29.0006
Délka realizace:	6.2.2012 – 31.1.2015
Řešitel:	<u>PhDr. Mgr. Martin Kaleja, Ph.D.</u>

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

Název: Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky
Autor: Mgr. Igor Hampl, Mgr. Helena Mravcová

Studijní opora k inovovanému předmětu: Speciální pedagogika (SPEN)

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou stránku odpovídá autor.

Recenzent: doc. PaedDr. Petr Franiok, Ph.D.
Ostravská univerzita v Ostravě

© Mgr. Igor Hampl, Mgr. Helena Mravcová
© Ostravská univerzita v Ostravě
ISBN 978-80-7464-530-3

POUŽITÉ GRAFICKÉ SYMBOLY



Průvodce studiem



Cíl kapitoly



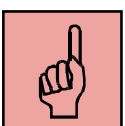
Klíčová slova



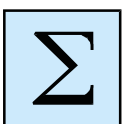
Čas na prostudování kapitoly



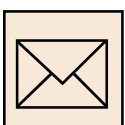
Kontrolní otázky



Pojmy k zapamatování



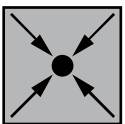
Shrnutí



Korespondenční úkol



Doporučená literatura



Řešený příklad



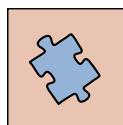
Otázky k zamyšlení



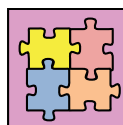
Část pro zájemce



Úlohy k textu



Testy a otázky



Řešení a odpovědi

Obsah

Slovo úvodem.....	8
1 Speciální pedagogika jako vědní obor.....	10
1.1 Vývoj názorů a postojů k jedincům s postižením	11
1.2 Formování speciální pedagogiky jako vědního oboru.....	16
1.3 Terminologické vymezení.....	17
<i>Shrnutí kapitoly</i>	18
2 Integrace, inkluze	21
2.1 Integrace.....	22
2.2 Modely integrace.....	23
2.3 Formy školské integrace	24
2.4 Stupně socializace.....	24
2.5 Faktory ovlivňující integraci.....	25
2.6 Inkluze.....	28
3 Poradenství ve speciální pedagogice	30
3.1 Školská poradenská zařízení	32
3.2 Školská poradenská pracoviště.....	36
<i>Shrnutí kapitoly</i>	38
4 Nástin problematiky osob se sluchovým postižením.....	41
4.1 Surdopedie jako speciálně pedagogická disciplína	42
4.2 Klasifikace sluchových vad.....	42
4.3 Nejčastější příčiny sluchových vad	44
4.4 Komunikace osob se sluchovým postižením	45
4.5 Pomůcky pro osoby se sluchovým postižením.....	46
5 Nástin problematiky osob se zrakovým postižením	49

5.1	Klasifikace zrakových vad	50
5.2	Nejčastější příčiny zrakových vad	51
5.3	Pomůcky pro osoby se zrakovým postižením.....	51
6	Nástin problematiky osob s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním a oslabením	54
6.1	Somatopedie jako speciálně pedagogická disciplína.....	55
6.2	Klasifikace poruch hybnosti	55
7	Nástin problematiky osob s mentálním postižením	60
7.1	Psychopedie.....	61
7.2	Mentální retardace	61
7.3	Zdánlivá mentální retardace.....	62
7.4	Příčiny vzniku mentální retardace	62
7.5	Klasifikace mentální retardace	62
7.6	Obecné projevy mentální retardace.....	63
8	Nástin problematiky osob s poruchami chování a emocí	66
8.1	Klasifikace poruch chování	67
8.2	Etiologie poruch chování	69
8.3	System ústavní péče u nás.....	70
8.4	Poradenský výchovně preventivní systém	70
9	Nástin problematiky osob se specifickými poruchami učení a chování	72
9.1	Charakteristika jednotlivých typů specifických poruch učení	75
	<i>Shrnutí kapitoly</i>	79
10	Nástin problematiky osob s mimořádným nadáním.....	81
10.1	Vymezení pojmu nadání	82
10.2	Charakteristické projevy nadaného žáka.....	84

10.3	Typologie nadaných žáků.....	86
	<i>Shrnutí kapitoly</i>	88
11	Nástin problematiky osob s kombinovaným postižením.....	90
11.1	Uvedení do problematiky kombinovaného postižení.....	91
11.2	Uvedení do problematiky duálního sensorického postižení.....	93
11.3	Úvod do problematiky poruch autistického spektra	95
	<i>Shrnutí kapitoly</i>	98
12	Nástin problematiky osob s narušenou komunikační schopností	101
12.1	Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti a její prevence.....	103
12.2	Kategorie narušené komunikační schopnosti	104
	<i>Shrnutí kapitoly</i>	109

Slovo úvodem

Předložená studijní opora je určena jako studijní materiál studentům prezenční formy i kombinované formy studia učitelství pro I. stupeň základních škol, kteří absolvují předmět Speciální pedagogika. Text obsahuje **základní poznatky** z několika oblastí speciálně pedagogické problematiky, definuje **klíčové termíny** a podává **elementární informace** nezbytné pro orientaci v dané oblasti. Tvoří tak **teoretickou základnu** i **ucelenou strukturu** jednotlivých témat, se kterými se student bude v průběhu výuky setkávat.

Jednotlivé kapitoly mají totožnou strukturu, v úvodu studenta seznamují s cílem dané kapitoly, resp. s tím, co se v ní student dozví a čeho by měl být po jejím prostudování schopen. Dále každá z kapitol nabízí klíčová slova, řadu úkolů, kontrolních otázek i otázek k zamyšlení, v neposlední řadě také shrnutí či citovanou odbornou literaturu vážící se k dané problematice.

Rád bych také na tomto místě zdůraznil, že předkládaná studijní opora představuje pouze jakýsi **základní vhled** do problematiky speciální pedagogiky či výchovy a vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami a je potřeba ji takto pojímat. Autoři se sice v rámci úkolů či otázek k zamyšlení snaží studenta nasměrovat i na další studijní prameny, nicméně záleží primárně na studentově aktivitě a zájmu informace z tohoto textu doplňovat a prohlubovat pomocí jiných odborných zdrojů.

Po prostudování textu budete znát:

- charakteristiku speciální pedagogiky, její cíle a úkoly
- základní poznatky o přístupech společnosti k osobám se zdravotním postižením v průběhu jejího vývoje
- základní poznatky o historii výchovy a vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami
- základní speciálně pedagogickou terminologii
- co je to integrace a inkluze a jaké jsou základní faktory, které je ovlivňují

- základní poznatky o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami
- charakteristiku jednotlivých subdisciplín speciální pedagogiky
- základní charakteristiku jednotlivých typů zdravotního postižení či znevýhodnění.

Získáte:

- orientaci v systému speciální pedagogiky
- schopnost definovat charakteristické přístupy k jedincům se zdravotním postižením či znevýhodněním
- schopnost orientovat se v běžných speciálně pedagogických termínech
- orientaci v problematice sociální i školské integrace i v problematice inkluze
- schopnost definovat jednotlivé disciplíny speciální pedagogiky a jejich cílové skupiny
- orientovat se v možnostech vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami.

1 Speciální pedagogika jako vědní obor



Cíl kapitoly

Cílem této kapitoly je uvést do problematiky speciální pedagogiky jako svébytného vědního oboru v kontextu ostatních vědních disciplín tak, jak se formoval náhled na osoby s postižením v průběhu dějin až do současnosti, včetně terminologického vymezení.

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- popsat vývoj péče o postižené v průběhu dějin;
- charakterizovat jednotlivé postoje a názory na osoby s postižením v průběhu dějin s přesahem do současnosti;
- objasnit cíle a úkoly moderní speciální pedagogiky;
- definovat speciální pedagogiku jako vědní obor;
- orientovat se v základních pojmech oboru.



Klíčová slova

Represe, zotročování, utilita, charita, humanismus a renesance, osvícenství, rehabilitační období, emancipační tendence, integrační období, speciální pedagogika, komprehensivní speciální pedagogika, osoba s postižením, žák se speciálními vzdělávacími potřebami, vada, postižení.



Průvodce studiem

Cílem textu je uvedení do problematiky oboru speciální pedagogika. Vzhledem k provázanosti tohoto oboru s ostatními vědními disciplínami, zejm. lékařství, filozofie, sociologie a pedagogiky, je možné, že mnoho informací již budete znát. Doporučuji prostudovat pečlivě, neboť informace budou zprostředkovány z jiného úhlu pohledu,

v kontextu náhledu na péči o osoby s postižením. V textu se také vyskytne mnoho pojmů, které, vzhledem ke studiu svébytného oboru, je nezbytné převzít do svého aktivního slovníku.



Čas na prostudování kapitoly

3 + 6 hodin (teorie + čas pro řešení úloh)

Postoj a přístup k lidem s postižením, ale také lidem, kteří se z různého důvodu ocitají na okraji společnosti (osoby ve výrazně nepříznivé sociální situaci, staří, nemocní atp.) se rozvíjel v kontextu postojů a náhledů na člověka samotného. Od počátků civilizace, kdy v popředí byla síla, vytrvalost a zdraví až po současnost, kdy rozvoj v technických disciplínách, ale i v oborech, kde v popředí výzkumu je člověk, umožňuje zaobírat se spíše než přežitím, kvalitou života.

1.1 Vývoj názorů a postojů k jedincům s postižením

Vývoj postojů k člověku se dostal do popředí zájmů mnoha disciplín a je tudíž velmi dobře propracován. Zkoumání historických náhledů na člověka, resp. na jedince s postižením je možné díky dochovaným dobovým dokumentům, právnickým listinám, sepsaným příběhům obyčejných i neobyčejných lidí. V každém období lze sledovat život většinové společnosti a tedy dominantního postoje k lidem z minoritních skupin, tedy i postižených osob. Tento princip náhledu na vývoj péče o osoby s postižením zachytil ve své práci zakladatel speciální pedagogiky (tehdy defektologie) Miloš Sovák, kdy definoval tento vývoj dle převažujících tendencí chování majority k minoritě. Pro lepší pochopení si uvedeme dělení těchto období dle Jesenského (2000), jež Sovákovu koncepci propracoval do osmi období.

1. Represivně lhostejný postoj
2. Výběrově utilizační postoj
3. Charitativní postoj

4. Humánně filantropický postoj
5. Altruisticko-segregační postoj
6. Rehabilitačně emancipační postoj
7. Preventivně integrační postoj
8. Nevyřazování, inkluзивita

Represivně lhostejný postoj můžeme jako dominantní zaznamenat ve starověku, jež charakterizujeme jako období vázané na zdatnost a sílu. Právě pro antiku je typický odmítavý přístup k osobám s postižením. Sice jde o období (6. stol. před Kr.), kdy se rozvíjí filozofie, zaznamenáváme první etické úvahy, ve Spartě je však běžnou praxí házet novorozené děti s tělesným postižením do propasti v pohoří Taygetos nebo je jen tak zanechat v pustině a to na základě tzv. Lykurgovy ústavy. (Janků, 2011) V Athénách bylo zabíjení jedinců s tělesným postižením dovoleno na základě Solonových zákonů, dle vyjádření porodní báby. (Kudláčková in Lechta, 2010) Represivní postoje a vztahy se dle Zezulkové (2004) projevují „zavíráním očí“ před osudy části lidské populace. Vyúsťují v segregaci, vyloučení ze společnosti. Tyto postoje a praxe v zabíjení novorozených postižených dětí se udržely ve společnosti poměrně dlouho, jsou zaznamenány případy v 11. stol. na Islandu.

Výběrově utilizační postoj se formuje v židovsko-křesťanské tradici. Člověk je obrazem Boha v konkrétní tělesně-duchovní podstatě. Zákaz zabíjet děti s postižením v období starověku platil výhradně v Izraeli a egyptských Thébách, kde lidem s postižením dávali přiměřená zaměstnání, byť se jednalo o otrockou práci. (srov. Kudláčková in Lechta, 2010, Janků, 2011) toto období lze také charakterizovat jako období zotročování. Využívání a zneužívání uchovaných možností a schopností postižených jedinců má, dle Janků (2011) v našich krajích nezvykle dlouhou tradici, což v tehdejší době mohlo představovat základy speciálně pedagogické intervence. (Jesenský, 2000)

Stádium **charitativních postojů** je neodmyslitelně spjato s křesťanskými hodnotami a základními normami pro vztah člověka k člověku, tedy „Miluj bližního svého jako sebe sama.“ Při křesťanských kláštorech začala vznikat nemocniční zařízení, jež poskytovaly nejen základní zdravotní péči, ale také azylové služby z hlediska sociálně

charitativního, jako obraz nutnosti pečovat o potřebné. (Zezulková, 2004) Stále však šlo jen o naplňování základních potřeb, pokud byly někde rozvíjeny schopnosti jedinců, pak výjimečně. Koncem středověku vznikala první organizovaná společenství lidí s postižením, např. v roce 1454 Bratrstvo tělesně postižených, slepých a jiných lidí. (Kudláčková in Lechta, 2010) U nás se významnou měrou na péči o nemohoucí podílela ve 13. stol. sv. Anežka Česká a Zdislava z Lenberka a to organizací špitální péče. (Janků, 2011)

Charakteristickým znakem renesančního období je přechod k ideálu humanity. Člověk se dostává do popředí jako protipól Boha. Na základě poznání předpokladů člověka, jsou pozitivně zhodnoceny jeho šance, což zavdává prostor pro rozvoj individuality. (Zezulková, 2004) Toto období je uváděno, jako období **humánně filantropických postojů**, obdobím se zvýšeným zájmem o lidskou důstojnost, z čehož zřejmě pramení i obrat k člověku s postižením a první významnější projevu zájmu o péči o něj. Právě novověk je příznačný tím, že člověk přemýšlí kriticko-empiricky a začíná přehodnocovat skutečnosti. Toto se odráží např. v dílech J. Locka, J. J . Rousseaua. Edukace přestává být v rukou kněžích a začíná mít světský charakter; spekulativní obsah tak nahrazuje empirie a poznání, což je dalším předpokladem pro rozvoj péče o lidi s postižením. Velmi dobře tento fakt odráží dílo M. Foucaulta Dějiny šílenství, kde se zmiňuje o existenci Lodě bláznů, která symbolizovala rozpolcení tehdejší společnosti, kde pokrokové názory jedné části obyvatel stojí v opozici vůči církevním dogmatům. Tato rozpolcenost je hmatatelná i ve společnosti, kdy byly zřizovány nucené práce, které platily i pro postižené občany, jako skoncováním s povalečstvím a žebrotou. Spolu s humanismem se objevuje úsilí zakotvit ústavně lidská práva. Velkou osobností, nejen tohoto období, se stává Jan Ámos Komenský (1592 – 1670), v jehož zájmu je rozvíjet schopnosti všech dětí, nevylučovat žádné ze škol a zakázat používat fyzické tresty. Na svou dobu byly tyto myšlenky revoluční. Nutné je podotknout, že snahy humánně založených jedinců nebyly společností příliš nadšeně podporovány. Přesto docházelo v tomto období k rozvoji péče o smyslově postižené a to směrem k edukaci. V 17. století jsou reflektovány dřívější pokusy o vytvoření slepeckého písma. V roce 1784 zřídil Valentin Haüy (zakladatel systematického vyučování slepců) internát a školu pro

nevidomé v Paříži. K překonání předsudků ve vztahu k neslyšícím (jako poznamenané božím hněvem) přispěl švýcarský lékař Jan Konrad Amman. Vyučoval a vedl hluchoněmého žáky, učil ho komunikaci prostřednictvím odezírání a artikulace a tyto zkušenosti sepsal do díla *Mluvící hluchý*. (srov. Zezulková, 2004, Janků, 2011)

Na renesanci a humanismus navazuje v rozvoji zájmů o intenzivní péči o postižené směrem k edukaci období osvícenství, tedy stádium **altruisticko segregáčních postojů**. Francouzská revoluce koncem 18. století značí velké změny ve společnosti. Jak uvádí Zezulková (2004), nese tato revoluce základní význam, neboť se pokusila transformovat sociální a politický systém. Pod vahou francouzské filozofie materialismu začalo postupně docházet ke kvalitativním změnám ve všech tehdejších sociálních subsystémech společnosti. Tak jako jinde ve světě i u nás tyto změny vedly ke vzniku prvních zařízení pro smyslově postižené. V Praze, jako 4. v Evropě, byl založen první ústav pro hluchoněmé v roce 1786 (později 1807 na Hradčanech ústav pro slepé). Pro osoby s rozumovým postižením byl ústav založen v Praze v roce 1871 Karlem S. Amerlingem, známe jako Erenstinum. Prof. R. Jedlička založil první ústav pro zdravotně postižené u nás (dnes známý jako Jedličkův ústav). Nedílnou součástí změn ve společnosti se staly také změny na nahlížení na osoby s mentálním postižením. Velkou měrou se o to zasloužil Philip Pinel a J. E. Dominik Esquirol. Druhý zmíněný odlišil vrozenou a získanou „slabomyslnost“, idiocii charakterizoval jako stav, nikoli nemoc, jež určuje odlišné vývojové perspektivy. Ještě jednou k českému prostředí, neopomenutelný zrod povinného školského systému M. Terezie (1774). Janků (2011, str. 12) zmiňuje tehdejší školní řád *“...že děti pro nižší nadání nemají býti učitелеm trestány a z výuky vylučovány.”*

Stádium **rehabilitačně emancipačních postojů** zabírá v historii místo velké rozmachu služeb péče o postižené jež se krystalizovaly v rozmachu sociální politiky ze strany státu. V období 19. a 20. stol. dochází k velkému rozmachu rozvoj vědy a techniky, rozvíjí se také nové společenské vědy, jako psychologie, sociologie a pedagogika. Dochází k prosazování rovnoprávnosti osob s postižením, rozvíjí se také nesegregační péče o handicapované, vznikají svépomocné spolky, péče v ústavech dosahuje svého maxima, jako segregovaného vzdělávání.

Počátek 20. stol. je v odborné veřejnosti úzce spjat s historicky zásadními třemi speciálně pedagogickými sjezdy (1909 – 1913), jejichž iniciátorem byl F. Čáda, který prosazoval mezioborovou spolupráci péči o slabomyslné. Děti s mentálním postižením nazýval Čáda jako děti úchylné, později vznikl odborný časopis „Úchylná mládež“. V tomto období započala svůj vývoj také speciální pedagogika, jako vědní obor. (Janků, 2011)

Stadium **preventivně integračních postojů** řadíme ke konci 20. století a je charakterizováno úsilím o aplikaci Listiny lidských práv, na formulování práv handicapovaných a snahou o nevyučování handicapovaných z intaktní populace a partnerského soužití. Na úrovni státní politiky se diskutuje míra ekonomického zatížení této „rovnoprávnosti“ a nevyřazování. Společnost se zaměřuje na rozvoj preventivních opatření ve vzniku poruch, což úzce souvisí také se zdravým životním stylem. Integrace se již týká všech oblastí lidského života, což předpokládá vysoký stupeň rozvoje všech uchovaných funkcí a schopností, při využití speciálně pedagogických metod reedukace a kompenzace. (Jesenský, 2000)

Trend v segregačním vzdělávání vytvořil vedle sebe dvě žijící skupiny obyvatel, jež pozvolna k sobě hledala cestu. Úsilím odborníků spolupracujících disciplín, ale také s rozvojem společnosti a bouráním předsudků se integrační myšlenka pozvolna mění v naplňování teze inkluze, že „je normální být jiný“. Jinakost se již nevnímá jako handicap, ale jako příležitost k rozvoji společnosti, obohacení. Dle Jesenského (2000) se paradigma ohajování integrace přehouplo do nutnosti obhajovat jakýkoli druh segregace. V poslední době nehovoříme o inkluzi jen v oblasti školství, ale také v oblasti zaměstnávání jako příležitosti pro diverzifikované pracoviště. Diversity management je stále jen součástí projektů, je však zaváděn ve stále větším počtu, zejm. nadnárodních firem, kde příklady dobré praxe ukazují, jak může být diverzifikační pracovní prostředí efektivní a přínosné, zejm. ve vztahu k různorodosti trhu, pro kterou tyto podniky a firmy vyrábějí.

1.2 Formování speciální pedagogiky jako vědního oboru

Speciální pedagogika se zrodila jako samostatný vědní obor počátkem 20. stol. Z počátku se formovala segregovaně od obecné pedagogiky a rozvíjela se ve vazbě na ústavní péči. Obor do značné míry determinoval pohled na jedince s postižením skrze jejich defekt a nápravu obtíží jim způsobených. K budování speciální pedagogiky výraznou měrou přispěl Miloš Sovák (1905 – 1989), tehdy, defektologie, jež se zasloužil o ustálení termínu speciální pedagogika, jež u nás poprvé použil Bohumír Popelář 1957. Vytvořil základní rámec oboru a definoval speciálně pedagogické disciplíny, tedy vnitřní členění oboru. Segregované školství sice vedlo k maximálně dostupné péči odborníků, potlačovalo však nezastupitelnou roli rodiny a vrstevnických skupin, což bylo jedním z předpokladů vytváření vzájemné odtažitosti, nepochopení a nedorozumění mezi skupinami lidí s postižením a intaktními, které i přes postupné bourání těchto bariér ve školství ve společnosti mnohdy stále přetrvávají. Diferencované vzdělávání, vč. diferencované přípravy pedagogických pracovníků se u nás udrželo až do roku 1991. (Janků, 2011)

Celková proměna oboru byla přímo vázána na procesy transformace, které, dle Janků (2011) souvisely z celkovou změnou norem a hledáním nových životních postojů, teorií celoživotního učení a vzdělané společnosti, rozvojem seberealizace a kreativity osob s postižením a útlumem důrazu na biologické a ústavní struktury.

Speciální pedagogiky dneška pojímá ucelenou kvalitu života každého jedince s postižením, cílem je maximální možný rozvoj těchto osob, jejich socializace a osobnostní růst. Moderní speciální pedagogika je často nazývaná, jako komprehenzivní (Jesenský, 2000), kterou je možné charakterizovat skrze:

- rozšíření předmětu ze školního věku na raný, předškolní věk a také na věk dospělosti a stáří, tzn., že speciálně pedagogická intervence se zaměřuje na průběh celého života osoby s postižením, vč. celoživotního učení
- vyzvednutí role funkční gramotnosti, aktivity a kreativity osob s postižením v utváření osobnosti skrze naplňování potřeb a tedy odklon od akcentu, který

byl kladen na defekt a poruchy, jedinec s postižením se tak stává subjektem intervence, nikoli jen objektem, stoupá význam akceptace vady

- docenění práv jedince s postižením, participace jedince na svém osudu a kvalitě života, přijatelného životního standardu
- cílevědomé budování specifické subkultury jednotlivých skupin jedinců s postižením obohacující majoritní intaktní kulturu
- nastolení otázky možnosti pedagogických prostředků a podpory od raného věku až po stáří apod.

1.3 Terminologické vymezení

Vzhledem k charakteristikám komprehenzivní speciální pedagogiky a společenské integrace je obecně směřováno k perspektivním cílům, aby se jedinec se svým postižením dokázal vyrovnat, k čemuž do velké míry přispívá systém ucelené rehabilitace. Pojem postižení se tak může jevit jako relativní kategorie. Termínem postižení může být laickou veřejností chápána jako vada, která z etiologického hlediska může vzniknout na základě endogenních (vnitřních) či exogenních (vnějších) příčin v době:

- prenatalní (období těhotenství matky, od splnutí vajíčka a spermie až do první doby porodní)
- perinatální (období porodu, od první doby porodní až po +/- 24 hodin po porodu)
- postnatální (období zahrnující také časné období +/- do 2 let života dítěte).

Vadu, defekt, dle WHO (1980) **poškození (Impairment)**, chápeme jako jakoukoli ztrátu nebo abnormálnost psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce organismu. Poškození však nemusí nutně vést k omezení schopnosti člověka.

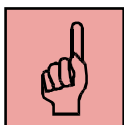
Omezení (Disability) oproti tomu je jakékoli omezení nebo ztráta, vyplývající z vady, jde o omezení schopnosti jednat a provádět činnosti způsobem, které jsou považovány za normální, omezuje člověka na jeho kompetencích, to však ještě nemusí způsobit

znevýhodnění – handicap. V revizi pojmového aparátu WHO (1998) je uvedena tato kategorie jako *aktivita*, resp. míra aktivity.

Postižení (Handicap) je vysvětlován, jako nevýhoda vyplývající z konkrétní vady, která jedince znevýhodňuje, omezuje či jinak ho limituje v naplňování role, která je (s přihlédnutím k věku, pohlaví a sociálně kulturním činitelům) pro něj normální. V revizi pojmového aparátu WHO (1998) je uvedena tato kategorie jako *participace/účast* na životě.

(srov. Hájková a kol, 2009, Janků, 2011)

Je nutné dodat, že tato terminologie je třeba chápat v ekonomickém, personálním, ekologickém aj. kontextu, byť je charakterizována zejm. v kontextu sociálním.



Pojmy k zapamatování

Represe, zotročování, utilita, charita, humánnost, segregace, altruismus, rehabilitace, emancipace, integrace, inkluze, komprehenzivní, poškození, omezení, postižení.



Shrnutí kapitoly

Stádia vývoje péče o jedince s postižením jsme si charakterizovali na základě dominantních postojů majority k minoritě v osmi stádiích:

- Represivně lhostejné
- Výběrově utilizační
- Charitativní
- Humánně filantropické
- Altruisticko-segregační
- Rehabilitačně emancipační
- Preventivně integrační
- Nevyřazování, inkluzivita

Z původního konceptu nahlížení na osoby s postižením skrze defekt jsme si představili speciální pedagogiku, jako ucelený vědní obor, včetně části využívané terminologie.



Kontrolní otázky a úkoly:

1. Charakterizujte vývoj speciální pedagogiky skrze rozvoj péče o handicapované.
2. Vysvětlete, jak společenské mínění a postoje ovlivňovaly život a kvalitu života osob s postižením.
3. Vyjmenujte důležité milníky z historie, které měli vliv na ustanovení speciální pedagogiky jako svébytného vědního oboru.
4. Vysvětlete rozdíly v pojmech poškození – omezení – postižení.



Otázky k zamyšlení:

1. Zamyslete se nad pojmem kvalita života, co konkrétně se děje ve vašem okolí. Jaké konkrétní kroky ve veřejné oblasti se dějí pro podporu zvyšování kvality života jedinců s postižením?
2. Najděte a prostudujte si dokumenty, které by svým obsahem a působností měly na kvalitě života osob s postižením také participovat. (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 -2014 apod.)

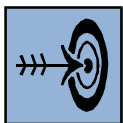


Citovaná a doporučená literatura

- HÁJKOVÁ, V. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha: Somatopedická společnost, o. s., 2009. ISBN 978-80-904464-0-3.
- JANKŮ, K. *Kapitoly z integrativní speciální pedagogiky*. Ostrava: PdF OU, 2011. ISBN 978-80-7042-236-6.

- JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.
- LECHTA, V. a kol. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
- ZEZULKOVÁ, E. *Speciální pedagogika: Úvod do problematiky*. Ostrava: Pdf OU, 2004. ISBN 80-7368-017-3.

2 Integrace, inkluze



Cíl kapitoly:

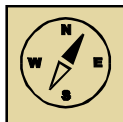
Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat integraci a inkluzi, vystihnout základní rozdíly mezi nimi
- orientovat se v současném stavu školské integrace a inkluze
- charakterizovat stupně integrace
- vymežit a charakterizovat faktory, které integraci ovlivňují



Klíčová slova

Integrace, inkluze, integrované vzdělávání, inkluzivní vzdělávání, základní faktory integrace, prostředky speciálně pedagogické podpory, individuální vzdělávací plán



Průvodce studiem

Problematika integrace a inkluze, resp. integrativního a inkluzivního vzdělávání je v současné době velice aktuální. Vzhledem k vaší budoucí praxi doporučujeme věnovat této kapitole zvýšenou pozornost, neboť předpokládáme, že se v rámci ní se studenty se speciálními potřebami setkáte. Každý pedagog by se měl v této oblasti dobře orientovat a plně si uvědomovat možnosti a stupně integrace vzhledem k jednotlivým typům postižení a vždy brát na vědomí všechny faktory, které tento proces determinují.



Čas na prostudování kapitoly

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 6 hodin.

Problematika integrace a inkluze je v současné speciální pedagogice velice aktuálním tématem. Souvisí úzce s humanizačními tendencemi, které jsou pro současnost charakteristické. Zdravotně postižení jsou dnes považováni za rovnoprávnou a plnohodnotnou součást společnosti, mají stejná práva a povinnosti jako kterýkoliv občan a každý z nás je snad již o existenci osob se speciálními potřebami informován. Je již běžnou praxí, že se s osobami se zdravotním postižením setkáváme a poznáváme je, ať už zprostředkovaně, např. v rámci sdělovacích prostředků či přímo. Mnoho žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je integrováno do škol hlavního proudu a každý budoucí pedagog by měl počítat s tím, že se v rámci svého povolání bude zcela jistě s touto skupinou setkávat.

2.1 Integrace

V souvislosti s integrací, resp. školskou integrací je velice často zmiňováno heslo „Škola pro všechny“ (Nováková, in Vítková, 2003). I když toto heslo primárně evokuje oblast výchovy a vzdělávání, lze jej také aplikovat na oblast začleňování zdravotně postižených a znevýhodněných osob do globální společnosti (oblast sociální integrace). Můžeme jej tedy vykládat nejen v rámci edukačního procesu, kdy vycházíme z obecného práva na vzdělání, ale i z pohledu společenského, tedy že za „školu“ pro všechny lze považovat už samotný proces začleňování osob se speciálními potřebami do společnosti. I v rámci tohoto procesu, resp. jeho realizace dochází k „učení“ všech zúčastněných stran a k získávání zkušeností.

Na počátku úvah o školské integraci stála organizace UNESCO, která se problematikou vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami začala zabývat už koncem 60 let 20. století. Za stěžejní událost pak můžeme považovat Světovou konferenci speciálního vzdělávání ve španělské Salamance v roce 1994, kde byla myšlenka rovnoprávného vzdělávání pro všechny děti zdůrazněna a výše uvedené heslo „Škola pro všechny“ se stalo hlavním sloganem (Nováková in Vítková, 2003).

Do České republiky se informace o integrovaném vzdělávání dostaly vlivem historických událostí mnohem později. O problematice formy a obsahu edukace žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se odborná i laická veřejnost začala

dozvídat až na počátku devadesátých let. (Mühlpacher in Vítková, 2003) Pro toto počáteční období jsou charakteristická také integrační negativa spojená s faktem, že společnost ani škola na tento proces nebyla připravena, neexistovalo systematické řešení této problematiky v rámci všech důležitých faktorů, kterými jsou možnosti integrace determinovány.

Integraci můžeme definovat jako „**dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací**“. Tato Jesenského definice školskou integraci vystihuje nejlépe, neboť integraci přisuzuje jistou dynamiku (vývoj) a zároveň zdůrazňuje, že se nejedná pouze o bezvýhradné přizpůsobení těch, kteří se do globální společnosti či vzdělávacího systému hlavního proudu integrují, ale také těch, kteří tuto skupinu mezi sebe přijímají. Vedle v definici zmíněné **adaptace** rozlišujeme ještě další dva procesy přizpůsobení, a to **asimilaci**, kdy dochází k přizpůsobení pouze skupiny osob se zdravotním postižením či znevýhodněním a **akomodaci**, kdy se naopak bezvýhradně přizpůsobuje většinová společnost. V neposlední řadě z této definice vyplývá důležitá podmínka procesu integrace, a to aktivní podíl všech zúčastněných stran.

Bürli (in Vítková, 2003) pak vymezuje školskou integraci jako **snahu poskytnout výchovu a vzdělávání jedincům se speciálními vzdělávacími potřebami v co nejméně restriktivním prostředí, které odpovídá jeho skutečným potřebám**.

2.2 Modely integrace

Integrativní snahy vychází z analýzy OECD, kde byly popsány čtyři modely integrace (Bürli in Vítková, 2003):

1. *Medicínský model* – tento model souvisí s možností překonání a léčby postižení, speciálně pedagogické přístupy jsou prováděny ve specializovaných zařízeních.
2. *Sociálně patologický model* – nebere v potaz biologickou povahu postižení jako determinantu problémů s integrací, ale za příčinu těžkostí považuje faktory sociální.

3. *Model prostředí* – v rámci tohoto modelu se počítá s tím, že žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami jsou integrováni ve školách hlavního proudu a řeší se otázka, jak se má škola změnit, aby integrované vzdělávání bylo úspěšné.
4. *Antropologický model* – vychází z realistického náhledu na situaci postižených, nejde zde hlavně o zlepšení prostředí, nýbrž o lepší interpersonální interakci.

2.3 Formy školské integrace

V současné době rozlišujeme dvě základní formy integrace, a to integraci individuální a skupinovou.

Individuální integrace znamená, že žák se speciálními vzdělávacími potřebami se vzdělává ve škole hlavního proudu v běžné třídě. Je do této třídy individuálně integrován, většinu třídy tvoří žáci bez postižení. Současná legislativa umožňuje v rámci jedné třídy vzdělávat i více individuálně integrovaných žáků či studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, omezuje však jejich maximální počet na pět.

Skupinová integrace znamená, že při škole hlavního proudu je zřízena samostatná třída, která je určena pouze pro žáky či studenty se speciálními vzdělávacími potřebami. V těchto třídách, tzv. specializovaných, se žáci či studenti bez postižení nevzdělávají.

2.4 Stupně socializace

V současné době rozlišujeme stupně socializace podle hodnocení Světové zdravotnické organizace. Jesenský (1993) uvádí těchto devět stupňů:

Plná integrace

1. sociálně integrovaný jedinec – účastní se plně všech společenských činností

Vysoká integrace

2. inhibovaná účast – zdravotní postižení či znevýhodnění představuje pro jedince mírné omezení v plné společenské účasti
3. omezená účast – osoby se plně neúčastní všech společenských aktivit

Středně vysoká integrace

4. zmenšená účast – jedinec není schopen navazovat náhodné kontakty, je omezen na přirozené komunitární vztahy (rodina apod.)

Nízká integrace

5. ochuzené vztahy – jedinec je omezen ve fyzickém, sociálním nebo psychickém vývoji bez tendencí na zlepšení
6. redukované vztahy – jedinec je schopen udržovat vztahy výhradně a pouze jen k vybrané skupině či jednotlivci
7. narušené vztahy – jedinci nejsou schopni udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi ani v rámci přirozené skupiny

Středně vysoká segregace

8. odcizení

Vysoká segregace

9. společenská izolace – míra integrace je pro izolovanost jedince nezjistitelná

2.5 Faktory ovlivňující integraci

Jak již bylo výše řečeno, integraci dnes pojímáme jako proces. Znamená to, že má svou dynamiku a vývoj a existuje spousta faktorů, které ji v průběhu ovlivňují. Tyto faktory můžeme považovat za hlavní determinanty průběhu, úspěšnosti či neúspěšnosti integrace a je nutné je brát v potaz již při úvahách o samotné možnosti realizace.

Michalík (2001) rozlišuje faktory základní, dále pak prostředky speciálně pedagogické podpory a ostatní.

Základní faktory

Rodina

Rodina, resp. rodiče ovlivňují vývoj dítěte již od jeho narození. Pokud vyjdeme z faktu, že první tři roky jsou pro další vývoj dítěte pro něj stěžejní, je zřejmé, že rodina bude možností integrace, ať už sociální či školní ovlivňovat výrazně.

Narození dítěte se zdravotním postižením představuje pro rodiče zátěžovou situací, trauma. Mnoho rodičů na tuto situaci není připraveno a musí se s ní vyrovnat, neboť tento nelehký úkol je hlavním předpokladem toho, že dítě bude přijato a podporováno, že rodiče budou schopni poskytnout mu potřebnou lásku a dostatek podnětů k rozvoji jeho osobnosti. Snahou odborníků z různých oblastí je rodinu v těchto nelehkých chvílích podpořit a v dostatečné míře je informovat tak, aby dokázala svému dítěti dát to, co potřebuje (veliký význam zde má Raná péče).

Veliký význam zde hraje také to, zda rodiče nachází podporu v rámci širší rodiny či sociální skupiny (rodiče, přátelé apod.). Mnohdy se stává, že se v rámci těchto skupin setkají s negativními reakcemi, které mohou zapříčinit až sociální izolaci. Dítě pak může být ochuzeno o dostatek možností k socializaci, ať už v rámci skupiny zdravotně postižených či intaktních.

Škola

Škola je významným faktorem, který ovlivňuje školskou integraci. Primárně záleží na jejím klimatu, ale také na její profilaci, zkušenostech a celkové otevřenosti. Mnoho škol je dnes zapojeno v projektech, v rámci kterých problematiku postojů společnosti ke zdravotně postiženým řeší či s některou konkrétní školou pro žáky a studenty se speciálními potřebami spolupracují alespoň v rámci mimoškolních aktivit.

Učitel

Další základní determinantou integračního procesu je učitel. Primárně on řídí a koriguje edukační proces a výrazně tak ovlivňuje jeho průběh. O osobnosti učitele toho již bylo napsáno spoustu, na tomto místě se omezíme pouze na dvě oblasti, a to oblast postojů a hodnot a oblast informovanosti. V rámci postojů zde máme na mysli učitelovy postoje ke skupině osob se zdravotním postižením či znevýhodněním. Je velice důležité, aby tuto skupinu přijímal, respektoval a v neposlední řadě měl také pozitivní názor na možnosti jejich integrovaného vzdělávání. V rámci informovanosti je pak důležité, aby měl dostatek odborných informací z oblasti obecné speciální pedagogiky i všech jejích disciplín.

Poradenství a diagnostika

Role diagnostiky jako determinačního faktoru integračního procesu spočívá především v její správnosti, úplnosti (stanovení diagnózy, reálný odhad možností a schopností jedince) a včasnosti, kdy je důležité, aby k ní došlo co nejdříve po narození dítěte či po vzniku postižení či znevýhodnění. Adekvátní výchovné a edukační přístupy lze přijmout a uplatňovat jen v případě, že jsou tyto zásady naplněny.

Poradenství hraje významnou roli ve vztahu k činitelům výchovného či edukačního procesu (rodičům, učitelům) i ve vztahu ke globální společnosti. O Centrech rané péče, školských poradenských pracovnících i zařízeních je podrobněji pojednáváno na jiném místě tohoto textu, proto se zde omezíme pouze na odkaz na danou část.

Forma integrace

Forma integrace (individuální, skupinová), resp. její volba s sebou přináší určitá pozitiva a negativa. Individuální integrace je formou, která plně respektuje přirozenost a realnost prostředí, ve kterém se žák, student se speciálními vzdělávacími potřebami vzdělává. Může také na tohoto jedince působit motivačně. Skupinová integrace je zase uplatnitelná a vhodná u žáků a studentů, kteří nejsou schopni dostát požadavkům integrovaného vzdělávání v rámci individuální integrace. Prostor, byť do jisté míry stále uměle vytvořený, může poskytovat alespoň částečné zkušenosti s intaktními vrstevníky, ať už v rámci volnočasových aktivit či společné výuky v některých předmětech. Obecně se dá říci, že výhoda jedné formy je nevýhodou v rámci druhé.

Prostředky speciálně pedagogické podpory

Asistent pedagoga

Asistent pedagoga je dalším pedagogickým pracovníkem podílejícím se na edukačním procesu. Jeho přítomnost v rámci integrovaného vzdělávání žáků, studentů se speciálními vzdělávacími potřebami jednoznačně pozitivně ovlivňuje jeho průběh především proto, že usnadňuje aplikaci zásady individuálního přístupu.

Rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky

Dostupnost a možnost využívání těchto pomůcek nejen výrazně zvyšuje možnosti integrace, ale jsou základní podmínkou pro její realizaci (vždy v závislosti na typu a stupni postižení).

Úprava vzdělávacích podmínek

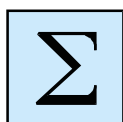
Za úpravu vzdělávacích podmínek považujeme jakoukoli úpravu v rámci organizace a forem edukačního procesu. Mezi nejdůležitější pak patří individuální vzdělávací plán, který se pro žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami v rámci integrovaného vzdělávání vypracovává.

Ostatní faktory

Mezi ostatní faktory, které integraci ovlivňují řadíme architektonické bariéry, sociálně psychologické mechanismy a organizace zdravotně postižených.

2.6 Inkluze

V současné době se v souvislosti s integrací stále častěji zmiňuje také termín inkluze. I přesto, že jej někteří autoři používají jako synonyma, jisté rozdíly je potřeba zdůraznit. Inkluze (z angl. To be included – být úplnou součástí, být zahrnut) znamená kvalitativně vyšší míru zapojení zdravotně postižených a znevýhodněných osob do společnosti. Zatímco termín integrace je spíše pojímán ve smyslu reintegrace, tedy začlenění něčeho, co původně bylo vyčleněno, v rámci inkluze již hovoříme o tom, že skupina osob se zdravotním postižením či znevýhodněním nikdy ze společnosti vyčleněna nebyla. Není jen tolerována a respektována, ale dochází zde k vnitřnímu přijetí jinakosti jako něčeho výjimečného. Inkluzivní prostředí znamená takové prostředí, které vítá a oceňuje odlišnost („*Je normální být jiný*“).



Shrnutí kapitoly

Proces integrace v širším smyslu (sociální integrace, začlenění do globální společnosti) i ve smyslu užším (školská integrace) je v současné speciální pedagogice velice aktuální. S integračními snahami se v našem prostředí setkáváme od devadesátých let 20.

století. Integraci je „dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací“. Adaptace je zde chápána jako vzájemné přizpůsobení, kromě této formy ještě rozlišujeme akomodaci a asimilaci. Rozlišujeme také několik stupňů integrace (socializace) od vysoké integrace po vysokou segregaci. V rámci integračních úvah musíme mít na paměti všechny faktory, které ji ovlivňují, např. rodiče, školu, učitele, formu integrace, prostředky speciálně pedagogické podpory či individuální vzdělávací plán. V souvislosti s integrací zmiňujeme také termín inkluze, který znamená úplné přijetí osob se zdravotním postižením, přičemž od samého počátku nedochází k jejich segregaci.



Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definuj integraci a inkluzi, vystihni základní rozdíly mezi těmito termíny.
2. Jaké znáš formy přizpůsobení?
3. Vyjmenuje stupně socializace a stručně je definuj.
4. Jaké znáš faktory ovlivňující integraci?
5. Popiš, jak integraci ovlivňuje osobnost učitele.



Citovaná a doporučená literatura:

VÍTKOVÁ, M., *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

RENOTIÉROVÁ, M. *Základy speciální pedagogiky II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005.

3 Poradenství ve speciální pedagogice



Cíl kapitoly

Cílem kapitoly je uvést studujícího do systému poradenské péče o osoby s postižením, zejm. pak s ohledem na systém odborných poradenských zařízení a pracovišť v oblasti školství.

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- Definovat systém poradenské péče o osoby s postižením s ohledem na resort školství;
- popsat školská poradenská zařízení a jejich hlavní úkoly;
- popsat poradenství v rámci školy, charakterizovat dílčí kompetence pracovníků školských poradenských pracovišť;
- orientovat se v legislativním zabezpečení poradenství.



Klíčová slova

Poradenský systém, raná péče, školská poradenská zařízení, pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra, střediska výchovné péče, školní speciální pedagog, školní psycholog.



Čas na prostudování kapitoly

1,5 + 3 hodiny (teoretická část + čas na vypracování úkolů)



Průvodce studiem

Poradenský systém má v České Republice dlouholetou tradici a stále se rozvíjí. Předpoklad úspěšného studia kapitoly leží také v souběžném studiu legislativního

vymezení poradenství v oblasti školství. Rozhodně čerpejte s aktuální legislativou, která je dostupná na webových stránkách MŠMT ČR.

Poradenství a dobře propracovaný poradenský systém hraje v péči o osoby s postižením nezastupitelnou roli. Díky komplexnímu, dostupnému poradenskému systému je možné realizovat integrativní a později inkluzivní snahy. Poradenství ve speciální pedagogice není praktikováno pouze speciálními pedagogy, ale při zachování maximálního rozsahu péče a záběru od narození až po stáří je třeba multioborové spolupráce, kde jsou aplikovány poznatky z různých oborů (psychologie, pedagogiky, sociologie, ekonomie, práva, lékařských věd apod.)

Janků, 2011 řadí mezi klíčové body poradenského systému kromě **rané intervence, pedagogicko-psychologické poradenství a speciálně pedagogické poradenství** také **specifické poradenské aktivity pro dospělé**, jež jsou naplňovány zejm. nestátními a neziskovými organizacemi, občanskými sdruženími (např. LORM, SONS, APLA...), ale také státními organizacemi v pracovně-právní a sociální oblasti (např. centra při úřadech práce).

Raná intervence je realizována pod taktovkou hned dvou ministerstev a to ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV), jako raná péče, definovaná zákonem 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů a ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT), jako poradenská služba školských poradenských zařízení, definovaná vyhláškou 72/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Raná péče (oblast MPSV) je chápána jako sociální terénní či ambulantní bezplatná služba sociální prevence poskytovaná dítěti se zdravotním postižením či rodičům dítěte do sedmi let věku. Služba je cílená individuálně a zaměřuje se na podporu rodinného systému, poskytování informací a podporu vývoje dítěte dle jeho specifických potřeb. Zaměřuje se na výchovně vzdělávací aktivity, zprostředkování kontaktu s prostředím, sociálně-terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

3.1 Školská poradenská zařízení

Služby pedogoicko-psychologického poradenství ve školství jsou zabezpečeny na základě prováděcí vyhlášky 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky 116/2011 Sb. a to **pedagogicko-psychologickými poradnami (PPP), speciálně pedagogickými centry (SPC) a školskými poradenskými pracovišti** na školách. Tato školská poradenská zařízení jsou zřizována krajskými úřady, ale existují i zařízení zřizována soukromými subjekty. MŠMT zřizuje metodické a poradenské centrum (dříve Institut pedagogicko-psychologického poradenství - IPPP ČR, dnes včleněn do agendy Výzkumného ústavu pedagogického VÚP), které celý systém tohoto poradenství zajišťuje. Poradenská činnost je dále zajištěna při diagnostických ústavech, a to **středisky výchovné péče (SVP)**.

Pedagogicko-psychologické poradny

PPP řadíme mezi veřejností nejznámější typ poradenského zařízení zaměřeného na problematiku výchovy a vzdělávání dětí a mládeže. V českém prostředí mají dlouholetou tradici zejm. jako poradny zaměřující se na oblast psychodidaktických problémů, psychosociální maladaptace, psychosociálních vztahů a otázky výchovy k povolání. (Kovářová, Vitásková, 2007).

V současnosti se jednotlivé činnosti realizují buď ambulantně v prostorách poradny nebo návštěvou poradenských pracovníků na školách. Vzhledem k přetíženosti poraden se tak děje zřídka. V PPP působí psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. O konzultaci žádá zákonný zástupce dítěte či mladiství nad 15 let. Doporučení však často přichází ze stran školy prostřednictvím třídního učitele, výchovného poradce, školního speciálního pedagoga a školního psychologa, jsou-li na škole přítomni. Proto je nezbytné znát možnosti PPP, zejm. pak nabízené služby, ale také omezení, která vyplývají právě z charakteristiky těchto služeb. Nabídku, resp. standardní činnosti poraden, nalezneme v již zmiňované vyhlášce 72/2005 Sb. v příloze č. 1. Činnosti jsou rozděleny mezi diagnostické, intervenční, informační a metodické.

Dle Novosada (2006) však řadíme mezi nejčastější činnosti zejména:

- Vyšetření školní zralosti, s tím související zjišťování laterality a posouzení případného odkladu školní docházky;
- zabezpečení edukace žáků a studentů s postižením;
- posouzení vhodnosti integrovaného vzdělávání nebo doporučení pro zařazení do systému „speciálních škol“;
- diagnostikování a reedukace specifických poruch učení;
- poradenská, diagnostická a metodická činnost v oblastech poruch vývoje osobnosti;
- poradenská, diagnostická a metodická činnost v oblastech poruch chování (zejm. záškoláctví, šikana, delikvence, negativismus, závislosti apod.);
- poradenská, diagnostická a metodická činnost v oblasti poruch komunikace a intervence v této oblasti;
- poskytování poradenství v oblasti volby povolání a typu školy;
- řešení komplexní problematiky školního prospěchu, resp. neprospěchu.

S realizací státních maturit přibyla poradnám také agenda posuzování specifických potřeb v oblasti konání státní maturitní zkoušky. Jde o komplexní diagnostiku a posuzování a případné zařazení žáka do sekce PUP MZ, tedy žáci s přiznaným uzpůsobením podmínek pro konání státní maturitní zkoušky.

Z praxe škol, zejm. základních, pak také roste, se sále větším počtem integrovaných žáků, potřeba konzultovat tvorbu individuálních vzdělávacích plánů.

Speciálně pedagogická centra

Oproti poradnám, které mají v naší české poradenské historii zakotvené místo, jsou speciálně pedagogická centra poněkud mladá. Jejich vznik datujeme k roku 1990, což vzhledem k zaměření SPC souvisí se změnami společnosti po roce 1989. Na legislativní podporu však musela centra čekat až do roku 1997, kdy byla jejich činnost popsána ve Vyhlášce 127/2007 Sb., o speciálních školách a speciálních předškolských zařízeních.

SPC jsou speciální školská zařízení, která se specializují na určitý typ zdravotního postižení. Klienty SPC jsou tedy žáci s narušenou komunikační schopností, se zrakovým postižením, se sluchovým postižením, s tělesným postižením a zdravotním oslabením, s mentálním postižením, s poruchami artistického spektra, žáci hluchoslepí, žáci s více vadami a samozřejmě jejich zákonní zástupci, a pracovníci školy a školských zařízení vzdělávající tyto žáky. Dále poskytují poradenské služby i orgánům státní správy, nejrůznějším iniciativám a sdružením, se kterými úzce spolupracují na komplexní péči o jedince s postižením. Činnost se stejně jako u poraden poskytuje ambulantně v centrech nebo návštěvou pracovníků na školách. Poradenské činnosti jsou zajištěny psychologem, speciálním pedagogem (často s aprobační na danou problematiku – psychoped, logoped, somatoped apod.) a sociálním pracovníkem. Poradenský tým je často doplněn o spolupracující externí odborníky s ohledem na typ centra (např. rehabilitační pracovník, pediatr, psychiatr, neurolog apod.). Síť center je s ohledem na cílovou klientelu řidší, než PPP. Spádové oblasti často kopírují bývalá krajská města, nic méně center zaměřujících se na žáky s poruchami artistického spektra nebude tolik jako center zaměřujících se na žáky s tělesným postižením. Standardní činnosti SPC jsou vymezeny Vyhláškou 72/2005 Sb. v příloze č. 2. Činnosti jsou rozděleny na společné, vlastní všem SPC (diagnostika, depistáž, metodické, poradenské a intervenční činnosti) a na speciální činnosti definované na základě cílové klientely. Novosad (2006) řadí mezi nejčastější činnosti center:

- Zpracovávání kompletních podkladů k rozhodnutí o zařazení žáka nebo studenta do integrovaného vzdělávání nebo do „speciálních škol“, včetně průběžného vyhodnocování tohoto rozhodnutí;
- vypracovávání návrhu adekvátního způsobu edukace, poskytování metodické a konzultační činnosti činitelům této edukace;
- ve spolupráci s dalšími odborníky provádí terénní depistáž žáků se zdravotním postižením (v oblasti působnosti centra);
- vytvářejí ucelenou evidenci klientů;

- zabezpečují komplexní diagnostiku speciálně vzdělávacích potřeb žáků, která slouží k definování aktuálního stavu, stupně postižení a z toho vyplývající potřebu podpůrných opatření;
- zabezpečují pomoc v oblasti kariérového poradenství;
- podporují řešení problémů rodin s dětmi se zdravotním postižením, působí jako preventivní, sociálně rehabilitační a terapeutický prvek;
- organizují osvětové a odborné akce zaměřené na problematiku edukace osob s konkrétním typem postižení;
- aplikují terapeutické, stimulační, edukační a reedukační postupy;
- tvoří, popř. spolupracují na tvorbě didaktických a metodických materiálů a kompenzačních pomůcek, jež také bezplatně zapůjčují rodinám i školám.

Speciálně pedagogická centra často vznikaly při školách samostatně zřízených pro žáky s daným typem postižení. Kolem SPC se tak často formují aktivní rodičovské komunity a občanská sdružení, která významně napomáhají zlepšit kvalitu života jedinců s postižením.

Střediska výchovné péče

SVP se v systému pedagogicko-psychologického poradenství ocitla až v roce 1997, jejich činnost byla ukotvena až zákonem 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. V systému sítě preventivně výchovné péče a školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy se SPC nacházejí však již od roku 1991 (Janků, 2011). V současné době však tvoří nedílnou součást poradenství, byť je využíváno méně, než je tomu u poraden a center. Můžeme si jen klást otázku, zda současné školství neumí pracovat se subjekty preventivní péče nebo je natolik kvalitní, že jakékoli zárodky poruch chování a emocí umí řešit na vlastní půdě, vlastními silami.

Vedle všestranné ambulantní i internátní výchovné péče poskytují i poradenskou péči a pomoc dětem, mladistvím i jejich rodičům, učitelům a vychovatelům. Usilují

o podchycení dětí a mládeže ve stádiu prvních signálů možných poruch chování. Věnují se také dětem z klinických rodin, závislým na hracích automatech, alkoholu drogách. Cílem je systematickou péčí předcházet závažnějším problémům, jako např. delikvenci dětí a mládeže, toxikomanii a prostituci. Cílem středisek, mimo jiné, je předejít umístění žáků a mládeže do diagnostického či výchovného ústavu s nařízenou preventivní, ochranou nebo ústavní výchovou. (Novosad, 2006) Smyslem SVP je tedy odstraňování či zmírnění již vzniklých poruch chování a prevence vzniku závažnějších poruch. Podmínkou péče SVP je, že u dětí nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy. Pobyt ve středisku je dobrovolný na základě souhlasu zákonných zástupců či zletilého klienta. Střediska nenahrazují jiná zařízení preventivně výchovné péče, ale doplňují je o jejich služby. (Janků, 2011)

Mezi nejčastější činnosti řadíme:

- Diagnostické činnosti
- Poradenské aktivity
- Psychoterapeutické aktivity
- Edukace

3.2 Školská poradenská pracoviště

Ve školách se vstupem změn ve školství otevřel prostor pro zřizování **školských poradenských pracovišť (ŠPP)**. Se záměrem rozšířit působnost poradenství na půdu škol přichází také Národní program rozvoje vzdělávání v České republice z roku 2001 (Bílá kniha) a Dlouhodobý záměr rozvoje vzdělávání v ČR.

Poradenství v rámci školy zabezpečuje na úrovni třídy třídní učitel, na úrovni školy výchovný poradce, metodik prevence a od roku 2005 (díky kurikulární reformě ukotvené ve školském zákoně 561/2004 Sb.) také školní speciální pedagog a školní psycholog. Na poradenských službách se podílejí na úrovni školy další pracovníci, kteří vytvářejí konzultační tým pro poskytování služeb ve škole, jsou to mimo třídního učitele také učitel-metodik pro přípravu školního vzdělávacího programu (zejm.

v oblasti úpravy učiva pro nadané žáky), učitel(é) vzdělávací oblasti Výchova k volbě povolání (pro ZŠ) a Úvodu do světa práce (pro SŠ), případně další učitelé výchov a asistenti pedagoga. Tyto poradenské služby jsou definovány v Koncepti poradenských služeb poskytovaných ve škole (Věstník MŠMT ČR 2005, sešit 7) jako základní a rozšířená varianta. Varianta rozšířená je doplněná právě o činnosti **školního psychologa** a **školního speciálního pedagoga**, kteří mohou, ale nemusí být součástí školy. Dle vyhlášky 72/2005 Sb, ve znění pozdějších předpisů, zodpovídá za poskytování poradenských služeb v rámci školy ředitel.

Standardní činnosti školního psychologa a školního speciálního pedagoga jsou definovány v příloze č. 3 Vyhlášky 72/2005 Sb., stejně jako standardní činnosti výchovného poradce a metodika prevence.

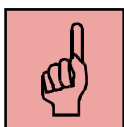
Hlavním cílem zavedení poradenských pracovníků do škol je dle Kovářové, Vitáskové (2007):

- Přiblížení poradenských služeb psychologů a speciálních pedagogů učitelům, žákům a jejich zákonným zástupcům;
- zkvalitnění podpory integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami;
- včasné odhalování problémového chování na školách;
- omezení školní neúspěšnosti a předčasných odchodů ze vzdělávání;
- poskytování kariérového poradenství.

Ze školní praxe se ukázalo, že přítomnost školního speciálního pedagoga nebo psychologa, či obojích, nemá jen pozitivní vliv na oblasti, které tímto projektem měly být podpořeny, ale také na celkové budování přívětivého klimatu nejen pro žáky školy a jejich zákonné zástupce, ale také pro učitele, pro něž se zkvalitňování poradenství na školách stává opěrným systémem ve vzdělávání žáků, na které na fakultách nebyli často připravováni. Poradenští pracovníci jim poskytují nejen poradenské a metodické služby, často také pomáhají při zavádění nových metod do výuky, zprostředkovávají úhel pohledu žáků, kvůli kterým byla vyhledána poradenská pomoc, korigují další

vzdělávání a sebevzdělávání pedagogů v oblasti speciálně pedagogické, psychologické a seberozvojové. Krůček po krůčku tak realizují na školách inkluzivní záměr.

Poslední článek poradenství v oblasti vzdělávání tvoří centra při vysokých školách, která vedle poradenských činností, zaměřených na studenty se specifickými potřebami, provádí také diagnostickou činnost (diagnostika specifických potřeb pro účely vysokoškolského vzdělávání), metodickou a poradenskou činnost ve vztahu k vyučujícím, dále vzdělávací činnost (např. výuka znakového jazyka), asistenční (poskytováním asistence, zapisovací služby, tlumočnické služby apod.). Dále v rámci různých projektů a programů realizuje úpravu studijních opor (do braillova písma, videoopory apod.), zapůjčuje kompenzační pomůcky a vytváří podmínky pro studium studentů se specifickými potřebami na univerzitě.



Pojmy k zapamatování

Raná péče, školská poradenská zařízení, pedagogicko-psychologické poradny, speciálně-pedagogická centra, střediska výchovné péče, školní psycholog, školní speciální pedagog.



Část pro zájemce

Vyhledejte školu, která má svého školního psychologa, či školního speciálního pedagoga. Analyzujte nabízené služby, ŠVP, celkové technické prostředí i klima školy. Analyzujte skladbu žáků, zjistěte si informace – reference od rodičů i učitelů. Definujte výhody přítomnosti poradenských pracovníků na škole.



Shrnutí kapitoly

V této kapitole jsme se seznámili s českým poradenským systémem, s důrazem na poradenský systém ve školství.

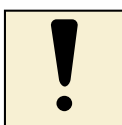
Definovali jsme si nabízené poradenské služby i jednotlivé pracovníky, kteří činnosti zabezpečují.

Na závěr jsme si představili koncepci poskytování poradenských služeb na školách.



Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte poradenský systém ve speciální pedagogice.
2. Charakterizujte český pedagogicko-psychologický systém.
3. Definujte základní činnosti PPP a SPC.



Úkoly k textu

1. Prostudujte si vyhlášku 72/2005 Sb. s ohledem na poskytování poradenských služeb školskými poradenskými zařízeními a školními poradenskými pracovišti.
2. Uveďte základní rozdíly v činnosti školního speciálního pedagoga a speciálního pedagoga v PPP.
3. To samé udělejte se školním psychologem a psychologem v PPP.
4. Definujte, podle vás, největší přínos přítomnosti psychologa nebo speciálního pedagoga na škole.



Otázky k zamyšlení:

1. Na základě samostudia se zamyslete nad odbornými kompetencemi školního speciálního pedagoga. Zkuste je definovat, zejm. ve vztahu k poradenským službám poskytovaným učitelům.



Citovaná a doporučená literatura

- JANKŮ, K. *Kapitoly z integrativní speciální pedagogiky*. Ostrava: Pdf OU, 2011. ISBN 978-80-7042-236-6.

- KOVÁŘOVÁ, R., VITÁSKOVÁ, K. *Postavení a kompetence speciálního pedagoga v rámci integračního procesu na běžné škole*. Ostrava: Pdf OU, 2007.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura formy poradenské péče pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
- Zákon 108/2006 Sb. v o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky 116/2011 Sb.

4 Nástin problematiky osob se sluchovým postižením



Cíl kapitoly:

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

1. Definovat surdopedii jako speciálně pedagogickou disciplínu.
2. Klasifikovat sluchové vady dle různých klasifikačních hledisek.
3. Uvést nejčastější příčiny sluchových vad.
4. Definovat základní komunikační systémy neslyšících osob.
5. Uvést kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením.



Klíčová slova

Surdopedie, sluchová vada, sluchové postižení, převodní porucha, percepční porucha, smíšená porucha, hluchota, nedoslýchavost, ohluchlost, znakový jazyk, odezírání, znakovaná čeština, daktyl.



Průvodce studiem

Surdopedie je jednou z disciplín speciální pedagogiky, která se zaměřuje na osoby se sluchovým postižením. V současné době jsou žáci a studenti s tímto typem postižení v běžných školách integrováni ve srovnání s jinými typy méně, neboť základní podmínkou pro realizaci školní integrace je schopnost komunikovat prostřednictvím řeči a také schopnost řeči rozumět. I přesto však pedagog musí mít základní znalosti z této problematiky neboť i lehká sluchová vada ovlivňuje osobnost svého nositele. Na prostudování této kapitoly budete potřebovat asi 5 hodin.

Osoby se sluchovým postižením tvoří i v rámci jedinců se speciálními potřebami specifickou skupinu. Její příslušníci se sami definují jako kulturní a jazyková menšina, nevymezují se v žádném případě jako někdo, kdo by byl zdravotně postižen či znevýhodněn. O kultuře neslyšících toho již bylo napsáno mnoho, ve prospěch onoho jazykového vymezení mluví užívání znakového jazyka jako plnohodnotného a svébytného jazykového systému.

Sluch je pro rozvoj člověka velice důležitým smyslem, a to i přesto, že pomocí něj člověk získává z prostředí jen malé procento informací (např. ve srovnání se zrakem). Má však nezastupitelnou roli v rozvoji řeči i v rozvoji myšlení a také v celé oblasti sociálního učení. Absence tohoto smyslu by zdánlivě mohla evokovat nemožnost rozvoje těchto oblastí, dnes však již víme, že i na základě užívání znakového jazyka je tento proces zajištěn.

Osoby se sluchovým postižením tvoří heterogenní skupinu, jejíž příslušníci se liší nejen stupněm sluchové ztráty, ale také s tím souvisejícím způsobem komunikace.

4.1 Surdopedie jako speciálně pedagogická disciplína

Surdopedie je obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláváním osob se sluchovým postižením. Jejím cílem je rozvoj osobnosti v co nejvyšší možné míře, sociální integrace, školská i profesní integrace osob se sluchovým postižením. Název oboru vznikl ze slov *surdus* – hluchý a *paidea* – výchova.

Surdopedie je zasazena do systému věd, ve kterém nestojí izolovaně a musí spolupracovat s dalšími vědními disciplínami. Jedná se především o pedagogiku, psychologii, ostatní disciplíny speciální pedagogiky, medicínu, ale také technické obory, jako např. protetiku, fyziku, akustiku apod.

4.2 Klasifikace sluchových vad

Sluchová vada je trvalý stav různé etiologie charakteristický sluchovou ztrátou různého stupně, od lehké nedoslýchavosti až k úplné hluchotě.

Sluchové vady můžeme diferencovat dle různých klasifikačních hledisek. Nejčastěji se užívá lokalizační hlediska (klasifikace dle místa postižení), hlediska velikosti sluchové

ztráty (klasifikace dle stupně sluchové vady) a hledisko doby vzniku, respektive etiologické hledisko.

Klasifikace sluchových vad dle místa postižení

Podle tohoto klasifikačního hlediska dělíme sluchové vady na dvě hlavní skupiny, a to vady periferní a vady centrální. Vady periferní jsou lokalizovány v místech sluchové dráhy, jejichž funkce je převod zvukových vln či vlastní percepce zvuku (zevní, střední a vnitřní ucho). Centrální vady jsou komplikovaná postižení v oblasti korových a podkorových center v mozku.

Periferní vady dále dělíme na:

1. Převodní vady – vady jsou lokalizovány do oblastí zevního a středního ucha. Tyto poruchy označujeme jako poruchy kvantity a nemohou způsobit úplnou hluchotu (pokles sluchu je zde maximálně do 60 dB), neboť vláskové buňky cortiho orgánu jsou v pořádku a můžeme je zvukovým podnětem podráždit bez ohledu na to, zda je průchod zevním a středním uchem volný.

2. Percepční vady – tyto vady jsou lokalizovány do oblasti vnitřního ucha (cortiho orgán, vláskové buňky). Oproti převodním, percepční vady mohou způsobit úplnou hluchotu, neboť v případě nefunkčnosti vláskových buňek již není v rámci sluchového analyzátoru jiná část, která by zvuk dokázala přeměnit v elektromagnetický signál, který jediný se po nervu do sluchových center v mozku může dostat. Tyto poruchy také označujeme jako poruchy kvality.

3. Smíšené vady – jedná se o souběžné postižení sluchového analyzátoru jak v oblasti převodu (zevní a střední ucho), tak v oblasti percepce (vnitřní ucho).

Klasifikace sluchových vad dle stupně sluchové ztráty

V rámci této klasifikace se primárně vychází z klasifikace WHO (Světová zdravotnická organizace), která v roce 1980 vymezila tyto stupně sluchových vad:

0 – 25 dB - normální sluch

26 – 40 dB - lehká nedoslýchavost

- 41 – 55 dB - střední nedoslýchavost
- 56 – 70 dB - středně těžké postižení sluchu
- 71 – 90 dB - těžké postižení sluchu
- 91 a více dB - velmi závažné postižení sluchu

Klasifikace sluchových vad dle doby vzniku

Podle tohoto klasifikačního hlediska dělíme sluchové vady na prelingvální a postlingvální. Základní determinantou je tak ontogenetický vývoj řeči, respektive doba jeho ukončení (kolem 6 roku věku). Jestliže sluchová vada vznikne před ukončením tohoto vývoje, tedy zhruba do pátého roku věku, označujeme ji jako prelingvální, pokud sluchová vada vznikne v době ukončování či až po ukončení ontogenetického vývoje řeči, označujeme ji jako vadu postlingvální. Toto rozlišení má význam především v oblasti rozvoje komunikace, konkrétně tedy mluvené řeči. Vzhledem k tomu, že řeč a její rozvoj ovlivňují už lehké sluchové vady, její formální i obsahová úroveň v době jejího vzniku výrazně ovlivňují další edukační přístupy i volbu vhodného způsobu komunikace, které v obou případech budou značně rozdílné.

4.3 Nejčastější příčiny sluchových vad

Příčiny sluchových vad můžeme rozdělit exogenní (vnější) a endogenní (vnitřní), dále pak na příčiny prenatální, perinatální a postnatální.

Za hlavní endogenní příčinu označujeme dědičnost (hereditu). Odborná literatura uvádí, že až 50% všech sluchových vad vzniklo na dědičném podkladě. Ostatní příčiny můžeme považovat za příčiny exogenní.

V prenatálním období bývají nejčastější příčinou vzniku sluchové vady onemocnění matky, užívání psychotropních látek v době těhotenství, různé úrazy a traumata matky. V perinatálním období se pak jedná o jakékoliv komplikace spojené s protrahovanými porody, např. asfyxie, hypoxie, nízká porodní hmotnost, Rh inkompatibilita, krvácení do mozku a labyrintu apod. Mezi nejčastější postnatální příčiny řadíme úrazy a traumata či poškození sluchu nadměrným hlukem.

4.4 Komunikace osob se sluchovým postižením

V současné době existuje mnoho komunikačních stylů, které jsou oficiální a běžně se v rámci výchovně vzdělávacího procesu využívají. Jejich výčet je uveden v důležité legislativní normě, a to v zákoně č. 155/1998 o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění pozdějších předpisů. V tomto zákoně je mimo výše uvedené zakotveno také právo neslyšících na tlumočnicka či na svobodnou volbu takového komunikačního systému, který jim vyhovuje.

Obecně však lze říci, že volbu komunikačního stylu primárně determinuje stupeň sluchové vady. Osoba s lehkou nedoslýchavostí bude dost dobře schopna osvojit si mluvenou řeč, osoba s úplnou hluchotou však bude zřejmě komunikovat znakovým jazykem, neboť stupeň sluchové vady ji neumožňuje osvojit si řeč a ani při dobré vůli by komunikace tímto stylem nebyla funkční.

Odezírání

Odezírání zastává prioritní místo v interkulturní komunikaci. Jedná se o odezírání pohybů mluvidel mluvčího (tzv. kinémů). Odezírání je vrozená vloh a předpoklad, nelze tedy tvrdit, že se mu dá naučit. Pokud se jedinec s takovouto vlohou narodí, můžeme ji rozvíjet, pokud však jedinec tento předpoklad nemá, nebude zřejmě nikdy dobře odezírat. Kromě této podmínky kvalitu odezírání ovlivňují ještě další, např. intenzita a směr světla, vzdálenost, směrovost komunikace, výšková úroveň, překážky znemožňující odezírání, artikulace a tempo řeči. Opomenout nemůžeme ani podmínky vnitřní, jako např. aktuální stav organismu, přítomnost zrakové vady, úroveň psychických funkcí apod.

Znakový jazyk

Znakový jazyk je považován za přirozený jazyk neslyšících. Je označován jako vizuomotorický a jedná se o ucelený plnohodnotný jazykový systém, který splňuje všechny potřebné atributy pro to, aby mohl být za takový systém považován. Má vlastní gramatickou strukturu a pravidla, která jsou zcela nezávislá na většinovém jazyku. Nejmenší jednotkou je znak.

Znakovaný jazyk

Znakovaný jazyk je oproti tomu znakovému uměle vytvořený systém. V rámci znakové zásoby sice vychází víceméně ze znakového jazyka, je však zcela závislý na jazyku většinovém, neboť respektuje stavbu věty (slovosled) a také se v rámci něj překládá každé slovo české věty.

Daktylní abeceda

Daktylní abeceda je soubor poloh a postavení rukou a prstů, kdy pro každé písmeno české abecedy existuje jedno charakteristické. Daktyl se v běžné komunikaci užívá jen v opodstatněných situacích, např. pokud si mluvčí vzájemně sdělují jména a příjmení, v případě uvádění zeměpisných názvů. V edukačním procesu má své opodstatnění v jazykovém vyučování. Existují dva druhy daktylu, jednoruční a obouruční.

4.5 Pomůcky pro osoby se sluchovým postižením

Mezi pomůcky pro osoby se sluchovým postižením řadíme pomůcky pro kompenzaci sluchové ztráty a další pomůcky, které usnadňují této skupině jedinců každodenní život.

Za základní pomůcku pro kompenzaci sluchové ztráty považujeme sluchadlo. Jelikož je hlavní funkcí sluchadel zesílení zvuku, jeho indikace má opodstatnění v těch případech, kdy má osoba se sluchovým postižením zbytky sluchu, které je možno rozvíjet a na kterých je možné stavět. Existuje několik druhů sluchadel, např. sluchadlo závěsné, kapesní, boltcové či zvukovodové, většina druhů je nastavena přímo na míru uživatele, a to dle stupně a charakteru sluchové vady.

Další významnou kompenzační pomůckou je kochleární implantát. Tato elektronická smyslová náhrada je schopna suplovat činnost nefunkčních vláskových buněk cortiho orgánu a indikuje se v případě, kdy se u jedince nevyskytují žádné zbytky sluchu. V současné době se implantují i děti okolo dvou let věku a kochleární implantát představuje důležitou kompenzační pomůcku.

Kromě těchto pomůcek, které označujeme za individuální existují pomůcky, které může v reálném čase využívat více sluchově postižených najednou. Jedná se např. o indukční

smyčky, které nacházejí své využití ve školách, přednáškových sálech, kinech či divadlech.

Z pomůcek, které usnadňují osobám se sluchovým postižením běžný život uvedme alespoň budík pro neslyšící, signalizaci zvonění telefonu, signalizaci dveřního zvonku, komplexní signalizační systémy, mobilní telefon, internet apod.



Shrnutí kapitoly:

Surdopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou a vzděláváním osob se sluchovým postižením. Sluchové vady můžeme klasifikovat dle různých klasifikačních hledisek, nejčastěji se užívá klasifikace dle místa postižení, dle stupně sluchové ztráty a dle doby vzniku. Rozlišujeme tak vady převodní, percepční a smíšené, vady centrální, pro stanovení stupně sluchové ztráty se užívá klasifikace dle Světové zdravotnické organizace. Podle doby vzniku vady dělíme na prelingvální a postlingvální. Sluchová vada také determinuje možnosti způsobů komunikace. Mezi základní komunikační systémy patří znakový jazyk, znakovaný jazyk, odezírání a daktylní abeceda. Nejčastějšími pomůckami pro osoby se sluchovým postižením jsou sluchadla, kochleární implantát, indukční smyčky a další, které této skupině jedinců usnadňují každodenní život.



Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte surdopedii jako speciálně pedagogickou disciplínu a uveďte její hlavní cíl.
2. Podle jakých kritérií klasifikujeme sluchové vady?
3. Klasifikujte sluchové vady dle lokalizačního hlediska.
4. Definujte percepční vady.
5. Jaké znáte komunikační systémy neslyšících osob?
6. Jaký je rozdíl mezi znakovým a znakovaným jazykem?
7. Co je to kochleární implantát?



Úkoly k textu:

1. Prostudujte si Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.



Doporučená a citovaná literatura

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. I. díl. Praha: FRPSP, Septima, 1997. ISBN 80-7216-006-0.

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

SOURALOVÁ, E. Speciální pedagogika osob s postižením sluchu. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.

5 Nástin problematiky osob se zrakovým postižením



Cíl kapitoly:

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

1. Definovat zrakové postižení a zrakovou vadu
2. Uvést nejčastější příčiny zrakových vad
3. Charakterizovat člověka se zrakovým postižením
4. klasifikovat zrakové vady dle stupně postižení.



Klíčová slova

Slepota, zrakové postižení, zraková vada, zrakově postižený jedinec, vizus, zraková ostrost, nevidomost, zbytky zraku, slabozrakost, poruchy binokulárního vidění, strabismus, ambliopatie, skotom, retinopatie.



Průvodce studiem

V této kapitole se dozvíte, co je to zrakové postižení a získáte vhled do problematiky oftalmopedie. Seznámíte se se stupni zrakových vad i různými jejich typy. Na prostudování této kapitoly budete potřebovat 4 hodiny.

Podle citátu „Slepota odděluje lidi od věcí, ale hluchota od lidí“ (Kellerová in Potměšil, 2003) by se mohlo zdát, že zrakové postižení nepředstavuje pro svého nositele tak závažný okruh problémů, jako postižení sluchové. Avšak zrak, stejně jako sluch, je důležitým smyslem pro získávání informací o okolním světě, pro jeho poznávání, má velký význam v socializačním procesu každého jedince. Obecně se uvádí, že zhruba 85% informací z okolního světa získáváme zrakem. Zrakové postižení ovlivňuje člověka ve všech složkách, jak kognitivní, tak i emocionální a sociální.

Zrakové postižení definujeme jako absenci nebo nedostatečnost kvality zrakového vnímání (Renotírová, Ludíková a kol., 2005), zrakově postiženého člověka potom jako jedince, který i po optimální korekci sv zrakové vady má nadále problémy při zrakovém vnímání a zpracování vnímaného zrakem v běžném životě (Renotírová, Ludíková a kol. 2005). Skupina osob se zrakovým postižením je skupinou heterogenní, každé postižení, resp. jeho typ a stupeň s sebou nese jisté charakteristiky, které jedince ovlivňují nejen v edukačním procesu, ale i v celém životě (Hápl, Kaleja, 2011). Skupinu zrakově postižených osob reprezentují převážně osoby se sníženou úrovní zrakové percepce na stupni slabozrakosti (Květoňová, Švecová, 2000).

Oftalmopedie se zabývá výchovou a vzděláváním osob se zrakovým postižením s cílem maximálního rozvoje osobnosti, tedy dosažení nejvyššího stupně socializace, zajištění adekvátních podmínek pro edukaci a přípravu na povolání (Ludíková, 2003). Název oboru vznikl z řeckého slova oftalmos – oko a paidea – výchova.

5.1 Klasifikace zrakových vad

Zrakové postižení může být způsobeno různými zrakovými vadami. Obecně se jedná o stav, kdy i přes optimální zrakovou korekci u člověka přetrvávají obtíže v běžném životě. Zrakové vady můžeme klasifikovat podle celé řady kritérií, nejčastěji užívané je dělení dle vizu neboli zrakové ostrosti a zachovaného rozsahu zorného pole (Hápl, Kaleja, 2011). Podle toho hlediska klasifikujeme zrakové vady na:

- nevidomost (slepota) – jedná se o pokles zrakové ostrosti pod 3/60 do 1/60 (praktická nevidomost, pod 1/60 v případě úplné nevidomosti – nemožnost běžného grafického výkonu, problémy se samostatným pohybem a orientací v prostoru
- zbytky zraku – tento stupeň představuje hranici mezi slabozrakostí a slepotou
- slabozrakost – pokles ostrosti pod 6/18 až 3/60 – snížená nebo zkreslená činnost zrakového analyzátoru obou očí, omezení a deformace zrakových představ, rozmazaný a nejasný obraz, problémy v prostorové orientaci, sebeobsluže, práci na blízko (Nováková in Pipeková, 2010)

- poruchy binokulárního vidění – na sítnicích obou očí se nevytváří na stejných místech dva rovnocenné obrazy. Jedná se například o strabismus (šilhavost), pro niž je charakteristické nerovnovážné postavení očí či amblyopii (tupozrakost), u které dochází ke snížení zrakové ostrosti jednoho oka, které nelze korigovat brýlemi.

5.2 Nejčastější příčiny zrakových vad

Příčiny zrakových vad můžeme diferencovat na příčiny prenatalní, perinatální a postnatální.

Mezi nejčastější prenatalní příčiny patří dědičnost, která hraje důležitou roli např. v případě vrozeného šedého či zeleného zákalu či při těžké krátkozrakosti. Dalším rizikovým faktorem vzniku zrakové vady je působení různých exogenních činitelů, a to v průběhu gravidity, v průběhu porodu či po něm, které může mít za následek retinopatii nedonošených. Máme zde na mysli hlavně infekční onemocnění, úrazy matky v době těhotenství, užívání psychotropních látek, problémy spojené s protražovaným porodem (asfyxie, hypoxie).

U získaných vad bývá nejčastější příčinou věkem podmíněná makulární degenerace a glaukom. Vznik zrakové vady může být zapříčiněn v souvislosti s diabetem či sklerózou oční čočky. V neposlední řadě ke vzniku zrakové vady může přispět úraz.

5.3 Pomůcky pro osoby se zrakovým postižením

Pomůcky pro osoby se zrakovým postižením výrazně pomáhají jak v běžném životě, tak v edukačním procesu.

Keblová (in Pipeková, 2010) rozděluje pomůcky pro osoby se zrakovým postižením podle funkce na:

- pomůcky pro informatiku a komunikaci (psací a čtecí stroje)
- pomůcky pro orientaci (bílá hůl),
- pomůcky pro každodenní život (ozvučené hodinky či mobilní telefon)
- náradí, nástroje, přístroje a přípravky pro řemeslné práce,

- hračky a hry, sportovní potřeby a pomůcky (tandem)
- pomůcky pro vzdělávání (lupy, monokuláry, kamerové lupy, počítač)
- trenažéry na nácvik kompenzačních zručností,
- pomůcky pro diagnostiku.



Shnutí kapitoly

Zrakové postižení představuje pro svého nositele obtíže v běžném životě i v edukačním procesu. Osoby se zrakovým postižením tvoří heterogenní skupinu, nejedná se pouze o osoby nevidomé, ale také o osoby slabozraké, které tvoří většinu. Výchovou a vzděláváním žáků a studentů se zrakovým postižením se zabývá disciplína speciální pedagogiky, kterou nazýváme oftalmopedie. Jejím cílem je rozvoj jedince se zrakovým postižením a co nejvyšší možná míra zapojení jedince do globální společnosti. Zraková vada může vzniknout z celé řady příčin (exogenních i endogenních). Život jedinců se zrakovým postižením výrazně usnadňují různé pomůcky, které své využití nacházejí také v samotném edukačním procesu.



Kontrolní otázky a úkoly

1. Definujte oftalmopedii a uveďte základní cíle tohoto oboru speciální pedagogiky.
2. Co je to zrakové postižení, zraková vada?
3. Uveďte klasifikaci zrakových vad dle stupně postižení zraku.
4. Uveďte nejčastější příčiny zrakových vad v období prenatalním, perinatálním a postnatálním.
5. Jaké znáš pomůcky pro osoby se zrakovým postižením?



Citovaná a doporučená literatura

HAMPL, I., KALEJA, M. *Asistence žákům a studentům se speciálními potřebami*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7042-238-0.

LUDÍKOVÁ, L. Speciální pedagogika osob s postižením zraku. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.

KEBLOVÁ, A. *Zrakově postižené dítě*. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-191-1.

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

6 Nástin problematiky osob s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním a oslabením



Cíl kapitoly:

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

1. Definovat somatopedii jako speciálně pedagogickou disciplínu.
2. Klasifikovat poruchy hybnosti a charakterizovat stručně jednotlivé její druhy.
3. Znat nejčastější příčiny vzniku poruch hybnosti.



Klíčová slova

Somatopedie, porucha hybnosti, obrna, deformace, malformace, amputace



Čas na prostudování kapitoly

Na prostudování kapitoly budete potřebovat asi 6 hodin



Průvodce studiem

Somatopedie je disciplínou speciální pedagogiky, která se zaměřuje na značně širokou cílovou skupinu. V možnostech tohoto textu není konkrétně definovat všechny možné poruchy, které do oblasti somatopedie spadají, proto následující řádky berte spíše jako stručný vhled do dané problematiky. Konkrétněji se v nich budeme věnovat nejčastějším poruchám hybnosti a stručně si je také charakterizujeme a klasifikujeme.

Jak už bylo v průvodci studiem napsáno, cílová skupina oboru somatopedie je značně široká. Spadají do ní nejen osoby s tělesným postižením, ale také se zdravotním znevýhodněním a chronickým onemocněním. Pokud bychom se na tuto skupinu osob

podívali z pohledu školské, ale v podstatě i sociální integrace, jsou to osoby, které jsou dnes velice často integrovány v základních i středních školách hlavního proudu. Každý pedagog by tak měl mít základní vědomosti z tohoto oboru.

6.1 Somatopedie jako speciálně pedagogická disciplína

Somatopedie je disciplína speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláváním osob s tělesným postižením, chronickým onemocněním a zdravotním oslabením s cílem jejich maximálního rozvoje, socializace a pracovního začlenění v rámci globální společnosti. Název oboru vznikl ze slov soma – tělo a paidea – výchova.

6.2 Klasifikace poruch hybnosti

Každého člověka v průběhu vývoje ovlivňuje celá řada faktorů, hovoříme o vlivech biologických a psychosociálních. Na konkrétních faktorech z těchto dvou oblastí závisí jeho kvalita (Hampl, Kaleja, 2011).

Porucha hybnosti (mobility) trvalého nebo přechodného charakteru vzniká v důsledku patologie biologických faktorů a nevyhovujícího prostředí. Za tělesná postižení považujeme trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou je pak poškození nosného nebo pohybového aparátu či jiné organické poškození (Gruber, Lendl in Vítková, 2010)

Poruchy hybnosti můžeme klasifikovat dle různých klasifikačních hledisek. Podle jednoho z nich rozlišujeme poruchy hybnosti primární a poruchy hybnosti sekundární. O primární poruše hybnosti můžeme hovořit tehdy, pokud došlo k přímému poškození pohybového aparátu, v případě sekundární poruchy hybnosti se jedná o omezení či znemožnění pohybu v důsledku nemoci, která pohybový aparát přímo nezasáhla (Renotierová, Ludíková, a kol., 2005).

Poruchy hybnosti můžeme také klasifikovat dle stupně postižení, rozlišujeme tedy lehkou, středně těžkou a těžkou poruchu hybnosti. Se stupněm také úzce souvisí klasifikace osob s poruchami hybnosti, kdy rozlišujeme jedince mobilního, částečně

mobilního a imobilního. Mobilní jedinec je schopen samostatného pohybu bez jakékoliv opory či dopomoci, částečně mobilní jedinec je při pohybu závislý na pomoci další osoby, popřípadě pomůcky a za imobilního jedince je považován ten, kdo není schopen pohybu ani s dopomocí.

6.2.1 Tělesná postižení

Jak už bylo výše napsáno, tělesná postižení představují trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti. Příčinou může být dědičnost, nemoc nebo úraz a nejčastěji se jedná o vady kostí, kloubů, šlach a svalů, cévního zásobení a poruchy nervové soustavy.

Rozlišujeme tělesná postižení vrozená či raně získaná, tělesná postižení po úraze a tělesná postižení po nemoci

Tělesná postižení vrozená (raně získaná)

1. Vrozené vady lebky – např. kraniostenóza, kdy se jedná o předčasný srůst lebečních švů
2. Poruchy velikosti lebky – např. makrocefalus či mikrocefalus
3. Rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra či páteře
4. Vrozené vady končetin
 - amélie – chybění končetiny
 - dysmélie – tvarová odchylka
 - fokomélie – chybějící paže a předloktí
 - arachnodaktylie – dlouhé a tenké prsty
 - syndaktylie – srůsty prstů
 - polydaktylie – zmnožení prstů
5. Vrozené vady dolních končetin – kosá noha, kososvislá noha, hákovitá noha, luxace. Poslední jmenovaná, luxace, tvoří četnou skupinu pohybových vad. Je spojena s vadným vývojem kyčelního kloubu, kdy kloubní hlavice nezapadá do kloubní jamky a je zcela mimo ni. Může však dojít i k částečnému vykloubení, potom hovoříme o subluxaci.

6. Centrální a periferní obrny – zasahují centrální (mozek, mícha) a periferní (obvodové nervstvo) nervovou soustavu. V závislosti na rozsahu a závažnosti se dělí na parézy a plegie. V případě paréz se jedná o částečné ochrnutí, v případě plegií o ochrnutí úplné. Konkrétněji se na dalších řádcích budeme zabývat dětskou mozkovou obrnou. Tato obrna se řadí mezi centrální, příčinou je poškození mozku v raných fázích vývoje, a to v období prenatálním, perinatálním a raně postnatálním (zhruba do šesti měsíců života dítěte). Vždy se jedná o postižení nezralého mozku (Vítková, 2010). U dětské mozkové obrny rozlišujeme formu spastickou a formu nespastickou, a to v závislosti na svalovém tonusu (napětí). Pro spastické formy dětské mozkové obrny je charakteristický zvýšený svalový tonus (zvýšená spasticita) některých svalových skupin, pro formu nespastickou naopak snížený svalový tonus.

Mezi spastické formy řadíme např. formu diparetickou, kdy jsou poruchou hybnosti a zvýšenou spasticitou postiženy dolní končetiny, formu hemiparetickou, kdy jde o postižení horní a dolní končetiny jedné poloviny těla a formu kvadraparetickou, což je spastická obrna všech čtyř končetin (srov. Renotierová, Ludíková, 2005, Vítková, 2010).

Mezi nespastické formy dětské mozkové obrny pak řadíme formu hypotonickou, která se vyskytuje v kojeneckém věku, později se pak mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Je doprovázena mentální retardací a vyznačuje se sníženým svalovým napětím, v jehož důsledku můžeme u takto postižených jedinců pozorovat zvýšený rozsah pohybů v kloubech. Další z nespastických dětských mozkových obrn je obran dyskinetická, která se vyznačuje mimovolními, bezděčnými pohyby, které jsou nechtěné a nepotlačitelné. V rámci této formy rozlišujeme několik druhů pohybů, např. pohyby atetotické, choreatické, balistické apod.

Tělesná postižení získaná

Mezi získaná tělesná postižení řadíme některé typy deformací, tělesná postižení získaná vlivem nemoci či po úraze.

Deformace jsou obecně charakterizovány patologickým tvarem některé části těla. Nejčastěji se ve školské praxi můžeme setkat s deformacemi spojenými s nesprávným držením těla. Konkrétně se pak jedná o některé druhy skolióz a kyfóz, kdy se vadné

držení těla vyznačuje změnami v zakřivení páteře nebo labilním držením těla (Vítková, 2010).

Mezi tělesná postižení po úraze řadíme např. poruchy hybnosti vlivem poranění páteře (zlomeniny obratlů) či úrazové poškození periferních nervů.

Mezi tělesná postižení po nemoci řadíme například dětskou infekční obrnu, která se však v současné době díky očkování nevyskytuje. Dále zmíníme v rámci této skupiny poruch hybnosti Perthesovu chorobu, u které vlivem patologie v cévním zásobení je kloubní hlavice stehenní kosti postižena. Léčba je dlouhodobá a dítě je v průběhu ní převážně upoutáno na lůžko (Vítková, 2010). Mezi další tělesná postižení po nemoci řadíme myopatii, neboli progresivní svalovou dystrofii. Jedná se o závažné onemocnění vzniklé na podkladě metabolické poruchy. Ta zapříčiňuje to, že se svalová vlákna postupně mění v bezcenné vazivo s určitou příměsí tuku. V neposlední řadě zmíníme některá revmatická onemocnění, např. akutní revmatismus či chorea minor.

Posledním druhem tělesného postižení jsou amputace. K těm může dojít jak vlivem úraze, tak i vlivem onemocnění. Amputace je charakterizována jako umělé oddělení části orgánu, části či celé končetiny od trupu. K amputacím se sahá v případě, kdy pouřazové nebo chorobné změny zhoršují postižené osobě život nebo ji život přímo ohrožují. Nejčastější příčinou jsou tedy úrazy (autonehody, poranění pyrotechnikou), ale také některá cévní onemocnění, např. Bürgerova-Winiwarterova choroba. Dalším důvodem pro indikaci amputace jsou např. zhoubné nádory, infekce spojené se sepsí (srov. Renotiárová, Ludíková, 2005, Vítková, 2010).

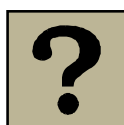
6.2.2 Chronická onemocnění

Cílovou skupinou somatopedie jsou také, kromě osob s poruchami hybnosti, osoby s chronickým onemocněním. V edukačním procesu představují početnou skupinu žáků a studentů, kteří vlivem onemocnění mají speciální vzdělávací potřeby a nemoc často výrazně edukaci ovlivňuje. V běžné školské praxi se dnes můžeme setkat nejen s žáky a studenty s diabetem, ale také s různými srdečními vadami či onemocněními dalších ústrojí.



Shrnutí kapitoly

Somatopedie je disciplína speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců s poruchami hybnosti. Cílová skupina je poměrně veliká, řadíme do ní jedince s tělesným postižením, chronickým onemocněním a zdravotním oslabením. Tělesná postižení můžeme charakterizovat jako trvalé tělesné nápadnosti nebo snížené pohybové schopnosti a klasifikovat dle různých klasifikačních hledisek. Rozlišujeme poruchy hybnosti primární a sekundární, dále tělesná postižení vrozená (kraniostenóza, hydrocefalus, rozštěpy, amélie, dysmélie, syndaktylie, dětská mozková obrna a další), tělesná postižení získaná po nemoci či úraze, deformace a amputace. Cílovou skupinu somatopedie tvoří také jedinci s chronickým onemocněním a zdravotním oslabením.



Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte somatopedii jako speciálně pedagogickou disciplínu.
2. Vysvětlete primární a sekundární poruchu hybnosti.
3. Uveďte a vysvětlete některá vrozená tělesná postižení.
4. Klasifikujte dětskou mozkovou obrnu.
5. Uveďte některé příklady získaných tělesných postižení.
6. Vysvětlete termíny deformace a amputace.



Doporučená a citovaná literatura:

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.

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

7 Nástin problematiky osob s mentálním postižením



Cíl kapitoly

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

1. Definovat psychopedii jako speciálně pedagogickou disciplínu.
2. Definovat mentální retardaci a demenci, vystihnout rozdíly mezi nimi.
3. Orientovat se v základní terminologii psychopedie.
4. Znat klasifikaci mentální retardace.
5. Uvést nejčastější příčiny mentální retardace.



Klíčová slova

Psychopedie, mentální retardace, mentální postižení, demence, sociálně podmíněná mentální retardace, stupně mentální retardace



Čas na prostudování kapitoly

Na prostudování této kapitoly budete potřebovat asi 5 hodin.



Průvodce studiem

Edukace osob s mentálním postižením vyžaduje speciálně pedagogické přístupy. Žáci a studenti s tímto typem postižení jsou dnes jen zřídka integrováni v běžných základních a středních školách. Míra projevů je zde však individuální a v konkrétních případech lze o individuální integraci uvažovat. Hovoříme však o konkrétních případech, které spadají do horního pásma lehké mentální retardaci či se vyskytují v jejím hraničním pásmu. Pokud však vyjdeme z definice psychopedie, jak je uvedena níže, resp. z cílové skupiny této disciplíny, pak se v rámci integrovaného vzdělávání můžeme setkat např. s osobami s duševním onemocněním.

7.1 Psychopedie

Psychopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou a vzděláváním osob s mentálním či jiným duševním postižením (Bazalová in Pipeková, 2010). Cílem psychopedie, stejně jako ostatních disciplín speciální pedagogiky je rozvoj osobnosti jedince s mentální retardací a jiným duševním onemocněním, jeho integrace do globální společnosti v co nejvyšší možné míře a poskytnutí předpokladů také pro začlenění pracovní.

Jak už z výše uvedené definice vyplývá, cílovou skupinu psychopedie netvoří pouze osoby s různým stupněm mentální retardace, ale také osoby s duševním onemocněním. Máme zde na mysli např. osoby s bipolární poruchou či se schizofrenií. Duševním onemocněním se v tomto textu věnovat nebudeme, je však velice důležité si uvědomit, že i tyto osoby potřebují specifický přístup, že i duševní onemocnění je významnou determinantou v rámci edukačního procesu a že i tito žáci a studenti mají speciální vzdělávací potřeby, které je v rámci něj potřeba naplňovat.

7.2 Mentální retardace

Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí (Bazalová in Pipeková, 2010). Hovoříme o snížení intelektových schopností (schopnost myslet, učit se), které postihuje člověka ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální, přičemž se nejvýrazněji projevuje v oblasti kognice, což je pro edukační proces těchto jedinců stěžejní. Mentální retardace je stav trvalý, úbytek intelektových schopností je vrozený či raně získaný na základě organického postižení centrální nervové soustavy, a to max. do dvou let věku dítěte.

Pokud dojde k úbytku intelektových schopností, resp. k zastavení či rozpadu mentálního vývoje po druhém roce života dítěte, nehovoříme o mentální retardaci, nýbrž o demenci. Příčinou této získané mentální retardace bývá nejčastěji pozdější porucha, nemoc či úraz mozku. Dle doby výskytu klasifikujeme demenci na dětskou a stařeckou.

7.3 Zdánlivá mentální retardace

Zdánlivá mentální retardace je druh mentální retardace, která není primárně zapříčiněna organickým poškozením centrální nervové soustavy. Bývá také nazývána sociálně podmíněnou mentální retardací, neboť je způsobena vlivem vnějšího (sociálního) prostředí. Nejčastější patologie, které se zde vyskytují jsou nestimulující prostředí, výchovná zanedbanost či psychická deprivace. Rizikový faktor vedle výše uvedených představuje také sociokulturně znevýhodněné prostředí.

V současné době se pro označení zdánlivé mentální retardaci užívají termíny hraniční pásmo mentální retardace či mentální subnorma. Hodnota inteligenčního kvocientu zde poklesne v průměru o 10 až 20 bodů (srov. Franiok, Kysučan, Pipeková, 2010).

7.4 Příčiny vzniku mentální retardace

Mezi nejčastější příčiny vzniku mentální retardace řadíme různé endogenní a exogenní faktory.

V prenatálním období může být příčinou infekční onemocnění matky v době těhotenství, úrazy matky, toxikomanie a užívání psychotropních látek či např. špatná výživa dítěte. V perinatálním období jsou to pak nejrozličnější komplikace spojené s protražovaným porodem, např. hypoxie či asfyxie. V postnatálním období jde o různé infekce novorozenců, záněty mozku či úrazy.

Mezi důležité endogenní faktory vzniku mentální retardace řadíme dědičnost (i inteligence může být zděděna) či různé další specifické genetické příčiny, např. chromozomální aberace či metabolická onemocnění.

7.5 Klasifikace mentální retardace

Pro klasifikaci mentální retardace užíváme 10. revizi mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10, The International Classification of Diseases – ICD-10), kterou vydala v roce 1992 Světová zdravotnická organizace. Za hlavní determinační hledisko se zde považuje hodnota inteligenčního kvocientu.

Dle MKN-10 rozlišujeme:

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| 1. Lehká mentální retardace | IQ 69-50 |
| 2. Středně těžká mentální retardace | IQ 49-35 |
| 3. Těžká mentální retardace | IQ 34-20 |
| 4. Hluboká mentální retardace | IQ 19 a níže |

V rámci diagnostiky však může dojít k případům, kdy není možné přesně hodnotu inteligenčního kvocientu změřit. Proto MKN-10 dále rozlišuje tzv. jinou mentální retardaci a tzv. nespecifikovanou mentální retardaci. V případě jiné mentální retardace nelze stupeň určit pro přidružené smyslové či tělesné postižení, těžké poruchy chování či autismus, u nespecifikované mentální retardace je vada prokázána, není však dostatek informací pro zařazení jedince do některého z uvedených stupňů (Pipeková, 2010).

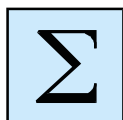
Již dříve byl v textu použit termín hraniční pásmo mentální retardace. Pokud k jeho vymezení použijeme hodnotu inteligenčního kvocientu, máme na mysli jedince s jeho hodnotou 85-70.

7.6 Obecné projevy mentální retardace

Mezi základní obecné projevy mentální retardace řadíme:

- zvýšenou závislost na rodičích a vychovatelích,
- infantilnost osobnosti
- konformnost ke skupině,
- nedostatky v osobní identifikaci, vývoji „já“,
- opožděný psychosexuální vývoj
- nerovnováhu výkonu a aspirace,
- poruchu interpersonálních skupinových vztahů,
- citovou vzrušivost,

- poruchami přizpůsobení se k sociálním a školním požadavkům,
- impulsivnost,
- zpomalenou chápavost,
- primitivnost a konkrétnost úsudků,
- poruchy pozornosti,
- sníženou úroveň logické a mechanické paměti,
- poruchy sensorické koordinace apod. (Kaleja, Hampl, 2013)



Shrnutí kapitoly

Psychopeide je disciplína speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců s mentální retardací, přičemž mentální retardací rozumíme vrozený či raně získaný úbytek intelektových schopností, který je zpříčiněn organickým poškozením centrální nervové soustavy. Vedle mentální retardace rozlišujeme také demenci, kterou někdy označujeme jako získanou mentální retardaci. V jejím případě dochází ke snížení intelektových schopností až po druhém roce věku jedince. Dále můžeme rozlišit sociálně podmíněnou mentální retardaci (zdánlivou mentální retardaci), jejíž příčiny jsou v sociálním prostředí jedince. Dle hodnoty inteligenčního kvocientu rozlišujeme několik stupňů mentální retardace, a to lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou.



Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte psychopedii jako speciálně pedagogickou disciplínu.
2. Jaké jsou nejčastější příčiny mentální retardace?
3. Uveďte základní rozdíl mezi mentální retardací, demencí a zdánlivou mentální retardací.
4. Charakterizujte obecné projevy mentální retardace.



Doporučená a citovaná literatura

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.

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

KALEJA, M., HAMPL, I. *Asistence žákům a studentům se speciálními vzdělávacími potřebami*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-292-0.

8 Nástin problematiky osob s poruchami chování a emocí



Cíl kapitoly

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

1. Definovat etopedii jako speciálně pedagogickou disciplínu.
2. Definovat poruchu chování a uvést základní klasifikaci.
3. Orientovat se v současné etopedické terminologii.
4. Orientovat se v nejčastějších příčinách poruch chování.



Klíčová slova

Etopedie, poruchy chování a emocí, poruchy chování



Čas na prostudování kapitoly

Na prostudování této kapitoly budete potřebovat asi 5 hodin.



Průvodce studiem

Žáci a studenti s poruchami chování se v důsledku patologického zázemí, nesprávné výchovy i individuálních osobnostních předpokladů objevují v našich běžných školách stále častěji. Je tedy nesmírně důležité, aby pedagogové na školách hlavního proudu této problematice porozuměli, orientovali se v ní a tak dokázali k této skupině žáků a studentů adekvátně přistupovat.

Skupina žáků a studentů s poruchami chování a emocí je velice heterogenní, zahrnuje širokou škálu projevů abnormálního a asociálního chování, včetně přidružených

emocionálních poruch, schizofrenních sklonů, deprese, úzkostných stavů, vzdorovitého a násilného chování (Janků, 2009).

Poruchou chování je vždy myšlena negativní a nežádoucí odchylka od tzv. „normálního“ chování (Janků, 2009). Je charakterizována opakujícím se trvalým obrazem disociálního, agresivního a vzdorovitého chování (WHO). Při jejím posuzování musíme vždy brát v potaz čtyři základní dimenze poruchového chování, a to frekvenci (častost výskytu), intenzitu (míru poruchy chování), délku trvání a jeho přiměřenost (Coleman, Weber, 2002).

Výchovou a vzděláváním žáků a studentů s poruchami chování a emocí se zabývá disciplína speciální pedagogiky – etopedie.

8.1 Klasifikace poruch chování

V současné době lze poruchy chování klasifikovat podle celé řady faktorů.

Za první klasifikační hledisko považujeme věk dítěte nebo mladistvého. Rozlišujeme poruchy chování, které jsou typické pro určité věkové období a poruchy chování vyskytující se více nebo všech věkových obdobích. Dle staršího pojetí rozlišujeme poruchy chování v období 6 – 15 let (tzv. dětská delikvence, popř. prekriminalita), v období 15 – 18 let (tzv. juvenilní delikvence, delikvence mladistvých) a po 18. roce života (tzv. kriminalita dospělých).

Dalším klasifikačním hlediskem je míra společenského narušení, kdy rozlišujeme poruchy chování disociální (např. nesprávné návyky), asociální (porušení morálky a etických pravidel společnosti) a antisociální (delikvence a trestné činy, porušení právních norem). Dělení poruch chování dle sociálního kritéria se však v dnešní době již neužívá.

Za tzv. oficiální můžeme považovat klasifikaci dle Světové zdravotnické organizace (WHO), která v rámci mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje poruchy chování z pohledu několika profesí (psychiatrie, psychologie) a bere v úvahu také řadu příčin a faktorů.

F.90 Hyperkinetické poruchy:

- porucha aktivity a pozornosti
- hyperkinetická porucha chování
- jiné hyperkinetické poruchy

F.91 Poruchy chování:

- nesocializovaná agresivní porucha chování
- nesocializovaná porucha chování
- porucha chování samotářského typu
- porucha chování skupinového typu
- porucha chování vázaná na vztahy k rodině
- socializovaná porucha chování
- skupinová delikvence
- krádež s partou
- opoziční vzdorovité chování
- poruchy chování nespecifikované
- poruchy chování jiné
- poklesky v souvislosti se členstvím v gangu

F.92 Smíšené poruchy chování a emocí:

- depresivní porucha chování
- poruchy chování spojená s emoční poruchou
- porucha chování spojená s neurotickou poruchou
- smíšené poruchy chování a emocí

F.93 Emoční poruchy:

- separační úzkostná porucha v dětství
- fobická anxiózní porucha v dětství

- sociální anxiozní porucha v dětství
- porucha sourozenecké rivality
- porucha identity
- dětská emoční porucha nespecifikovaná
- nadměrná úzkostná porucha

F.94 Poruchy sociálních funkcí:

- elektivní mutismus
- selektivní mutismus
- reaktivní poruchy přichylnosti dětí
- porucha desinhibovaných vztahů u dětí
- syndrom ústavního dítěte
- citově chladná psychopatie, atd.

(Janků, 2009)

8.2 Etiologie poruch chování

Faktory a příčiny vzniku poruch chování mají většinou multifaktoriální charakter, tzn. že se na vzniku poruchy chování nepodílí pouze jeden faktor, ale častěji kombinace několika vzájemně se doplňujících a ovlivňujících faktorů.

1. Osobnostní charakteristiky a genetické dispozice – fyziologické poruchy, vývojové vady, duševní odchylky v důsledku organického postižení CNS, nedostatky či nadbytky některých hormonů apod.
2. Oslabení nebo poruchy CNS, mentální retardace
3. Vlivy sociálního rodinného prostředí – anomální osobnost rodiče, neúplná či dysfunkční rodina, patologie v rodinném prostředí apod.
4. Subdeprivační a deprivační zkušenosti dítěte – poruchy komunikace mezi dítětem a rodičem, porucha socializace v raném dětství apod.

5. Subkultury a vrstevnické sociální prostředí – minoritní skupiny, které podporují nevhodné chování
6. Životní prostředí a jeho vlivy – rozdílné hodnocení a chování v odlišných kulturách, životní krize, ztráta smyslu života, zátěžové situace apod.

(Janků, 2009)

8.3 Systém ústavní péče u nás

Ústavní péče o jedince s poruchou chování je u nás zajišťována resortem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Mezi zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy patří diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy.

Jedinci jsou do těchto zařízení umísťováni vždy na základě rozhodnutí soudu o ústavní či ochranné výchově, či na základě předběžného opatření, popř. na základě žádosti osoby odpovědné za výchovu.

Ústavní péče je péče, která je nařízena jedinci do 18 let, pokud jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo pokud zákonní zástupci nejsou schopni výchovu zabezpečit.

8.4 Poradenský výchovně preventivní systém

Poradenskou péči včetně služeb souvisejících s prevencí poskytuje středisko výchovné péče. Smyslem těchto služeb je odstranění či alespoň zmírnění poruch chování či prevence vzniku závažnějších poruch.

Kromě výše uvedených středisek výchovné péče provádí preventivní, poradenskou činnost a reedukační péči ve školách školní metodik prevence, výchovný poradce, školní speciální pedagog a školní psycholog.

Poradenský systém doplňují také pedagogicko psychologické poradny, jejichž hlavním úkolem je diagnostika, odborné konzultace jedinci s poruchou chování, zákonným zástupcům a pedagogům.



Shrnutí kapitoly

Poruchou chování rozumíme nežádoucí a negativní chování, které se výrazně odlišuje od tzv. „normálního“ chování. Při jejím hodnocení musíme vždy brát v potaz dimenze, jako např. frekvenci, intenzitu, délku trvání a přiměřenost. V současné době se užívají různé klasifikace poruch chování, nejčastěji se pro jejich diferenciaci užívá věkové hledisko či klasifikace dle Světové zdravotnické organizace. Příčiny vzniku poruch chování je třeba pojímat vždy multifaktoriálně, významnou roli zde hrají osobnostní charakteristiky i vlivy sociálního prostředí. Systém péče je v České republice tvořen zařízeními pro výkon ústavní či ochranné výchovy (diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy) a školskými poradenskými zařízeními (pedagogicko psychologická poradna) a pracovišti (výchovný poradce, školní metodik prevence, školní speciální pedagog, školní psycholog). Významnou úlohu v reedukaci a prevenci má také středisko výchovné péče.



Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte etopedii jako speciálně pedagogickou disciplínu.
2. Definujte poruchu chování.
3. Klasifikujte poruchy chování dle věku.
4. Jaké jsou nejčastější příčiny vzniku poruch chování?
5. Definujte systém etopedické péče v ČR.



Doporučená a citovaná literatura

COLEMAN, M., C., WEBBER, J. *Emotional and behavioral disorders: Theory and practice*. Boston: Allyn and Bacon, 2002.

JANKŮ, K. *Dítě s poruchou chování a emocí*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-7368-764-9.

9 Nástin problematiky osob se specifickými poruchami učení a chování



Cíl kapitoly

Cílem této podkapitoly je uvést do problematiky specifických poruch učení a chování na základě soudobých poznatků z této oblasti.

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- Definovat specifické poruchy učení jako heterogenní skupinu poruch v oblasti kognitivních funkcí;
- charakterizovat systémový přístup v etiologii poruch učení;
- charakterizovat jednotlivé projevy poruch učení i v oblastech, které se učení zdánlivě netýkají;
- vyjmenovat jednotlivé typy specifických poruch tak, jak jsou zažité v pedagogické praxi.



Klíčová slova

Specifické poruchy učení, systémový přístup, deficity dílčích funkcí, zraková a sluchová percepce, fonemické uvědomování, prostorová, pravo-levé orientace, jemná a hrubá motorika, grafomotorika, vnímání a reprodukce rytmu, pozornost, tělové schéma, krátkodobá paměť, ADHD/ADD.



Čas na prostudování kapitoly

3 + 6 hodin (teorie + čas na přípravu otázek)

**Průvodce studiem**

Specifické poruchy učení jsou nejčastěji zastoupenou problematikou na školách. Byť se v mnohých západních zemích upouští od této klasifikace, v českém školství zůstává stále zakořeněno mnoho předsudků a mýtů o této „poruše“. Doporučuji proto věnovat zvýšenou pozornost této problematice, vyhledat si primární zdroje a prohloubit informace, kterých se v této kapitole jen letmo dotkneme.

Problematika specifických poruch učení (SPU) je v českém prostředí řešena již řadu let, přesto stále vyvolává otázky, někdy i stejného charakteru, jako na počátku péče o žáky se SPU, která se u nás datuje k počátku 2. pol. 20. stol., kdy se problematika s psychiatrických klinik přesunula do oblasti školství (byť segregovaného). V letech 1966/67 jsou otevřeny 1. dyslektické třídy při běžných školách. Od 70. let 20. stol. je jsou specifické poruchy učení chápány jako celoživotní záležitost, nevázanou pouze na školní věk a dovednosti, byť se nejmarkantněji demonstrují právě v této oblasti. Zároveň se na poruchy učení pohlíží jako na heterogenní skupinu obtíží, která se nedemonstruje pouze obtížemi v dekódování textu označované jako Dyslexie. V současné době se využívá nejčastěji specifická porucha učení (SPU), či specifická vývojová porucha učení (SVPU) a specifické poruchy chování (SPCH), či dohromady specifické poruchy učení a chování (SPUCH). Terminologie SPUCH má za sebou řadu změn, kterou ovlivnil tuzemský i zahraniční výzkum a také postupné sjednocování terminologií napříč obory a státy.

Stejně jako terminologie, také **etiologie** (příčiny SPU), doznala řadu změn v náhledech na ni. Dnes hovoříme (Zelinková, 2003, Pokorná, 2001, 2010, Bartoňová, 2006) o systémovém náhledu na etiologii SPU. Ta zahrnuje jak determinanty v oblasti prenatálních příčin (genetické vlivy s odchylkami ve funkci centrální nervové soustavy, lehká mozková postižení, resp. dysfunkce), tak i postnatální příčiny charakterizované nepříznivým vlivem rodinného prostředí a podmínek školního prostředí. Lehké mozkové postižení (dysfunkce, encefalopatie - LMD), zde chápeme jako drobné difúzní trvalé postižení mozku, vzniklé pre, peri či postnatálně v raném věku života, pro něž je

charakteristický nerovnoměrný vývoj, nevyrovnanost ústřední nervové soustavy a dalších projevů (psychomotorický neklid, pohybová neobratnost, nestabilita emocionálních prožitků, nedostatečné zvládnání volných procesů, deficity v kognitivní oblasti při zachování běžné rozumové úrovně). Pojem LMD byl časem pro účely SPCH nahrazen symptomatologicky lépe podchyceným mezioborovým názvem:

- ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders) – syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou
- ADD (Attention Deficit Disorders) – syndrom prosté poruchy pozornosti.

SPU bychom mohli charakterizovat jako 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 může projevit v různé formě a intenzitě. (Swierkoszová, 2008)

Tyto dysfunkce se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání.

Na základě obecných projevů jsou SPU definovány jako:

- **dyslexie** – porucha osvojování čtenářských dovedností
- **dysgrafie** – porucha osvojování psaní
- **dysortografie** – porucha pravopisu
- **dyskalkulie** – porucha matematických dovedností
- **dyspraxie** – porucha postihuje osvojování praktických dovedností
- **neverbální poruchy učení** – poruchy, které se odpoutávají od řečové oblasti a projevují se např. v obtížné prostorové orientaci, ve sníženém smyslu pro rytmus apod.

Tyto názvy, pojmy jsou pak chápány jako konečné diagnózy. Název pojmu vždy utváří předpona *dys*, která pochází z řečtiny a v podstatě znamená porušený, zeslabený, vadný, Defektologický slovník, 2000 pak uvádí negaci, zhoršení, poruchu.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) z roku 1992 užívá v souvislosti se specifickými poruchami učení termíny **Specifické vývojové poruchy školních dovedností** (Specifická porucha čtení, Specifická porucha psaní, Specifická porucha počítání, Smíšená porucha školních dovedností) a spolu se Specifickými vývojovými poruchami řeči a jazyka je řadí do **Poruch psychického vývoje F80 – F89**.

Při užívání terminologie, pokud jde o označení, či vymezení jedince s poruchou, je třeba mít na paměti právě jeho jedinečnost a důstojnost, tedy nepředkládat poruchu jako jeho jedinou vlastnost a charakteristiku. Užíváme tedy žák, či osoba se specifickými poruchami učení, nikoli dyslektický žák, dyslektická třída atp.

9.1 Charakteristika jednotlivých typů specifických poruch učení

Dyslexie je specifická porucha, projevující se neschopností naučit se číst běžnými výukovými metodami. Postihuje rychlost, správnost, techniku čtení a porozumění čtenému textu. Porucha rychlosti se projevuje tak, že dítě luští písmena a hláskuje, neúměrně dlouho slabikuje, nebo naopak čte zbrkle a domýšlí si slova. Nejčastějšími chybami jsou záměny tvarově podobných písmen (p-b-d), či zvukově podobných písmen (t-d), ale i zcela nepodobných. Ne všechny záměny písmen jsou však projevem poruchy, je třeba zachovat princip vývojovosti. Technika čtení může být narušena tzv. dvojím čtením (při výuce analyticko-syntetickou metodou). Dítě nejdříve čte slovo potichu po hláskách a potom je vysloví nahlas. V neposlední řadě, v důsledku již zmíněných obtíží, může dojít k problémům v oblasti porozumění textu. (srov. Bartoňová, 2006, Zelinková, 2003)

Dysgrafie je specifická porucha grafického projevu postihující celkovou úpravu písemného projevu a jeho čitelnost, osvojování jednotlivých písmen, napodobení tvaru, spojení hlásky s písmenem a řazení písmen. Písmo je příliš velké, malé, často obtížně čitelné, žák ve svém psaném projevu často škrta, přepisuje písmena. Tento projev je pak neupravený, kostrbatý. Při pozorování žáka můžeme zaregistrovat pomalé tempo psaní, výkon spojený s psáním je namáhavý, vyžaduje mnoho energie, vytrvalosti a času a často neodpovídá vynaloženému úsilí. (srov. Bartoňová, 2006, Zelinková, 2003)

Dysortografie je specifická porucha postihující pravopis a to ve dvou oblastech. Projevuje se zvýšeným počtem specifických dysortografických chyb a dále při osvojování gramatického učiva a aplikaci gramatických jevů. Mezi dysortografické jevy řadíme vynechávky, záměny tvarově podobných písmen v písemné podobě, inverze, zkomoleniny, chyby v oblasti rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek, rozlišování slabik dy-di, ty-ti, ny-ni, rozlišování sykavek a v neposlední řadě nedodržení hranice slov v písmu. Dysortografické poruchy jsou často spojovány s nedostatečně rozvinutým fonemickým uvědoměním a s poruchami v oblasti výslovnosti, grafomotoriky a dalšími. Důležité je rozdělit dysortografické chyby od pravopisných. Nesmí se ale zapomenout, že dítě může mít i další poruchy v oblasti dílčích funkcí, jako např. automatizace, pracovní paměť, vybavování nebo může mít jen snížený jazykový cit. Potom je výrazně ovlivněna i pravopisná stránka. (srov. Bartoňová, 2006, Zelinková, 2003)

U **dyskalkulie** jde o poruchu v oblasti matematických schopností, která postihuje manipulaci s čísly, číselné operace, matematické představy a geometrii. Dítě má obtíže při osvojování matematických pojmů, chápání a provádění operací. Dlouho setrvává na počítání pomocí prstů, početní úkony si osvojuje pouze na základě paměti. Jindy je porušena matematická logika a dítě nerozumí základním postupům. Pokud je přidružena grafomotorická porucha, dítě může mít velké problémy při rýsování v geometrii. (srov. Bartoňová, 2006, Zelinková, 2003)

Podle charakteru potíží člení Zelinková, dle J. Nováka tuto poruchu do několika typů:

Praktognostická dyskalkulie – označuje matematickou poruchu manipulace s konkrétními předměty nebo nakreslenými symboly, tedy tvoření skupin či řad předmětů, porovnávání počtu, dítě nedospívá k pojmu číslo. Objevuje se i porucha prostorového faktoru matematických schopností, dítě selhává při obkreslování figur, při kreslení a psaní.

Verbální dyskalkulie – vyznačuje obtíže při označování množství a počtu operačních znaků a matematických úkonů. Zde spadá i problém ve vyjmenovávání řady číslovek vzestupně i sestupně, jmenování sudých, lichých číslovek.

Lexická dyskalkulie – se projevuje neschopností číst matematické symboly (číslice, čísla, operační symboly). Objevují se záměny tvarově podobných čísel (3-8, 6-9), římských číslic (IV-VI), záměny čísel (12-21), čtení pouze číslic, nikoli celého čísla (439 – 4,3,9). Problémy nastávají i ve zlomcích a desetinných číslech. Příčiny jsou v oblasti zrakového vnímání, orientace v prostoru, obzvláště v pravolevé orientaci.

Grafická dyskalkulie – označuje neschopnost psát matematické znaky bez narušení motoriky. Jedinec má problémy psát číslice formou diktátu či přepisu, v lehčích případech jen ve vícemístných číslech. Píše je v opačném pořadí, nepřiměřeně velké a také zapomíná napsat nulu. Písemný projev je neúhledný, často žák neumísťuje jednotky pod jednotky atd. V geometrii se objevuje problém při rýsování v důsledku často porušené pravolevé orientace.

Operační dyskalkulie – se projevuje narušenou schopností provádět základní matematické operace, nebo jejich zaměňováním. Záměny se mohou projevit i v desítkách a jednotkách, v čitatelích a jmenovatelích. Časté jsou obtíže s osvojením násobilky, dítě si počítá na prstech, u snadných příkladů používá písemný projev místo paměti. Problémy s matematickou pamětí se projeví i při kombinovaných úlohách, kde není schopno udržet dílčí výsledky.

Ideagnostická dyskalkulie – vyznačuje poruchu v oblasti pojmové činnosti, tedy v chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi. Za nejtěžší poruchu je považována neschopnost počítání po jedné od daného čísla z hlavy. Dítě nechápe číslo jako pojem. Dokáže napsat č. 5, ale neuvědomuje si, že je to totéž jako 6-1, 3+2 atd. Nejlehčí stupeň se projevuje v oblasti chápání vztahů matematických řad, nepochopí vztahy mezi čísly a neurčí číslo následující (1,3,5,7...). Objevují se i problémy při řešení slovních úloh, kdy neumí převést slovní zadání do matematického zápisu.

(srov. Bartoňová, 2006, Zelinková, 2003)

Z další SPU se také literatura zmiňuje o **dyspinixii**, což je specifická porucha kreslení, charakteristická nízkou úrovní kresebného projevu. Dítě má problémy s převedením představy na dvojrozměrný papír, má potíže s pochopením perspektivy. S tužkou zachází neobratně a tvrdě, chápáno v symptomatologii specifických poruch učení,

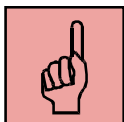
nikoli jako neobratnost v kresebném projevu v důsledku málo podnětného prostředí či slabší motivace pro projev prostřednictvím kresby. (Bartoňová, 2006)

Dále **dysmúzie**, specifická porucha postihující schopnost vnímání a reprodukce hudby. Projevuje se obtížemi v rozlišování tónů, dítě má problémy zapamatovat si melodii, nerozlišuje a není schopno reprodukovat rytmus. Potíže se čtením a zápisem not pak spíše souvisejí s dyslektickými (notová dyslexie – pojem, který české veřejnosti představila Dr. Swierkoszová) a dysgrafickými obtížemi. (Bartoňová, 2006)

A v neposlední řadě často opomíjená **dyspraxie**, jako specifická porucha obratnosti, porucha praktických činností, plánování a provádění volných cílených pohybů na úrovni korových procesů za přítomnosti normálních reflexů, síly, koordinace i svalového napětí. Může se projevit jak v běžných denních činnostech, tak ve vyučování. Děti jsou pomalé, nešikovné, neupravené, výsledky činností jsou nevzhledné. Osvojování pohybu je ztíženo, zejm. u sekvenčních činností (srov. Bartoňová, 2006) Obtíže se mohou dle Zelinkové (2003) projevit i v řeči, jako tzv. artikulační dyspraxie.

Vzdělávání žáků se SPUCH je už běžnou součástí snad každé základní a možná i střední školy, vč. škol vysokých. Vzdelávání u těžších podob probíhá zejm. formou individuální integrace, za dodržování podpůrných opatření. Žáci i učitelé postupují na základě vypracovaného individuálního vzdělávacího plánu, který respektuje nejen jisté úpravy např. v ověřování učiva (doplňování, místo opisu celých vět), respektování individuálního tempa, kopírováním zápisků, ale také intervenční-reedukační program rozvoje oslabených funkcí žáka a rozvoje učebních strategií. Nabídnout „úlevy“ a nepracovat s žákem je snadné, ale neefektivní pro rozvoj jeho učebního potenciálu, včetně vlivu na sebehodnocení v důsledku neschopnosti zvládat takové triviální věci, jako jsou společností hodnocené funkční čtení, psaní a počítání. Důležité je také pracovat s osobností žáka, jehož často přidružený neúspěch může limitovat ve svém psychosociálním vývoji. Zápotočná (in Lechta, 2010) uvádí, ve světle zejm. Vygostkého teorií, jako neefektivnější práci s žáky s SPU v podmínkách **kooperativního vyučování**. Předpokládá se, že...*při kooperativním učení je facilitováno a maximalizováno učení*

všech zúčastněných žáků....procesy přítomné při edukaci tak...podporují nejen rozvoj akademických schopností, ale i široké škály sociálních dovedností, mimořádně důležitých komunikačních kompetencí, včetně formování přátelských sociálních vztahů a vzájemné tolerance. (Zápotočná in Lechta, 2010, str. 309)



Pojmy k zapamatování

Specifická porucha učení a chování, dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD/ADD.



Část pro zájemce

Na základě studia odborné literatury zkuste definovat projevy SPU v předškolním věku, kde hovoříme tzv. o rizicích SPU.



Shrnutí kapitoly

V kapitole o specifických poruchách učení jsme si přiblížili tuto oblast z hlediska běžné praxe škol.

Definovali jsme si co je to porucha učení, jaké jsou její typy a její nejčastější projevy.



Kontrolní otázky a úkoly:

1. Vysvětlí a definuj specifické poruchy učení.
2. Popište etiologii a nejčastěji užívanou terminologii v oblasti SPU.
3. Vyjmenujte a stručně charakterizujte jednotlivé typy SPU s ohledem na projevy ve vzdělávání.



Otázky k zamyšlení:

1. Zamyslete se nad tradiční koncepcí výuky (frontální výuka, samostatná práce – ústně zadaná, „kdo přinese první, dostane jedničku“ apod.), zkuste zhodnotit slabá místa ve vzdělávání žáků s SPUCH v takovém prostředí.
2. Zamyslete se nad kompetencemi učitele ve vztahu k žákům se SPUCH.



Citovaná a doporučená literatura

- BARTOŇOVÁ, M. Specifické poruchy učení. In Pipeková, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- EDELSBERGER, L. a kol. Defektologický slovník. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- LECHTA, V. a kol. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
- POKORNÁ, V. Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.
- SWIERKOSZOVÁ, J. *Sdecitické boruchy umečí* (Specifické poruchy učení) Ostrava: Pdf OU, 2008. ISBN 80-7368-042-4.
- ZELINKOVÁ, O. Poruchy učení: Specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7

10 Nástin problematiky osob s mimořádným nadáním



Cíl kapitoly

Cílem kapitoly o problematice jedinců s mimořádným nadáním je zprostředkovat specifika nadání, jako speciální kategorie vzdělávacích potřeb, jež tyto jedince, resp. téma nadání oprávněně zařazuje do záběru speciální pedagogiky.

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- Definovat nadání podle užitých modelů a orientovat se v užitých pojmech;
- definovat základní charakteristiku nadaných jedinců;
- orientovat se v typologii nadaných jedinců.



Klíčová slova

Nadání, mimořádné nadání, vícečetná inteligence, charakteristika nadaných, typologie nadaných, akcelerace, obohacování



Čas na prostudování kapitoly

3 + 6 (teorie + čas na vypracování úkolů)



Průvodce studiem

Výzkum v oblasti nadaných jedinců má více jak stoletou tradici. Většinová společnost si pod nadaným, mimořádně nadaným a talentovaným představí osobu vynikající v nějaké určité dovednosti či kompetenci. Terminologie je nesourodá i v odborné veřejnosti, stejně jako za ní často chybí pochopení dalších specifik, zejm. s přesahem do vzdělávacích potřeb. Náplň tohoto textu si klade za cíl objasnit výše zmíněné.

Problematice vzdělávání nadaných se v českém prostředí začala pedagogická veřejnost a další odborníci více věnovat v 60. – 70. letech minulého století. Vznikaly matematické třídy, třídy s rozšířenou výukou přírodovědných předmětů, jazykové školy, sportovní třídy či školy, konzervatoře a začal se také formovat paralelní vzdělávací systém v oblastech umění (dnes základní umělecké školství). Otázka vzdělávání nadaných však nebyla řešena legislativně. Žákům s vysokým nadáním, kteří nebyly proseti na základě jasné typologie, se nedostávalo vhodné pedagogické intervence a často tak byl jeho talent utlumen nebo dále nerozvíjen.

Specifikum ve vzdělávání je v současnosti zakotveno ve školském zákoně a dále řešeno vyhláškou č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a o vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb. Identifikovaní nadaní žáci se mohou vzdělávat na základě individuální integrace, dle IVP, či ve třídách, nebo školách zřízených samostatně pro tyto žáky. Obě varianty, jak integrovaná, tak segregovaná mají své zastánce i odpůrce. Vždy je nutné přihlídnout ke specifikům daného jedince v celé jeho sociální komplexnosti. Legislativa pracuje s pojmem mimořádně nadaný žák, v literatuře však můžeme nalézt různá označení.

10.1 Vymezení pojmu nadání

Nadání je na základě nejnovějších výzkumů chápáno jako geneticky podmíněné, přičemž k jeho realizaci je zapotřebí vhodného podpůrného prostředí. (Lazníbatová, Ostatníková in Lechta, 2010) Autorky uvádějí také procentuální zastoupení, na základě klasické typologie dle Gaussovy křivky, a to 1-3% v populaci. Definováním nadání se zabývá mnoho autorů, nejznámějším a nejužívanějším modelem je model Renzulliho (in Kovářová, Klugová, 2010). Ten počítá s nadáním, jako s průnikem množiny zastoupené tvořivostí, nadprůměrných schopností a motivace. Tento model rozšířil Mönks (2002), kdy **motivaci**, tvořivost – **kreativitu** a nadprůměrné schopnosti – **vysokou intelektuální schopnost** zasadil do sociálního prostředí (trojlístek **škola-rodina-přátelé**), jež předchází zmíněné faktory podporuje a rozvíjí. V opačném případě se nemusí optimálně rozvinout a proto o vysokém nadání hovoříme tehdy, když všech

šest faktorů do sebe zapadá. Tento model však nepočítá s tzv. potenciálním, tzn. zatím neprokázaným, nadáním. Ucelená definice, která charakterizuje nadání z pedagogického hlediska je tzv. Marlandova (Jurášková in Kovářová, Klugová, 2010). Ta pojednává o nadaných dětech, jako o identifikovaných kvalifikovaným personálem a které jsou díky výjimečnému potenciálu schopny dosáhnout vysokých výkonů. Tyto děti pak potřebují k realizaci přínosu pro společnost podmínky pro rozvoj, které jim běžná škola neposkytne.

Nadání se může projevit ve čtyřech různých oblastech:

1. v oblasti duševních schopností a intelektuálních výkonů;
2. v oblasti tvořivosti a produktivnosti;
3. v oblasti umění, ve výtvarných a hudebních uměních;
4. v sociální oblasti, přičemž nese charakter vůdcovské kvality.

Mönks (2002)

V současné době se při identifikaci nadaných jedinců stále využívá, a v legislativním pojetí je zastoupeno, testovací baterie zaměřená na zjišťování skóre IQ. Mimořádně nadaný jedinec, ve smyslu školské legislativy, je žák, jehož IQ se pohybuje v pásmu 130 a výše. Tento jedinec má také právo na speciální přístup ve vzdělávání. Z hlediska rozvoje problematiky pedagogiky nadaných a také s pedagogickou praxí se ukazuje, že byt se zlepšuje identifikace (nominace na úrovni pedagogických pracovníků), i díky systematickému proškolení, identifikační proces může ztroskotat na nastavených diagnostických kritériích. V poslední době, se změnilo chápání inteligence, za což hlavní zásluhu nese Gardner (autor teorie mnohočetné – mnohonásobné inteligence), jež integroval do své teorie i ty druhy nadání, jež bývají tradičním pojetím vyčleněny mimo kognitivní sféru. Gardnerovo pojetí inteligence je rozčleněno do sedmi kategorií in Kovářová (2007):

- **Jazyková (lingvistická inteligence)** se projevuje schopností myslet ve slovech, používat jazyk na vyjádření a hodnocení složitých významů.

- **Logicko-matematická inteligence** vyjadřuje schopnost počítat a kvantifikovat, uvažovat o předpokladech a hypotézách, vykonávat složité matematické operace.
- **Hudební inteligence** je vyjádřena v schopnosti diskriminace výšky tónů, rytmu, zabarvení hlasu, schopnost vyjádřit myšlenky a emoce prostřednictvím hudby.
- **Prostorová inteligence** definuje schopnost interpretovat informace ve dvou – třech dimenzích.
- **Tělesně-pohybová inteligence** se projevuje schopností pohybové koordinace a interpretace jazyka těla.
- **Interpersonální inteligence** se projevuje ve schopnosti efektivního sociálního chování, pochopení ostatních lidí a porozumění jim.
- **Intrapersonální inteligence** se definuje jako pochopení sebe sama, uvědomění si vlastních potřeb či slabých i silných stránek.

V úvahách Gardnera je ještě inteligence přírodní, či duchovní. Sám tak přiznává, že výčet není vyčerpáný. (Kovářová, Klugová, 2010)

10.2 Charakteristické projevy nadaného žáka

Každé nadané dítě je jiné, své, zvláštní, jistým způsobem jedinečné. Přestože mají různorodou úroveň schopností, výkonu a chování tvoří charakteristickou skupinu. Laznibatová (in Lechta, 2010) uvádí tyto znaky:

- velkou životní energii;
- silné ego (já), silnou osobnost;
- silnou potřebu získávání informací, velkou zvědavost;
- originalitu myšlení;
- silnou motivaci, zaměřenost a cíl;
- vysokou angažovanost;
- velkou cílevědomost;

- výraznou nekonformitu, suverenitu, sebevědomí.

Ve školním prostředí se tyto znaky pak mohou demonstrovat v kognitivní oblasti (oblasti intelektových charakteristik, tvořivosti a paměti), nekognitivní oblasti (emocionalita, motivace a sociální charakteristika) a v oblasti charakteristiky učení. Kovářová, Klugová, 2010 uvádějí tyto charakteristiky na základě srovnání interpretace těchto oblastí různých autorů (Lazníbatová, Jurášková, Hříbková).

Intelektové charakteristiky:

- Preference samostatného získávání informací za použití různých zdrojů (zejm. encyklopedie a moderní technologie);
- schopnost rozpoznat vztahy mezi jevy, zvýšený zájem o vztahy mezi příčinou a následkem;
- identifikace nesrovnalostí;
- schopnost pohotového a správného zobecňování;
- rozvinuté kritické myšlení;
- vysoce vyvinutý slovník, dobrá orientace v abstraktních výrazech;
- nabízení vlastních kritérií při hodnocení výsledků;
- schopnost delší koncentrace pozornosti (zejm. v oblastech zájmu);
- malá unavitelnost při duševní činnosti;
- zájem o náročná témata v oblastech jako je filozofie, náboženství, etika.

Tvořivé charakteristiky:

- Intelektuální hravost, snadno rozvinou fantazii a imaginaci;
- množství originálních nápadů;
- expresivnost ve vyjadřování;
- flexibilita v myšlení, schopnost nabízet originální řešení úkolů;
- nekonvenční uvažování;

- ochota riskovat.

V oblasti **paměti**, je typická výborná dlouhodobá paměť, vynikající pozorovací schopnosti se smyslem pro drobný detail, se zaměřením na jevy, které je zaujaly.

V **motivaci** se objevuje převaha vnitřní nad vnější, která je zaměřena k cíli. Ovlivňuje chování a jednání nadaného žáka, značí se vytrvalostí zejm. v oblasti zájmu.

V **emocionální oblasti** jsou vyvrálejší než jejich vrstevníci, vyžadují však větší emocionální podporu a přijetí. Citlivě reagují na jakoukoli kritiku, vysoce je rozvinuto estetické cítění.

Sociální oblast zdá se, představuje pro nadané jistá rizika. Vzhledem k potenciálu a specifickým zájmům si obtížněji hledají kamarády mezi vrstevníky. Často mývají extrémní postavení ve skupině, což může vyústit v neoblíbenost, ostrakizaci až k šikaně.

V **oblasti učení** můžeme říci, že nadaní jedinci se učí mnohem rychleji a snáze, než jeho vrstevníci. Preferují individuální práci před skupinovou, také při vyhledávání informací a orientaci v nich raději provádí sami. Typickým znakem je přesah znalostí v oboru zájmů nad rámec rozsahu a hloubky učiva. K učení využívají experimenty, problém se snaží strukturovat. Úkol musí být perfektně proveden s jejich představou, není zde místo pro chybičky. Charakteristickým znakem není odpovídání na otázky, ale jejich kladení, polemika s vyřčeným a daným řešením (i v interakci s učitelem).

Výčet daných charakteristik vydefinoval typický obraz nadaného žáka. V pedagogické praxi to však bývá složitější.

10.3 Typologie nadaných žáků

Ne všichni nadaní žáci jsou ve škole úspěšní. Jak již bylo uvedeno v modelu Mönkse, obrovskou roli v rozvoji nadání v plném rozsahu hraje roli hodně proměnných (škola, rodina atp.). Zde jen několik zástupců.

Nadané dítě s určitou vývojovou poruchou či postižením

Nejčastěji se uvádí specifická porucha učení, ADHD či Apergerův syndrom. Žák, ač je nadaný, nevykazuje výsledky nadaného, ba naopak. Porucha či postižení zastiňuje jeho

latentní nadání. Jedinec má často snížené sebevědomí, je hodnocen jako průměrný. Rozkol mezi dovednostmi a realitou, jak je spatřován, často vede k sekundárním psychickým problémům, které se mohou demonstrovat ve škole jako poruchy chování. Není výjimkou, že s diagnostikou postižení, je zároveň diagnostikováno nadání navzdory mínění sociálního okolí. V tomto případě hovoříme o tzv. *dvojí výjimečnosti*. Častěji se stává, že odhaleno není ani nadání ani např. porucha učení, jako skrytý handicap.

Ztroskotané, odpadlé nadané dítě

Žák je neustále v opozici, protestuje vůči autoritám, celé společnosti. Má snížené sebevědomí, které je podpořené pocitem, že mu nikdo nerozumí. S žákem je obtížná komunikace, je těžké ho získat pro jakoukoli školní činnost. Výkony jsou nevyrovnané, až průměrné či podprůměrné. Často se tak stává v důsledku podceněné identifikace, snaze zaškatulkovat dítě mezi ostatní vrstevníky, nepodpořením jeho individuálních potřeb.

Nadané dítě maskující své schopnosti

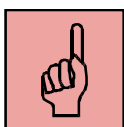
Pro takové dítě je velice důležité sociální přijetí vrstevníky, velice aktivně maskuje svou jinakost, snaží se o „splynutí s davem“ za každou cenu. Takovéto chování může být reakce na nepřiměřenou reakci dospělých osob v okolí dítěte (zejm. učitelů).

(srov. Kovářová, Klugová, 2010)

Pro efektivní práci s žáky s mimořádným nadáním se dle Laznibaotvé, Ostatníkové (in Lechta, 2010) osvědčily metody experimentování, zařazování zejm. problémových a kreativních úkolů, používání nejednoznačných zadání, úkolů na přemýšlení a také úkolů s více krokovými operacemi s náročnějšími postupy řešení. Užitečné jsou také metody respektující samostatnou práci s přesahem do domácího prostředí (např. projekty).

V edukaci žáků se pak nejčastěji užívá tzv. **obohacování** (enrichment) a **akcelerace** (acceleration) učiva. Obohacováním chápeme jako rozšíření znalostí, pochopení, zájmů

a dovedností za hranici běžného kurikula (např. exkurze, zapojení do soutěží, odpolední vzdělávací kluby, možnost setkat se s odborníky přímo ve výuce, využívání technologií apod.). Akcelerací se míní urychlení školního procesu, na úrovni učiva (rychlejší zvládnutí látky), na úrovni předmětu (docházení na předmět do specializované třídy jinam, např. ze základní na střední školu, studium s odborníkem – mentorem, studium v oddělených skupinách určených pro dané typy žáků a studentů apod.) na úrovni školy (předčasný vstup do vzdělávání, nebo také zvládnutí více ročníků v jednom).



Pojmy k zapamatování

Mimořádné nadání, model nadání, vícečetná inteligence, akcelerace, obohacování.



Shrnutí kapitoly

V kapitole představující mimořádně nadané jedince jsme si definovali pojem nadání jako průnik motivace-kreativity-inteligence a zasadili do konceptu rodina-škola-přátelé.

Představili jsme si charakteristické projevy nadaných jedinců, zejm. s ohledem na školní prostředí a výuku.

Charakterizovali jsme si některé typy nadaných, které jsou obtížněji identifikovatelné, které nezapadají do standardních měřítek (jako dítě s dvojitou výjimečností, jedinec skrývající svoje nadání, nadaný „ztroskotanec, odpadlík“)



Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte nadání, využijte k tomu jak definici, tak využívané modely.
2. Definujte nadaného jedince dle diagnostických měřítek.
3. Popište základní charakteristiku mimořádně nadaných žáků.
4. Zodpovězte, jaké nejčastější metody se využívají ve výuce mimořádně nadaných žáků.



Úkoly k textu

1. Zkuste si vydefinovat kompetence, které by měl mít učitel nadaného žáka.
2. Dejte do souvislosti vaši představu s dostupnou literaturou.
3. Vyhledejte organizace zabývající se mimořádně nadanými dětmi.



Otázky k zamyšlení:

1. Zkuste popřemýšlet o pregraduální přípravě učitelů. Měla by problematika vzdělávání nadaných žáků být součástí jejich pedagogické přípravy a proč?
2. Vyhledejte ve svém okolí nabídku volnočasových aktivit a analyzujte si ji ve vztahu k nadaným dětem. Je dostatečná vzhledem k procentuálnímu zastoupení nadaných jedinců?



Citovaná a doporučená literatura

- KOVÁŘOVÁ, R. *Nadané dítě na základní škole*. Ostrava: Pdf OU, 2007.
- KOVÁŘOVÁ, R., KLUGOVÁ, I. *Edukace nadaných dětí a žáků*. Ostrava: Pdf OU, 2010. ISBN 978-80-7368-430-3.
- LECHTA, V. a kol. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Protál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
- MÖNKES, J. F., YPENBURG, I. H. *Nadané dítě*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0445-5.

11 Nástin problematiky osob s kombinovaným postižením



Cíl kapitoly

Cílem této kapitoly je uvést do problematiky vícenásobného (kombinovaného) postižení, tak jak je chápeme pro účely edukace.

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- Vymežit kategorii vícenásobného (kombinovaného) postižení;
- definovat jednotlivé skupiny tak, jak je chápeme pro účely školství;
- charakterizovat poruchy autistického spektra;
- charakterizovat duální senzorní postižení.



Klíčová slova

Kombinované vady, mentální postižení, poruchy autistického spektra, aspergerův syndrom, hluchoslepota.



Čas na prostudování kapitoly

3 + 6 hod (teorie + čas na vypracování úkolů)



Průvodce studiem

Kombinované postižení pro svůj rozsáhlý záběr rozdělíme do tří skupin, které postupně představíme. Cílem této studijní opory je uvést nástin problematiky, nikoli vyčerpat veškeré možné informace, proto doporučuji, zejm. v části poruchy autistického spektra k rozšíření o samostudium (viz. kontrolní otázky a úkoly).

Za postiženého více vadami je považován dítě/žák postižený současně dvěma na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, přičemž každé by je vzhledem k hloubce a závažnosti důsledků opravňovalo k zařazení do typu školy, který odpovídá jejich nejzávažnějšímu druhu postižení. Jde tedy o postižení několika vadami současně, avšak tyto vady spolu příčinně nesouvisejí, další vada tak nevznikla druhotně jako důsledek vady primární. Vzniká tak synergicky nové postižení, které musíme zkoumat jako nový celek, nesoucí diametrálně odlišnou kvalitu. (srov. Vítková 2004)

Pro speciálně pedagogickou praxi tak nese kombinované postižení sjednocující termín. Pro účely edukace dále rozlišujeme tři základní skupiny:

1. Skupina v níž je společným determinujícím faktorem **mentální retardace**. Ta je zde chápána jako determinující a dominující faktor.
2. Druhou skupinu tvoří **kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči**, kde specifickou skupinu tvoří osoby hluchoslepé (taktéž s duálním sensorickým postižením).
3. Třetí skupina je tvořena dětmi/žáky s diagnózou autismus a autistickými rysy. Dnes se více používá termín **děti/žáci s poruchou autistického spektra**.

Pro účely vzdělávání jsou tito žáci chápáni jako **žáci s těžkým zdravotním postižením** jež vymezuje prováděcí vyhláška 73/2005 Sb. ve znění vyhlášky 147/2011 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, jako 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.

11.1 Uvedení do problematiky kombinovaného postižení

Odhlédneme-li od problematiky osob druhé a třetí skupiny, zaměříme se na skupinu jedinců s velice často těžkým mentálním postižením a postižením tělesným. Těžké postižení je chápáno jako komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho

prožitkových sférách a výrazových možnostech. Jedná se o poškození centrálních funkcí, které podstatně narušují koordinaci centrálních systémů, které řídí a realizují vnímání, pohyb a jejich zpracování. (Vítková, 2004) Život jedince je také spjat s častými přidruženými chorobami cest dýchacích, trávicího ústrojí, vylučovacího atp. Přítomna jsou také záchvatovitá onemocnění a progresivní tělesné změny. Uspokojování základních potřeb je na jednu stranu postižením umocňováno, na druhou stranu jim postižení brání v jejich přiměřenému uspokojení. Dle Vítkové, 2004 existují zvláštní potřeby osob s těžkým postižením pro vlastní rozvoj a interakci s jinými lidmi. Mezi ně řadí tělesnou blízkost, pro získání zkušenosti, potřeba pedagoga/terapeuta jako zprostředkovatele prostředí co nejjednodušším způsobem, potřeba změny polohy a umožnění pohybu, potřeba jakéhokoli pečovatele, se kterým si rozumí i přes absenci řeči.

V praxi tak edukace, ale také sociální péče probíhá prostřednictvím uspokojování těchto potřeb. To se může dít, díky, dnes už ve speciální pedagogice odborně i metodologicky upevněných, využívání terapií, terapeutických postupů a technik.

Mezi hlavní terapeutické metody využívané v edukaci osob s kombinovaným, ale také mentálním i tělesným postižením, či jiným postižením, řadíme arteterapii, muzikoterapii, animoterapii, ergoterapii, dramaterapii (u osob s těžkými vadami potom specifickou oblast dramaterapie, terapie loutkou). V animoterapii se využívá zejm. pes a to na polohování a tím zprostředkování hranice vlastního těla, v muzikoterapii jsou často využívány vibrační a rytmické nástroje pro zprostředkování propriocepce.

Poslední dobou se častěji dostávají do popředí terapeutické přístupy a metody, které pracují s jedincem holisticky a preferují tělesnou zkušenost, jako koncept bazální stimulace, koncept prenatálních místností a psychomotorika, či facilitační a rehabilitačně masážní metody, jako Orofaciální regulační terapie, Vojtova metoda, Bobathův koncept a Pöeteho metoda. Zvláštní postavení ve speciální pedagogice má metoda Snoezelen. Rozumíme tím uspořádané prostředí, které je záměrně a uměle naplánováno a vytvořeno, s ohledy na cílené účinky, jako multismyslová místnost stimulující vizuální percepci, sluchovou percepci, haptiku a propriocepci, čich a chuť. (Janků, 2010). Nejde o prostředí samo o sobě, ale o cílené aktivity terapeuta s klientem

v tomto maximálně vjemově zatíženém prostředí vedoucí klienta ke zkušenosti prostřednictvím zážitku.

11.2 Uvedení do problematiky duálního senzorického postižení

Duální senzorické postižení (hluchoslepota) je jedinečné postižení dané různým stupněm souběžného poškození zraku a sluchu. Jako takové způsobuje potíže především v komunikaci, prostorové orientaci a samostatného pohybu, sebeobsluze a přístupu k informacím. Znesnadňuje plnohodnotné zapojení do společnosti a vyžaduje zajištění odborných služeb, kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí. (Hlaváčková a kol., 2007)

Jelikož je hluchoslepota spjata s absencí či omezením v oblasti auditivních a vizuálních vjemech může představovat hlubokou komunikační bariéru, velký informační deficit a tím ovlivňovat osobnost jedince. Jak uvádí Hampl, Kaleja 2011, hluchoslepota však nemusí znamenat kombinaci úplné ztráty zraku a sluchu, musí však naplňovat nemožnost automaticky využívat služby určené pro osoby se sluchovým nebo zrakovým postižením.

Klasifikovat hluchoslepu jde ze dvou hledisek. První hledisko se zaměřuje na dobu vzniku tohoto postižení.

- Osoby se současným postižením zraku a sluchu od narození;
- osoby s postižením sluchu od narození a získanou zrakovou vadou;
- osoby s postižením zraku od narození a získanou sluchovou vadou;
- osoby se získanou sluchovou i zrakovou vadou. (Souralová, Horáková, 2008)

Druhé hledisko potom respektuje stupeň duálního postižení.

- Osoby se zbytky zraku a sluchu (slabozrací nedoslýchavý);
- osoby se zbytky sluchu s totální či praktickou slepotou (nedoslýchavý nevidomý);
- osoby se zbytky zraku s totální či praktickou hluchotou (slabozraký neslyšící);
- osoby s minimálními zbytky zraku a sluchu (prakticky hluchoslepý);

- osoby totálně nevidomé a neslyšící (totálně hluchoslepý).

(Hlaváčková a kol., 2007, srov. Souralová, Horáková, 2008)

Hlavními determinanty v edukačním procesu se tak stává míra postižení obou smyslů. U jedinců, jejichž postižení zraku a sluchu nedosahuje úplné ztráty se využívají jejich zbytky. V ostatních případech se preferuje cesta kompenzace, tedy komunikace a edukace prostřednictvím ostatních smyslů, zejm. hmatu (taktilní znakový jazyk, daktylotika do dlaně, braillovo písmo, tiskací písmena psaná do dlaně, lormova abeceda apod., více v Zákoně č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob). Využívají se ale také vnímání vibrací, čichové a chuťové vjemy, vnímání průběhu pohybu. Vzhledem ke specifičnosti daného postižení je třeba mít při kontaktu s jedinci s duálním postižením na paměti, že se mohou projevat zvláštnosti v oblasti percepce, interakce s okolím, specifičnost v oblasti psychomotorického vývoje, absence iniciativy nebo naopak touhy po nových poznatcích, neadekvátní reakce na běžné podněty, oslabená motivace apod. (Hampl, Kaleja, 2011)

Hlaváčková, 2007 uvádí desatero soužití s lidmi s duálním postižením zraku a sluchu:

1. Osoby s hluchoslepotou mají různé povahové rysy, přednosti a nedostatky jako každá jiná osoba bez postižení.
2. Při setkání s hluchoslepým se vyvarujte silných projevů soucitu nebo naopak poznámek, které osobu podceňují nebo zpochybňují jeho schopnosti.
3. K hluchoslepému nepřistupujte náhle a zbrkle.
4. Než začnete, hovořit upozorněte hluchoslepého na svoji přítomnost dotykem na paži nebo oslovením.
5. Při komunikaci dbejte vždy na co nejtišší a nejméně hlučné prostředí.
6. Pokud komunikujete mluveným slovem, vyslovujte pomalu a zřetelně, nezvyšujte hlas. Nelze-li se dorozumět verbálně, pište tiskací písmena do dlaně.
7. Jestliže slyší hluchoslepá osoba pouze na jedno ucho, mluvte z té strany, kde je sluch zachován.

8. Během hovoru se nevzdalujte ani neotáčejte.
9. Účastní-li se vaší konverzace průvodce hluchoslepého nebo jeho rodinný příslušník, jedněte i přesto přímo s hluchoslepou osobou.
10. Při konverzaci ve skupině je třeba sdělit hluchoslepému téma rozhovoru a průběžně ho informovat.

Shrnutí podkapitoly:

Duální sensorické postižení je definováno jako souběžné postižení zraku a sluchu různé závažnosti, musí však být spojeno s nemožností využívat služby pro zrakově či sluchově postižené. V edukaci a při komunikaci je třeba dodržovat určité zásady, zejm. pak respektovat komunikační systém, který si svobodně zvolil.

11.3 Úvod do problematiky poruch autistického spektra

Poruchy autistického spektra (PAS) řadíme do tzv. pervazivních vývojových poruch. Thorová, 2006 uvádí, že slovo pervazivní, tedy všepřonikající znamená narušení vývoje dítěte do hloubky v mnoha směrech a patří tak k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. V důsledku závažného postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení (fantazii), dochází k tomu, že dítě nedokáže vyhodnocovat informace stejně, jako jeho nepostižení vrstevníci stejné mentální úrovně. Vnímá, prožívá a tudíž se i chová jinak. Klasifikace Světové organizace (MKN 2006) řadí pervazivní vývojové poruchy pod poruchy psychického vývoje a charakterizuje je *„kvalitativním porušením reciproční a sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností, kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.“*

Pervazivní vývojové poruchy jsou často zaměňovány s mentální retardací a i když v mnoha případech může být mentální retardace přítomna, diagnostikujeme je bez ohledu na přítomnost dalších přidružených poruch a nemocí. Např. u Aspergerova syndromu je inteligence normální, nebo až nadprůměrná.

V současné době se pro poruchy autistického spektra využívá, spíše než definice, popis symptomů, který je zároveň i diagnostickým kritériem.

Triáda problémových oblastí (Šedibová, Vladová in Lechta 2010):

1. Kvalitativní narušení reciproční sociální interakce;
2. kvalitativní narušení komunikační schopnosti;
3. omezené, repetitivní a stereotypní vzorce chování.

Kvalitativní narušení reciproční sociální interakce se např. projevují v obtížnosti navázat přiměřený kontakt s jinými osobami a běžným způsobem zareagovat na snahy ostatních o takovýto kontakt. Jedinci s PAS jsou neteční při příchodu cizího do místnosti. Chybí schopnost zapojit se do společných činností a her, zejm. kvůli obtížím ve střídání rolí, pochopení pravidel hry. Neupozorňují ostatní na věci, které je zajímají, zřídka ukazují na věci. Mají obtíže ve sdílení pozornosti, zážitků a zkušeností, obtíže v chování v přiměřených sociálních rolích, obtíže přizpůsobovat naučené chování sociálnímu kontextu. (Šedibová, Vladová in Lechta, 2010)

Thorová, 2006 uvádí, že sociální interakce má u jedinců s PAS dva extrémní protipóly. Pól osamělý, kdy se dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí, zaleze pod stůl, hlasitě hučí, zakrývá si uši i oči, třepotá rukama před očima, a pól extrémní sociální aktivity, kdy dítě navazuje sociální kontakt nepřiměřeně sociální situaci s každým, za každé situace, dotýká se lidí, upřeně je pozoruje a vypráví o věcech, které je nezajímají, ba je dokonce i obtěžují.

Kvalitativní narušení komunikační schopnosti se projevuje jako NKS, tedy narušení komunikační schopnosti jak v oblasti verbální, tak nonverbální. V některých případech není řeč vyvinuta vůbec, tato absence je kompenzována gesty či mimikou. Rozvinutá řeč nese častá specifika, jako echolálie (opakování), neologismy (slova smyšlená), idiosynkrasie (používání slov či delších větních celků v nesouladu s kontextem tak, jak jej vnímá běžná populace). Vyskytují se obtíže v generalizaci, v nesprávném užití některých slovních druhů (zájmena, předložky). I u dobře rozvinuté řeči může být narušena zejm. pragmatická rovina (řeč neslouží svému účelu, „nepopovídáte si“).

Významně bývá narušena i gestika, kdy jsou gesta využívána málo či mimo kontext sdělovaného. (Šedibová, Vladová in Lechta, 2010)

Problémem v oblasti komunikace není pouze ten, že jedinci s PAS jsou nečitelní pro okolí, ale okolí, zejm. lidské chování a vyjadřování emocí je často nečitelné pro ně.

Omezené, repetitivní a stereotypní vzorce chování úzce souvisejí s hrou s představivostí a zájmy dítěte s PAS. Jedním, často vyskytujícím se příznakem je mimořádné zaujetí pro opakující se rytmické pohyby a zvuky (kapající kohoutek, blikání neonových světel...). S velkým zájmem také pozorují točící se věci, zejm. mohou-li s nimi pohybovat sami a před obličejem. Typické jsou také nepřiměřené až ustrašené reakce na některé podněty. Často je přítomno kývání a otáčení se. Objevuje se silné myšlenkové zaujetí pro nějaké téma či činnosti doprovázené ulpíváním. Stereotypní zájmy často promítají do kresebného projevu či neobvyklé sběratelské činnosti.

(srov. Thorová, 2006, Šedibová, Vladová in Lechta, 2010)

Zvláštnosti můžeme také pozorovat ve zvýšené sensorické citlivosti, v problémech v oblasti adaptace na nové prostředí či osoby, v obtížích spojených s nepochopením abstraktního či doslovným pochopením nadsázky a metafor.

K poruchám autistického spektra řadíme např. dětský (kanerův) autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, Klinefelterův syndrom, Landau-Kleffnerův syndrom, atypický autismus apod. Jednotlivé typy jsou charakterizovány specifickým projevem v rovině kognitivní, v chování i v sociální oblasti. Etiologie v oblasti PAS považujeme za variabilní, v mnohých případech idiopatické. Nejčastěji je zmiňováno organické poškození mozku a genetické predispozice. Ačkoli se PAS dominantně projevují v komunikaci a sociální interakci, nejde v etiologii o původ v sociální oblasti.

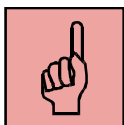
Výchovně-vzdělávací proces by měl být veden s velkým důrazem na:

- individuální přístup (vycházíme z mezioborové diagnostiky, volíme komunikační systém, vhodné pracovní prostředí, pracujeme dle IVP...);

- strukturované prostředí a vizualizace (třída, pracovní místo, místo pro odpočinek a jídlo, strukturujeme a vizualizujeme časový plán ve třídě, doma, v zájmových činnostech).

Shrnutí podkapitoly:

Poruchy autistického spektra spadají pod pervazivní vývojové poruchy. Ovlivňují celkovou osobnost jedince, zejm. pak v jasně identifikovatelných symptomech tzv. triádě. Práce s dětmi PAS vyžaduje individuální přístup, strukturované uspořádání a vizualizaci.



Pojmy k zapamatování

Jedinec postižený více vadami, hluchoslepota – duální sensorické postižení, pervazivní vývojová porucha, poruchy autistického spektra.



Část pro zájemce

Rozšiřující literatura z oblasti PAS:

Život za sklem – W. Lawson, Oční kontakt – C. McGovernová, Nikde nikdo – D. Williams

Filmy:

Divotvůrkyně (příběh hluchoslepé ženy)



Shrnutí kapitoly

V kapitole o kombinovaném postižení jsme definovali tři kategorie:

- Osoby s dominantním a determinujícím postižením mentální retardace;
- osoby s tělesným, pohybovým postižením a vadou řeči;
- osoby s poruchami autistického spektra.

Jednotlivé kategorie jsme dále specifikovali a to zejm. hluchoslepotu jako kvalitativně nové postižení a poruchy autistického spektra.

Každá tato kategorie nese svá specifika, nic méně závažnost obtíží zařazuje tyto jedince do specifického okruhu zájmu.



Kontrolní otázky a úkoly:

1. Charakterizujte kombinované postižení na základě rozdělení dle edukačního účelu.
2. Definujte jednotlivé kategorie a stručně je charakterizujte.
3. Charakterizujte senzorické duální postižení.
4. Zdůvodněte, proč nemůžeme zařadit jedince s poruchami autistického spektra do problematiky psychopedie.
5. Charakterizujte jedince s poruchami autistického spektra na základě „triády“



Úkoly k textu

1. Vyhledejte občanská sdružení zabývající se hluchoslepými. Zaznamenejte si jejich hlavní činnosti a aktivity.
2. Vyhledejte občanská sdružení zabývající se jedinci s poruchami autistického spektra. Zaznamenejte si jejich hlavní činnosti a aktivity, vyhledejte nejbližší pobočky v místě vašeho působení.



Otázky k zamyšlení:

1. Přemýšlejte nad kompetencemi učitele, jež má ve své třídě žáka s poruchou autistického spektra.
2. Zkuste vymyslet, na základě studia dalších materiálů k dané problematice, jak připravit třídu na příchod spolužáka s poruchou autistického spektra.
3. Na základě studia odborné literatury charakterizujte základní specifika Apergerova syndromu.
4. Na základě studia odborné literatury charakterizujte pojem „artistické rysy“.



Citovaná a doporučená literatura

- HAMPL I., KALEJA, M. *Asistentce žákům a studentům se speciálními potřebami*. Ostrava: Pdf OU, 2011. ISBN 978-80-7042-238-0.
- HLAVÁČKOVÁ, J a kol. *Hluchoslepí mezi námi*. Praha: LORM o. s., 2007.
- JANKŮ, K. *Využívání metody snoezelen u osob s mentálním postižením*. Ostrava: Pdf OU, 2010. ISBN 978-80-73-68-915-5.
- LECHTA, V. a kol. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Protál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
- SOURALOVÁ, E., HORÁKOVÁ, R. *Problematika osob s hluchoslepotou a kontaktní tlumočení u hluchoslepých preferujících český znakový jazyk*. Praha: CKTZJ, 2008. ISBN 978-80-87218-2.
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní (školní) speciální pedagogika: Základy teorie a praxe*. Brno: MSD spol. s r. o., 2004. ISBN 80-86633-22-5.
- Zákon č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.

12 Nástin problematiky osob s narušenou komunikační schopností



Cíl kapitoly

Cílem kapitoly jde zprostředkovat problematiku narušené komunikační schopnosti v kontextu logopedického systému České Republiky.

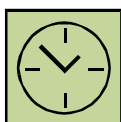
Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- Definovat pojem narušená komunikační schopnost;
- vyjmenovat nejčastější narušenou komunikační schopnost ve školním prostředí a stručně ji charakterizovat;
- popsat příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti a jejich prevenci;
- popsat logopedický systém ČR.



Klíčová slova

Narušená komunikační schopnost, řečové roviny, opožděný vývoj řeči.



Čas na prostudování kapitoly

3 + 6 (teorie + čas na vypracování otázek)



Průvodce studiem

Žák s narušenou komunikační schopností a se specifickými poruchami učení je nejčastější školami zmiňovaný integrovaný žák. Proto zároveň s touto studijní oporou doporučuji prohloubit své samostudium, neboť poruchy řeči nabývají na četnosti na základních školách běžného typu. Věnujte zvýšenou pozornost zejm. prevenci a projevům narušené komunikační oblasti v oblasti učení.

Komunikační dovednosti představují jednu z nejdůležitější lidských schopností, což se také odráží ve vzdělávacím kurikulu jako rozvoj komunikační kompetence. Narušení komunikační schopnosti může v některých případech znamenat významnou překážku v socializace jedince či jej může limitovat v jeho edukačních možnostech. Komunikací a řečí se zabývá speciálně pedagogická disciplína Logopedie a to ve třech složkách:

- logopedická prevence
- logopedická diagnostika
- logopedická terapie.

V České republice jsou logopedi pro oblast školství připravováni v rámci specializačního studia v oblasti speciální pedagogiky na pedagogických fakultách, na katedrách speciální pedagogiky a to na dvou úrovních: logopedický asistent (dříve absolvent kurzu, dnes absolvent bakalářského studijního oboru Speciální pedagogika s bakalářskou státní závěrečnou zkouškou z logopedie) a speciální pedagog – logoped (absolvent oboru Speciální pedagogika s magisterskou státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie). Logopedický asistent oproti speciálnímu pedagogovi - logopedovi neprovádí diagnostiku, pouze orientační a pracuje pouze s jednoduchou narušenou komunikační schopností. Zároveň pracuje na základě doporučení a pod zkušeným logopedem, nejčastěji z SPC nebo PPP. Logopedický asistent nejčastěji pracuje v mateřských školách, kde se podílí na péči o žáky s narušenou komunikační schopností a to nejen v logopedických třídách. Logopedie není jen dominantou školství, logopedy, zejm. pak ty klinické (zdravotníci) můžeme nalézt také ve zdravotnictví, sociální sféře, v nestátních a neziskových organizacích.

Narušená komunikační schopnost znamená, podle Lechty (in Klenková, 2006), narušení některé řečové roviny (nebo několik rovin současně), což jedinci nedovoluje naplnit jeho komunikační záměr. K narušení tak může dojít v rovině zvukové (foneticko – fonologické) tedy rovině zabezpečující výslovnost, gramatické (morfologicko-syntaktické), tedy v rovině zabezpečující gramatickou správnost, lexikálně-sémantickou tedy rovině zabývající se slovní zásobou a pragmatické, jež představuje rovinu sociální aplikace v komunikaci. Může být narušena také verbální i nonverbální stránka řeči,

mluvená a psaná podoba komunikace či receptivní a expresivní složka, tedy jak realizace, tak porozumění. Narušení komunikační schopnosti může být jak trvalého, tak přechodného charakteru. Vždy musíme dle Klenkové (in Pipeková, 2006) brát na zřetel, v jakém jazykovém prostředí jedinec žije, jaké má hodnocená osoba vzdělání, je-li mluvním profesionálem. Nelze se orientovat pouze na formální stránku řeči, ale musíme si všimnout všech jazykových projevů člověka v kontextu jeho života.

12.1 Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti a její prevence

Etiologie narušené komunikační schopnosti je různá, při dělení příčin využíváme časové a lokalizační hledisko.

Časové hledisko respektuje tradiční rozdělení etiologie ve speciální pedagogice do:

- prenatalního stádia (v období vývoje plodu po porod)
- perinatálního stádia (v průběhu porodu)
- postnatálního stádia (po narození).

Klenková, 2006 dále uvádí lokalizační hledisko, kdy k nejčastějším příčinám řadí genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů, poškození centrální části, poškození efektorů, působení nevhodného, málo podnětného či nestimulujícího prostředí, narušenou sociální interakci, vrozenou míru nadání pro jazyk.

Narušená komunikační schopnost může vzniknout na podkladě funkční nebo orgánové příčiny a stejně jako může být dominantním postižením, tak také může doprovázet jiné postižení, jako symptom (symptomatické poruchy řeči).

Prevence narušené komunikační schopnosti se zejm. ke stále se rozšiřujícímu výskytu narušené komunikační schopnosti v důsledku narušené sociální interakce rodič-dítě přesouvá do mateřských škol a do cílené práce s rodinou jako systémem. Není tajemstvím, že doba závislá na rychlosti a zisku produkuje děti, které začínají komunikovat až po třetím roce a vyskytuje se u nich tzv. opožděný vývoj řeči (viz. dále v kapitole). Dnes se již z běžného rodinného života pomalu vytrácí společně strávený

čas v interakci, jež dává zárodky nejen pro správný vývoj řeči u dítěte. Tedy čas pravidelný a nějakou dobu trvající od prvních dnů života dítěte.

Učitelé základních škol zaznamenávají nárůst žáků s narušenou komunikační schopností a to nejen díky inkluzivním trendům (přidružené vadě řeči, resp. symptomatické vadě řeči u různých druhů postižení). Lechta (2010) uvádí až 40% dětí s narušenou komunikační schopností v prvních ročnících základních škol. Paradox, který uvádí i Lechta, je v tom, že každé postižení, oslabení, obtíže přechodného i trvalého rázu se promítá do řeči, do komunikace a přitom právě komunikace je nezbytná jako prostředek kompenzace postižení, či výchovně-terapeutického působení učitele (rodiče, výchovného poradce, speciálního pedagoga apod.).

Podmínky správného vývoje řeči uvádí Zezulková (2006):

- Vliv prostředí a výchovy;
- množství a přiměřenost řečových podnětů;
- správný řečový vzor;
- vnitřní podmínky (správný vývoj dálkových analyzátorů, zdravý vývoj řečově-motorických zón v mozku, správný vývoj mluvních orgánů, intelekt, celkový duševní a fyzický vývoj).

(srov. Klenková)

12.2 Kategorie narušené komunikační schopnosti

Nejdříve je důležité vymezit, co není narušená komunikační schopnost, neboť se jedná o fyziologické zvláštnosti v ontogenetickém vývoji člověka.

- **Fyziologická nemluvnost** (v důsledku ještě nerozvinutých artikulačních orgánů a příslušných center v mozku dítě zhruba do jednoho roku neprodukuje verbální řeč).
- **Vývojová dysfluence** (v důsledku obrovského rozvoje řeči kolem třetího roku věku se může zdát, že dítě zadržává, jde jen o obrovský nárůst slovní zásoby, dítě rychleji mluví než myslí).

- **Fyziologická dyslalie** (jde-li o nesprávné vyslovování hlásek přibližně do pěti let věku, na některé hlásky musí fyziologicky dozrát, hovoříme-li samozřejmě o jednoduché dyslalii s absencí sluchové vady).
- **Fyziologický dysgramatismus** (gramatická rovina se začíná uzavírat až ve čtvrtém roce života, do té doby se rozvíjí a je pochopitelné, že se objevuje gramaticky nepřesná řeč).

(srov. Zezulková, 2006)

Pro další orientaci je také nutné definovat **opožděný vývoj řeči (OVŘ)**. Jedná se o opoždění v oblasti řeči, kdy dítě ve třech letech běžně spontánně nekomunikuje a to v důsledku málo podnětného, nestimulujícího prostředí, které nevěnuje řečovému rozvoji dítěte příliš pozornosti. Příčinou OVŘ může být také citová deprivace, genetické vlivy, nevyzrálá centrální nervová soustava vlivem předčasného narození, či obtíže spojené s hyperkinetickými poruchami (často zmiňované jako LMD). Stále častěji jsou však uváděny vlivy nadužívání masmédií a počítačů ve výchově. Rozhodně je třeba vyloučit sluchovou vadu, která může zapříčinit opožďování ve vývoji řeči, vadu zraku, poruchu intelektu, vady mluvních orgánů, poruchy autistického spektra apod. (Klenková, 2006).

Pro klasifikaci narušené komunikační schopnosti se využívají dvě kritéria. První kritérium vychází z reflexního komunikačního okruhu sdělování, resp. narušení řeči v jejích jednotlivých etapách. Jedná se zde o opoždění ve vývoji řeči, narušení receptivní složky (rozumění řeči), narušení centrální části, narušení složky expresivní (řečová produkce) či poruchy sociálního užití řeči. Druhé hledisko pak respektuje symptomatologii a je častěji využíváno. Dle Lechty (in Klenková, 2006) můžeme dělit narušenou komunikační schopnost do deseti základních kategorií:

- **vývojová nemluvnost** (specifický narušený vývoj řeči - vývojová dysfázie)
- **získaná orgánová nemluvnost** (afázie)
- **získaná psychogenní nemluvnost** (mutismus)
- **narušení zvuku řeči** (rinolalie, palatolalie)

- **narušení fluence - plynulosti řeči** (balbuties, tumultus sermonis)
- **narušení článkování řeči** (dyslalie, dysartrie)
- **narušení grafické stránky řeči** (artikulační neobratnost, specifické asimilace)
- **symptomatické poruchy řeči**
- **poruchy hlasu**
- **kombinované vady a poruchy řeči.**

Vývojová dysfázie neboli specificky narušený vývoj řeči je centrální porucha řeči, jde o snížení schopnosti verbálně komunikovat, byť podmínky pro rozvoj verbální řeči jsou dobré. Práce s dětmi s vývojovou dysfázií často připomíná práci s dětmi s SPU, zejm. tedy u expresivní formy dysfázie. V posledních letech se razí logopedická intervence u dětí s dysfázií primárně zaměřená na pragmatickou, gramatickou a morfologicko-syntaktickou rovinu. Klade se důraz na rozvoj fonemického uvědomování, mluvní pohotovosti, rozvoj slovní zásoby, zrakové a sluchové percepce a motoriky mluvidel. Ve školním prostředí je třeba dbát na obtíže, které dysfázie může přinést a to nejen v oblasti komunikace, ale také při dekodování textu a porozumění čtenému. Děti s dysfázií potřebují nejen intenzivní trénink oslabených funkcí, ale také respektování tempa, a specifických obtíží způsobené narušenou komunikační schopností. (srov. Klenková, 2006)

Afázie se charakterizuje jako ztráta již vyvinutých řečových dovedností v důsledku organického poškození mozku. Jde-li o ztrátu v dětském věku a řeč není ještě dokončena, mohou se nezafixované funkce řeči díky plasticitě mozku přesunout na druhou, zdravou hemisféru. V případě afázie je nutná nejen logopedická, ale také lékařská péče a vzdělávání ve školách pro děti s vadami řeči.

Mutismus, zejm. pak elektivní-výběrový mutismus je formou nemluvnosti nebo také ztráty již vyvinuté řeči na psychogenním podkladě. Při mutismu má jedinec snahu se dorozumět formou ukazování, gest, verbálně však nekomunikují. Příčinou může být duševní úraz, úlek, v případě elektivního mutismu nevědomá snaha o utlumení řeči za určitých okolností, v určitém prostředí (škola), s určitou osobou (učitel, rodič).

Intervence, zejm. speciálně pedagogická a psychologická, se soustředí na zjištění a odstranění stresorů, negativních jevů, které mutismus způsobily a orientuje se na znovuoobnovení psychického zdraví a verbální komunikace. Důležité je dítě netrestat za to, že nechce hovořit, zapojovat ho do kolektivu, zachovávat trpělivost a klid, neupozorňovat na jeho nemluvnost.

Rinolalie představuje patologicky zvýšenou či sníženou nazalitu. Řeč je charakterizovaná, jako by člověk mluvil „přes nos“.

Palatolalie je vada řeči přítomná při rozštěpu patra. Vzhledem k současné velmi dobré mezioborové péči o jedince s rozštěpy patra a rtu je provedena včasná a úspěšná palatoplastika po níž se řeč vyvíjí správně, bez příznaků palatolalie. Přesto mohou důsledky rozštěpu patra přetrvávat ve formě zvýšené nazality a nesrozumitelnosti řeči, opožděného vývoje řeči v důsledku chytrerapie ve věku, kdy se řeč rozvíjí a poruchy pragmatické stránky řeči v důsledku psychosociálních problémů, které rozštěp patra může druhotně způsobovat.

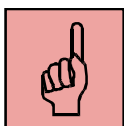
Balbuties neboli koktavost lze charakterizovat jako syndrom komplexního narušení orgánů, které se podílejí na mluvení, a které se nejnápadněji projevuje v charakteristickém tonicko-klonickém přerušování plynulosti procesu mluvení. Nejčastějším projevem koktavosti je sice nedobrovolná a nekontrolovatelná neplynulost během mluvy, tato neplynulost je však doprovázena a přímo vázána na psychickou tenzi a nadměrnou námahu při řečovém projevu. I když je koktavost historicky dobře popsána, doposud nemáme uspokojivé vysvětlení příčiny vzniku a není ani uspokojivě vyřešena otázka terapie. Ve školní práci s jedincem je důležité vyhýbat se odpovídání před celou třídou, nevystavovat jedince časovému tlaku, nedokončovat za něj věty, vyhýbat se verbálnímu atakování, zaměřovat se spíše na obsah než na formu sděleného, ponechávat prostor mezi sdělenou otázkou a vyžadovanou odpovědí, udržovat zrakový kontakt i při zadržávání, nenacvičovat, nekorigovat odpovědi, zvážit užívání soutěží jako výukové metody, poskytovat možnost vyjádřit se prostřednictvím recitace, zpěvu, malby či jiných druhů komunikace než verbální. (srov. Klenková, 2006, Lechta, 2010)

Breptavost neboli tumultus sermonis je charakterizována jako extrémně zrychlené tempo řeči, jež si daná osoba neuvědomuje, je narušena percepce, artikulace, a formování výpovědi. Jsou narušeny také myšlenkové procesy formujících řeč, tzn., že breptavost působí nejen na verbální stránku řeči, ale také na čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování.

Dysartrie je porucha procesu artikulace při orgánovém poškození centrální nervové soustavy. Nejčastější výskyt dysartrie je u jedinců s dětskou mozkovou obrnou. Jde o narušení souhry dýchání, fonace a artikulace, je narušena volní kontrola řečového svalstva.

Artikulační neobratnost a specifické asimilace jsou typické pro jedince se specifickými poruchami učení. Ačkoli jednotlivé hlásky vyslovují správně, artikulačně náročnější slova nebo složeniny mohou působit interferenčně. U asimilací pak dochází při artikulaci např. k záměně ostrých a tupých řad sykavek, záměně v měkčení apod.

Dyslalie je nesprávná výslovnost některých hlásek nebo skupiny hlásek. Dyslalie je nejčastější poruchou komunikačních schopností u dětí. Může dojít nejen k vypouštění hlásek, jejich přesmykování, směšování, vkládání hlásek do slov (zejm. u artikulačně náročnějších slov), ale také k přizpůsobování hlásek. Byť je dyslalie v populaci běžně zastoupena a cílená logopedická terapie ji může snadno odstranit, je třeba přemýšlet o dyslalii nejen jako o prosté poruše správné artikulace, ale také o jejím možném přesahu do učebního procesu, zejm. pak do oblast čtení a psaní.



Pojmy k zapamatování

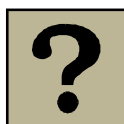
Narušená komunikační schopnost, logopedická prevence, opožděný vývoj řeči, dysfázie, afázie, mutismus, balbuties, rinolalie, palatolalie, breptavost, dyslalie, dysartrie, artikulační neobratnost, specifické asimilace.



Shrnutí kapitoly

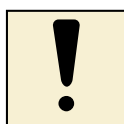
V kapitole o narušené komunikační schopnosti jsme toto narušení definovali z hlediska symptomatologie a etiologie.

Charakterizovali jsme si jednotlivé typy narušené komunikační schopnosti.



Kontrolní otázky a úkoly:

1. Charakterizujte narušenou komunikační schopnost.
2. Uveďte klasifikaci narušené komunikační schopnosti dle symptomatického hlediska.
3. Stručně charakterizujte nejčastější narušenou komunikační schopnost.
4. Objašněte logopedickou intervenci ve školství.



Úkoly k textu

1. Zařadte problematiku osob s narušenou komunikační schopností do systému speciální pedagogiky.
2. Sepište zásady práce ve třídě s žákem s narušenou komunikační schopností.



Otázky k zamyšlení:

1. Nastudujte si ontogenetický vývoj řeči (předřečové a řečové stádium), vč. rozvoje řečových rovin.
2. Vzhledem k samostudiu zkuste definovat správné vnější podmínky pro rozvoj řeči u dětí a jakou roli v ní hraje učitel. Zkuste popsat také, podle vás, nejčastější chyby.
3. Prostudujte a nalezněte v historii známé osobnosti, pro společnost přínosné, které měly narušenou komunikační schopnost. Jak na ně ve své době nahlížela tehdejší společnost?



Citovaná a doporučená literatura

- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- LECHTA, V. a kol. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Protál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
- PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- ZEŽULKOVÁ, E. *Logopedická prevence*. Ostrava: Pdf OU, 2006.