



EVROPSKÁ UNIE  
Evropské strukturální a investiční fondy  
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

# Speciální gerontagogika

## Distanční studijní text

**Marta Kolaříková**

**Opava 2019**



**SLEZSKÁ  
UNIVERZITA**  
FAKULTA VEŘEJNÝCH  
POLITIK V OPAVĚ

**Obor:** Studijní text spadá tematicky pro studijní programy, které jsou akreditovány v rámci klasifikace oborů vzdělání [CZ-ISCED-F 2013](#): 01 Vzdělávání a výchova, 0229 Humanitní vědy (kromě jazyků) – obory j. n., 0288 Interdisciplinární programy a kvalifikace zahrnující umění a humanitní vědy, 031 Společenské vědy a vědy o lidském chování, 0313 Psychologie, 0314 Sociologie a kulturologií, 19 Společenské vědy a vědy o lidském chování – obory j. n., 09 Zdravotní a sociální péče, péče o příznivé životní podmínky.

**Klíčová slova:** Alternativní komunikace, arteterapie, augmentativní komunikace, biblioterapie, centrální poruchy řeči, copingové strategie, členění speciální pedagogiky, defekt, defektivita, diagnostické metody, ergoterapie, expresivní terapie, historická periodizace, humanistický přístup, charitativní přístup, Jazykové roviny, kognitivní trénink, kompenzace, komunikace se zrakově postiženým; Lormova abeceda, MAKATON, muzikoterapie, nápravné metody, národní akční plán, naučená bezmocnost, nižší kompenzační činitelé, období inkluze, období integrace, období prevence, období rehabilitace, období represe, obranné mechanismy, obtíže se zpracováním zrakových informací; okulomotorické poruchy, osobnost, partnerství postižených, piktogramy, podpůrná opatření, pomůcky pro běžný život, pomůcky pro orientaci v prostoru, pomůcky pro volný čas; poruchy artikulace, poruchy fluence, poruchy hlasu, poruchy zvuku řeči, postižení zorného pole, postižení, postoj, právo, preventivní metody, předsudek, příčiny zrakového postižení, reedukace, refrakční vady (myopie, hypermetropie, astigmatismus, afakie), rehabilitace, rodičovství postižených, rodina se zdravotně postiženým členem, rovnost x rovnoprávnost, služby sociální péče, služby sociální prevence, sociální poradenství, speciální gerontagogika, speciální pedagogika, stereotyp, struktura osobnosti, stupně zrakového postižení; systém BLISS, TADOMA, teatroterapie, teorie osmi věků člověka, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, vyšší kompenzační činitelé, vývojová období, výzkumné metody, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, znak do řeči, zooterapie

**Anotace:** Cílem předmětu je poskytnout studentům ucelené informace o pedagogické disciplíně speciální pedagogika/gerontagogika, studenti se dokáží orientovat v historickém vývoji péče o postižené v kontextu současných trendů v přístupu k seniorům s postižením. Nedílnou součástí předmětu je také pochopit fungování rodin s postiženým jedincem a postoje společnosti včetně legislativního ukotvení. Studenti budou seznámeni s metodami speciální gerontagogiky, dokáží pochopit specifickou jedince se

zdravotním postižením seniorského věku: zrakovým, sluchovým, mentálním, tělesným, kombinovaným nebo s narušenou komunikační schopností. V rámci skupinových konzultací a seminářů studenti využijí fakultní výukový byt pro imobilní jedince k tomu, aby si vyzkoušeli běžné denní aktivity např. na invalidním vozíku s využitím kompenzačních pomůcek.

**Autor:** **Marta Kolaříková**

## Obsah

ÚVODEM.....	9
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	10
1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PŘEDMĚTU SPECIÁLNÍ GERONTAGOGIKA, POSTAVENÍ V SYSTÉMU VĚD, ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE, CÍL A PŘEDMĚT OBORU.....	12
1.1 Speciální pedagogika, vymezení, předmět, cíle .....	13
1.2 Členění speciální pedagogiky.....	13
1.2.1 Členění akademické .....	13
1.2.2 Členění podle věku .....	14
1.2.3 Členění podle předmětu .....	14
1.3 Speciální gerontagogika .....	14
1.3.1 Definování a předmět.....	14
1.3.2 Postavení v systému věd .....	16
1.3.3 Obsah speciální gerontagogiky .....	17
1.3.4 Cíl speciální gerontagogiky .....	17
1.3.5 Cílová skupina speciální gerontagogiky .....	17
1.3.6 Základní terminologie.....	19
2 LEGISLATIVA TÝKAJÍCÍ SE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ. SYSTÉM PÉČE O JEDINCE S POSTIŽENÍM V DOSPĚLOSTI A STÁŘÍ.....	23
2.1 Legislativní ukotvení práv osob se zdravotním postižením .....	24
2.1.1 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (Convention on the Rights of Persons with Disabilities).....	26
2.1.2 Národní dokumenty .....	28
2.2 Systém péče o jedince s postižením do roku 1989.....	31
2.3 Systém péče o dospělé a seniory se zdravotním postižením.....	32
2.3.1 Sociální poradenství.....	33
2.3.2 Služby sociální péče.....	34
2.3.3 Služby sociální prevence.....	35
2.3.4 Finanční podpora státu .....	36
3 HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O POSTIŽENÉ. SOUČASNÉ TRENDY V PŘÍSTUPU K OSOBÁM S POSTIŽENÍM. POSTOJE SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM S POSTIŽENÍM I POSTIŽENÝCH KE SPOLEČNOSTI. ....	42
3.1 Historická periodizace a významné události.....	43

3.2	Postoje společnosti .....	46
3.2.1	Problematika předsudků a stereotypů .....	48
3.2.2	Postoje jedinců s postižením ke společnosti .....	49
4	METODY SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY SE ZAMĚŘENÍM NA OSOBY S POSTIŽENÍM SENIORSKÉHO VĚKU. VÝZKUMNÉ STRATEGIE A PŘÍSTUPY. SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ AKTIVIZAČNÍ POSTUPY TERAPEUTICKÉ POVAHY 53	
4.1	Základní speciálně pedagogické metody.....	54
4.1.1	Diagnostické metody .....	54
4.1.2	Nápravné metody .....	55
4.1.3	Metody prevence.....	57
4.1.4	Výzkumné metody .....	57
4.2	Terapeutické techniky .....	57
4.2.1	Expresivní terapie .....	57
4.2.2	Zooterapie .....	60
4.2.3	Další aktivizační metody.....	60
5	OSOBNOST JEDINCE SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	64
5.1	Osobnost a její struktura.....	65
5.2	Specifika vývoje jedince s postižením .....	66
5.3	Rodina se zdravotně postiženým členem .....	74
6	SENIORŮ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM (PROBLEMATIKA TYFLOPEDICKÁ) 77	
6.1	Vymezení zrakového postižení .....	78
6.1.1	Snížení zrakové ostrosti (refrakční vady) .....	78
6.1.2	Postižení zorného pole .....	80
6.1.3	Okulomotorické poruchy .....	80
6.1.4	Obtíže se zpracováním zrakových informací.....	81
6.2	Příčiny zrakového postižení .....	81
6.2.1	Vrozené zrakové postižení.....	81
6.2.2	Získané zrakové postižení.....	82
6.3	Ztráta zraku .....	84
6.3.1	Akceptace ztráty zraku.....	85
6.3.2	Nonakceptace zrakového postižení.....	86
6.4	Stupně zrakového postižení.....	86

6.4.1	Charakteristika jednotlivých stupňů .....	88
6.5	Kompenzační pomůcky .....	90
6.5.1	Pomůcky pro orientaci v prostoru .....	91
6.5.2	Pomůcky pro běžný život .....	92
6.5.3	Pomůcky pro volný čas .....	93
6.6	Prostorová orientace a samostatný pohyb .....	93
6.6.1	Základní techniky pohybu bez hole .....	94
6.6.2	Technika dlouhé hole .....	95
6.7	Zásady komunikace s lidmi se zrakovým postižením .....	95
6.7.1	Desatero pro kontakt s nevidomými .....	96
6.7.2	Desatero pro kontakt s nevidomým, kterého vede vodící pes .....	97
6.7.3	Desatero pro kontakt se slabozrakým člověkem .....	97
6.8	Organizace podporující dospělé a seniory se zrakovým postižením .....	98
7	SENIORŮ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM (PROBLEMATIKA SURDOPEDICKÁ) .....	102
7.1	Sluchové vnímání a poruchy sluchu .....	103
7.1.1	Sluchový analyzátor .....	103
7.1.2	Sluchové poškození .....	104
7.1.3	Etiologie sluchového postižení .....	105
7.2	Stupně sluchového postižení .....	106
7.2.1	Nedoslýchaví .....	107
7.2.2	Neslyšící .....	107
7.2.3	Jedinci s kochleárním implantátem .....	107
7.2.4	Ohluchlost a sluchové potíže ve stáří .....	108
7.3	Kompenzační mechanismy a pomůcky .....	110
7.4	Vliv sluchové poruchy na psychické funkce .....	111
7.5	Způsoby komunikace osob s těžkým sluchovým postižením .....	113
7.5.1	Komunikační systémy .....	113
7.5.2	Pravidla komunikace s lidmi se sluchovým postižením .....	117
7.6	Tlumočení .....	118
7.7	Péče o jedince se sluchovým postižením .....	119
8	SENIORŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM (PROBLEMATIKA PSYCHOPEDICKÁ) .....	124
8.1	Vymezení pojmu mentální retardace a demence .....	125

8.2	Klasifikace mentální retardace .....	126
1.1.1	Příčiny mentální retardace .....	127
8.3	Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení .....	128
8.4	Specifika osobnostního vývoje.....	132
8.5	Zásady při práci s jedincem s mentálním postižením .....	133
8.6	Systém péče o mentálně retardované .....	135
9	SENIOŘI S TĚLESNÝM A ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM (PROBLEMATIKA SOMATOPEDICKÁ) .....	139
9.1	Zdravotní a tělesné postižení.....	140
9.1.1	Pohybové (tělesné) postižení .....	140
9.1.2	Zdravotní znevýhodnění .....	146
9.1.3	Specifika v komunikaci s jedinci s tělesným postižením.....	148
9.2	Kompenzační pomůcky.....	150
9.3	Systém péče a vzdělávání.....	150
10	JEDINCI S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ (PROBLEMATIKA LOGOPEDICKÁ).....	155
10.1	Centrální poruchy řeči .....	156
10.1.1	Vývojová dysfázie .....	156
10.1.2	Afázie.....	157
10.1.3	Doporučení pro komunikaci .....	158
10.1.4	Mutismus.....	158
10.2	Narušení zvuku řeči .....	159
10.2.1	Huhňavost (Rinolalie).....	159
10.2.2	Palatolálie.....	160
10.3	Narušení fluence řeči .....	161
10.3.1	Koktavost (balbuties).....	161
10.3.2	Breptavost (Tumultus sermonis).....	162
10.4	Narušení článkování řeči (poruchy artikulace).....	163
10.4.1	Dyslalie (Patlavost).....	163
10.4.2	Dysartrie.....	163
10.5	Poruchy hlasu .....	163
11	ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE .....	167
11.1	Zdůvodnění užívání alternativní a augmentativní komunikace.....	168
11.2	Charakteristika systémů alternativní a augmentativní.....	169

LITERATURA .....	173
SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY .....	179
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....	180



## ÚVODEM

Předmět je určen pro studenty humanitně zaměřených programů, kteří po absolvování studia mohou pracovat se seniory se zdravotním postižením. Může se jednat o studenty nelékařských zdravotnických programů, programů oblasti vzdělávání Neučitelská pedagogika nebo Sociální práce.

Cílem předmětu je poskytnout studentům ucelené informace o pedagogické disciplíně speciální pedagogika/gerontagogika, studenti se dokáží orientovat v historickém vývoji péče o postižené v kontextu současných trendů v přístupu k seniorům s postižením. Nedílnou součástí předmětu je také pochopit fungování rodin s postiženým jedincem a postoje společnosti včetně legislativního ukotvení. Studenti budou seznámeni s metodami speciální gerontagogiky, dokáží pochopit specifčnost jedince se zdravotním postižením seniorského věku: zrakovým, sluchovým, mentálním, tělesným, kombinovaným nebo s narušenou komunikační schopností. V rámci skupinových konzultací a seminářů studenti využijí fakultní výukový byt pro imobilní jedince k tomu, aby si vyzkoušeli běžné denní aktivity např. na invalidním vozíku s využitím kompenzačních pomůcek.

Předpokladem je, že student vstupuje do předmětu se základními znalostmi o psychických a somatických charakteristikách seniorů. Je totiž důležité znát to, co je obecné, abychom mohli dojít k tomu, co je speciální.

Studijní text je jakousi kostrou základních znalostí, které by měl student po ukončení předmětu zvládat. Studentovi pomáhají kontrolní otázky, aby si sám pro sebe odpověděl, zda se z textu naučil podstatné a nikoli podružné informace, korespondenční úkoly rozvíjí zase jeho dovednost vyhledávat aktuální informace s přímým dopadem pro praktické využití naučeného. Úkoly pro zájemce jsou již určeny těm, kteří mají chuť probádat sledovanou oblast do větší hloubky, která přesahuje požadovaný obsah předmětu.

Pro studenty kombinované formy studia je závazné do poloviny semestru (přesné datum aktuálního roku bude uvedeno v kurzu LMS Moodle) vypracovat minimálně dva korespondenční úkoly, nebo je možnost zpracovat pouze jeden úkol pro zájemce.

Student při průběžném studiu využívá studijní oporu, z ní zpracuje vybrané korespondenční úkoly, které bude diskutovat u zkoušky. Zde současně prokáže znalosti povinné literatury a přednášek kontaktní výuky. Konkrétní termíny stanoví vyučující vždy na začátku semestru, v prostředí LMS Moodle nastaví příslušný kurz a sleduje plnění zadaného.

Student bude moci průběžně konzultovat individuálně studovaná témata předmětu prostřednictvím elektronické pošty, individuálních nebo skupinových konzultací.

Předmět má kurz LMS Moodle, v němž je možno realizovat aktivity vyžadující komunikaci nebo interakci se studentem nebo mezi studenty navzájem. V LMS kurzu jsou uvedeny kontaktní informace (syllabus, konzultační hodiny atp.), informace o způsobech komunikace se studenty a konkrétních požadavcích úspěšného absolvování kurzu.

## RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Studijní materiál má celkem 11 kapitol, které korespondují se sylabem předmětu uvedeném v informačním systému.

Každá kapitola má stejnou strukturu:

- rychlý náhled kapitoly
- cíle kapitoly
- klíčová slova kapitoly
- čas potřebný ke studiu
- studijní text
- shrnutí kapitoly
- kontrolní otázky
- korespondenční úkol
- pro zájemce
- zdroje.

Studijní text zahrnuje tyto tematické okruhy:

1. Základní vymezení předmětu speciální gerontagogika, postavení v systému věd, základní terminologie, cíl a předmět oboru.
2. Legislativa týkající se zdravotního postižení. Systém péče o jedince s postižením v dospělosti a stáří.
3. Historický vývoj péče o postižené. Současné trendy v přístupu k osobám s postižením. Postoje společnosti k jedincům s postižením i postižených ke společnosti.
4. Metody speciální pedagogiky se zaměřením na osoby s postižením seniorského věku. Výzkumné strategie a přístupy. Speciálněpedagogické aktivizační postupy terapeutické povahy.
5. Osobnost jedince se zdravotním postižením.
6. Senioři se zrakovým postižením (problematika tyflopédická).
7. Senioři se sluchovým postižením (problematika surdopedická).
8. Senioři s mentálním postižením (problematika psychopedická).
9. Senioři s tělesným a zdravotním znevýhodněním (problematika somatopedická).
10. Jedinci s narušenou komunikační schopností.
11. Alternativní a augmentativní komunikace.

### VÝSTUPY Z UČENÍ:

Oborové znalosti: Student získá a prokáže znalost základních disciplín speciální gerontagogiky, umí charakterizovat jednotlivé druhy postižení, zná možnosti jejich kompenzace a poradenské práce.

Oborové dovednosti: Student se dokáže orientovat ve specifických vyplývajících z jednotlivých druhů a stupňů postižení u seniorů. Spolehlivě se orientuje v relevantní odborné literatuře, dokáže vyhledat, interpretovat a aplikovat získané informace v praxi. Je schopen propojit získané poznatky s potřebami praxe oboru.

Obecné způsobilosti: Student je schopen vnímat ohrožení vyplývající ze sociálního vyloučení seniorů s postižením, dokáže navrhnout možnosti preventivního působení v této oblasti. Absolvováním předmětu bude student způsobilý nejen využívat své vědomosti a dovednosti při konkrétní práci s klienty, ale bude lépe reagovat na specifčnosti komunikace klientů s různým typem a stupněm postižení. Současně se metodami výuky předmětu podpoří rozvoj kritického myšlení, kreativita a schopnost studenta rozhodovat se samostatně a odpovědně

# 1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PŘEDMĚTU SPECIÁLNÍ GERONTAGOGIKA, POSTAVENÍ V SYSTÉMU VĚD, ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE, CÍL A PŘEDMĚT OBORU



## RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Kapitola představuje speciální gerontagogika jako dílčí disciplínu speciální pedagogiky. Je vymezena definice a struktura speciální pedagogiky a následně už je pozornost věnována čistě speciální gerontagogice, je vymezen její cíl, předmět, cílová skupina, postavení v systému věd. V poslední části úvodní kapitoly jsou definovány základní pojmy defekt, postižení, defektivita.



## CÍLE KAPITOLY

Po prostudování kapitoly student:

- bude umět definovat speciální gerontagogiku
- dokáže rozčlenit speciální pedagogiku podle různých kritérií a pojmenovat základní oblasti, kterými se zabývá speciální gerontagogika
- porozumí rozdílu v předmětu speciální pedagogika a speciální gerontagogika
- vysvětlí rozdíl mezi pojmy defekt – postižení – defektivita
- dokáže samostatně aplikovat vyvozené pojmy na konkrétní životní situaci seniora s různým typem znevýhodnění
- posoudí vzájemnou provázanost různých vědních oborů působících na seniora se specifickými potřebami ve vybrané životní situaci.



## KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Speciální pedagogika, speciální gerontagogika, členění na dílčí disciplíny, defekt, postižení, defektivita, podpůrná opatření.



## ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

1. Ke studiu kapitoly bude potřeba odhadem asi 1 hodina.
2. Odpovědi na otázky: 20 minut.
3. Vypracování korespondenčního úkolu: 2 hodiny (dojít do knihovny, vyhledat knihu, vypůjčit si ji, pročíst, zformulovat písemné sdělení, zpracovat odpověď a vložit na e-learning).

4. Vypracování úkolu pro zájemce: 4 hodiny.
5. Autoevaluační test: 5 minut.

## STUDIJNÍ TEXT

### 1.1 Speciální pedagogika, vymezení, předmět, cíle

Speciální pedagogika je základní pedagogickou vědní disciplínou, která se zabývá výchovou, vzděláváním, pracovním a společenským začleněním jedinců, kteří jsou znevýhodnění v psychické, fyzické nebo sociální oblasti a mají speciální vzdělávací potřeby. Tato disciplína se vyvíjela v průběhu 20. století, přičemž její praktická realizace předbíhala teoretickému ukotvení jako vědy.

## DEFINICE

Df

Podle Valenty (2014, s. 8) je užitečné chápat speciální pedagogiku v širším a užším slova smyslu: „V užším pojetí je pedagogickou disciplínou, která se zabývá edukací dětí, žáků a dospělých osob se speciálním vzdělávacími potřebami a zkoumáním formativních (výchovných) a informativních (vzdělávacích) vlivů na jedince... V širším kontextu je možno nahlížet na speciální pedagogiku jako na interdisciplinární obor zabývající se péčí o jedince minoritních skupin obyvatelstva se zřetelem na edukaci, reedukaci a kompenzaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci, prevenci a prognostiku osob se zdravotním postižením a zdravotním či sociálním znevýhodněním.“

**Cílem** speciální pedagogiky je co největší možné začlenění jedince do většinové společnosti. Tento cíl je naplňován v souladu s aktuálními poznatky věd lékařských, pedagogických, psychologických i sociálních, nelze opomenout také vědy technické, výsledky jejichž výzkumů a vývoje pomáhají důsledky poškození kompenzovat.

**Předmětem** speciální pedagogiky jsou jedinci se znevýhodněním, kteří musí projít edukace a užitých speciálně pedagogických metod tak, aby se byli schopni se svým postižením vyrovnat, přijali jeho důsledky, znali možnosti kompenzace vzniklého deficitu a tyto kompenzační možnosti efektivně využívali.

### 1.2 Členění speciální pedagogiky

Speciální pedagogika se člení podle různých kritérií.

#### 1.2.1 ČLENĚNÍ AKADEMICKÉ

- základy speciální pedagogiky
- dějiny speciální pedagogiky
- komparativní speciální pedagogika
- speciálněpedagogická metodologie a diagnostika

## ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PŘEDMĚTU SPECIÁLNÍ GERONTAGOGIKA, POSTAVENÍ V SYSTÉMU VĚD, ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE, CÍL A PŘEDMĚT OBORU

- filozofie speciální výchovy (edukace)
- teorie komunikace osob se zdravotním postižením
- edukativní, (re)habilitace, teorie výchovy a didaktika osob se speciálními vzdělávacími potřebami, intervenční strategie
- nauka o speciálních školách a speciálněpedagogických institucích
- speciálně pedagogická pedeutologie (Valenta, 2014)

### 1.2.2 ČLENĚNÍ PODLE VĚKU

- speciální pedagogika raného věku
- speciální pedagogika předškolního věku
- speciální pedagogika školního věku
- speciální pedagogika dospělých (speciální andragogika)
- speciální pedagogika seniorů (speciální gerontagogika)

### 1.2.3 ČLENĚNÍ PODLE PŘEDMĚTU

- logopedie
- surdopedie
- tyflo(oftalmo)pedie
- psychopedie
- somatopedie
- etopedie
- speciální pedagogika osob s vícečetným postižením
- speciální pedagogika jedinců s parciálními nedostatky (specifické poruchy učení a chování, tzv. SPUCH).

Pokud aplikujeme vymezení předmětu na cílovou skupinu seniorů, potom vždy v rámci obsahově vymezené skupiny podle předmětu hovoříme o jedné její části. Přestože je tato dílčí část disciplíny zaměřena na nejstarší věkovou skupinu, je třeba stále zdůrazňovat její výchovný a vzdělávací kontext, zdůrazňovat význam diagnostiky, reedukace, terapeutických metod, metod zahrnujících zvláště terciální prevenci, ale zvláště podporu a vedení těchto jedinců jako nástroj udržení kvality jejich života ve stáří.

## 1.3 Speciální gerontagogika

### 1.3.1 DEFINOVÁNÍ A PŘEDMĚT

Speciální andragogika a gerontagogika jsou nejmladšími disciplínami speciální pedagogiky, které se ustavily v souvislosti s proměnou paradigmatu speciální pedagogiky, rozšířením sociálních a vzdělávacích služeb pro osoby se znevýhodněním, ale také demografickou křivkou. Müller (2013) za další důvod vzniku této disciplíny považuje podporovanou filozofii celoživotního učení.

K poslednímu sběru dat žily v České republice 1 077 673 osoby se zdravotním postižením, z toho 59 % (631 385) ve věku nad 60 let. (Výběrové šetření Výběrové šetření zdravotně postižených osob – 2013, dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>).

Tabulka č. 1: Základní charakteristiky zdravotně postižených osob v ČR

	Počet obyvatel (stav k 31. 12. 2012) *	Počet zdravotně postižených osob ***
<b>Celkem</b>	<b>10 516 125</b>	<b>1 077 673</b>
<b>Pohlaví **</b>		
<b>Muži</b>	<b>5 164 349</b>	<b>512 761</b>
<b>Ženy</b>	<b>5 351 776</b>	<b>564 912</b>
<b>Věkové složení obyvatel</b>		
0 - 14 let	1 560 296	64 307
15 - 29 let	1 881 844	65 143
30 - 44 let	2 495 730	109 947
45 - 59 let	2 075 490	206 891
60 - 74 let	1 794 618	333 211
75 +	708 147	298 174

\* Zdroj dat: [www.czso.cz/Kód: e-4003-13-Věkové složení obyvatel k 31. 12. 2012](http://www.czso.cz/Kód: e-4003-13-Věkové složení obyvatel k 31. 12. 2012)

Tabulka č. 2: Struktura seniorů dle různých typů postižení

Věková skupina	Typ zdravotního postižení							Celkem	Celkem zdravotně postižených osob
	tělesné	zrakové	sluchové	mentální	duševní	vnitřní*	jiné		
<b>Muži</b>									
60 - 74	78 142	9 364	10 467	6 610	14 777	134 608	6 154	<b>260 122</b>	175 793
75 +	46 807	12 596	16 471	5 908	8 760	77 739	4 970	<b>173 251</b>	98 414
<b>Ženy</b>									
60 - 74	79 481	10 432	6 747	7 308	16 820	113 509	7 929	<b>242 226</b>	157 418
75 +	118 202	35 844	32 674	11 795	30 272	153 599	16 302	<b>398 688</b>	199 760
<b>Celkem</b>									
60 - 74	157 622	19 796	17 215	13 919	31 596	248 118	14 082	<b>502 348</b>	333 211
75 +	165 009	48 440	49 144	17 703	39 032	231 339	21 272	<b>571 940</b>	298 174
<b>Celkem</b>	<b>500 167</b>	<b>102 195</b>	<b>86 476</b>	<b>104 574</b>	<b>145 517</b>	<b>716 993</b>	<b>54 327</b>	<b>1 710 249</b>	<b>1 077 673</b>

(Zdroj: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>)

## DEFINICE



V roce 2000 jako první definoval speciální gerontagogika Ján Jesenský. Vymezuje ji jako vědní disciplínu, která „studuje, zkoumá, systematizuje a vykládá poznatky o procesech

usměrňování a rozvíjení aktivit seniorů, jejich hodnotových orientací, poznatků kompenzačních i reedukačních schopností, dovedností a návyků vztahujících se ke specifickým kvalitám a potřebám života, k rolím a statusu handicapovaných seniorů, jejich společensko kulturního, technického a přírodního prostředí.“ (Jesenský, 2000, s. 275)

Podle Jesenského (2000) se ve stáří objevují stejné druhy postižení jako v dětství a dospělosti, jen mají jinou intenzitu, projevy a důsledky. Skupina se mírně proměňuje, přibývá (v souvislosti s „běžnými“ onemocněními spojenými se stárnutím organismu) kombinovaného postižení, naopak se téměř ztrácí skupina osob s poruchami chování, protože dle Jesenského (2000) dochází ve stáří k omezení až úplnému vymizení negativních projevů sociální narušenosti. *U skupiny specifických poruch učení naopak (po zlepšení stavu v období dospělosti) dochází k recidivám jednotlivých poruch, stejně jako k nárůstu nejružnějších duševních onemocnění (zejm. neuróz, depresí a demencí).* (Jesenský, 2000, s. 276)

Spojovacím článkem pro veškerou péči je udržení důstojnosti a kvality života, Speciálněgerontagogická péče by se měla také věnovat prevenci rizikového chování, udržení a případně formování stávající hodnotové orientace; edukaci, předcházení izolaci a osamocení. Mnoho psychologických problémů se nevyhýbá také seniorům s postižením, tedy i oni se musejí umět vyrovnat s odchodem do důchodu, úmrtím partnera, statutem pacienta. (Jesenský, 2000; Langer, 2006)

Měl by být kladen důraz na smysluplné naplňování volného času a podpora sociálních vazeb. Pochopitelně se přístup a naplňování stanovených cílů se bude lišit u raného, pravého stáří či patriarchálního věku. V rámci uplatňovaných zásad se nabízí zvláště zásada reedukačních a kompenzačních postupů, postupem času se snižuje tlak na naplňování zásady aktivity, samostatnosti, asertivity a emancipace. Důležité je zahrnout postupně zásadu vyrovnání se a akceptace s finálním stadiem života a smrtí.

Podle Langer (2006) má speciální gerontagogika tato specifika v porovnání s obecně chápanou speciální pedagogikou:

- senior s postižením využívá nabídku formálního a informálního vzdělávání dle svých potřeb a nikoli pod tlakem a nepřetržitě
- předpokládá se jeho aktivní účast
- speciální gerontagog seniora spíše doprovází, než by se snažil jeho život řídit.

**Předmětem speciální gerontagogiky** podle Müllera (2013, s. 8) jsou „nejen příčina znevýhodnění vyskytující se v období stáří a jeho „nositel“ (osoba seniorského věku vyžadující odbornou péči), ale především možnosti vědomé a cílené enkulturace (tj. socializace v nejširším slova smyslu – zde ve smyslu institucionální podpory daného jedince při vrůstání do kultury) takto znevýhodněných osob.“

### **1.3.2 POSTAVENÍ V SYSTÉMU VĚD**

Speciální gerontagogika je dílčí disciplínou speciální pedagogiky, která spadá mezi základní pedagogické vědy. Tedy v první řadě spolupracuje s vědami pedagogickými, protože je třeba znát to, co je obecné, abychom mohli aplikovat do pozice speciální a následně zúžit na skupinu seniorů.



V nadřazené kategorii tedy patří do věd společenských, přičemž je třeba akceptovat to, že se vzájemně obohacují i doplňují. Nejužší vztah je zjevně s psychologií, zvláště vývojovou psychologií, gerontopsychologií, patopsychologií, pedagogickou, poradenskou a klinickou psychologií.

Speciální pedagogika pochopitelně ve svých kořenech vychází z filozofie, významnou roli hraje také vazba na sociologii, etiku, estetiku, logiku, právní vědy, lingvistiku. Nicméně na rozdíl od ostatních pedagogických věd úzce spolupracuje s vědami lékařskými (je třeba mít základní povědomí o podstatě a dopadech defektu z lékařského hlediska, ale také sem nutno řadit např. spolupráci s gerontopsychiatrií) a technickými (v kontextu návrhů, vývoje, výroby a využívání kompenzačních pomůcek) včetně kybernetiky i otázek spojených s vývojem a využíváním umělé inteligence.

Speciální gerontagogika je interdisciplinárně pojímaná také z důvodu úzké spolupráce se sociálními vědami.

### 1.3.3 OBSAH SPECIÁLNÍ GERONTAGOGIKY

Speciální gerontagogika jako dílčí disciplína speciální pedagogiky z hlediska obsahového zaměření zahrnuje podle Müllera (2013) několik oblastí:

- teoretický základ
- základní terminologie
- metodologie
- diagnostika
- teorie rozvoje (udržení) lidského potenciálu seniorů se znevýhodněním
- teorie řízení a organizace v institucích a organizacích podporujících tuto cílovou skupinu.

### 1.3.4 CÍL SPECIÁLNÍ GERONTAGOGIKY

#### DEFINICE



Cílem speciální gerontagogiky je udržet či zvýšit kvalitu života člověka. Kvalita života bývá definována z různých úhlů pohledu, nicméně lze rozeznat objektivní a subjektivní kvalitu. Objektivně vnímaná kvalita života je dána většinou životními podmínkami člověka a jeho zdravím, subjektivní rovina je podle většiny odborné literatury vázána na osobní zkušenost, životní spokojenost, soulad mezi realitou a očekáváním. Významnou roli jistě hraje také vnímání tzv. sociální opory. Mühlpachr (2017) uvádí, že subjektivní spokojenost seniorů se váže k pocitům a prožitkům spokojenosti, štěstí, obav, samoty, strachu nebo naděje.

### 1.3.5 CÍLOVÁ SKUPINA SPECIÁLNÍ GERONTAGOGIKY

Müller (2013, s. 8) definuje skupinu osob, kterým se speciální gerontagogika věnuje, jako seniory, kteří mají „speciálněpedagogicky akceptovatelnou příčinu znevýhodnění (v níž se prolínají faktory involučního i chorobného charakteru) z pozice možného rozvoje (či udržení) jejich lidského potenciálu (podpory zejména prostřednictvím speciální edukace a terapeuticko-formativní intervence či prostřednictvím speciálního poradenství, sociální práce

a dalších vhodných podpůrných prostředků) uskutečňované za účelem udržení (nebo obnovení) žádoucího společenského postavení.

Cílovou skupinou speciální gerontagogiky jsou senioři s určitým typem postižení. Tato disciplína se formuje v posledních desetiletích, protože vzrůstá potřeba aplikovat metody speciální pedagogiky a gerontagogiky na populaci jedinců, kteří se začínají dožívat stále vyššího věku. Se zlepšováním se lékařské péče se jedinci s vrozeným postižením dožívají vyššího věku, současně se však objevuje mnoho onemocnění, které postižení způsobují ve starším věku (dříve se buď tak vysoký výskyt onemocnění nebyl, nebo lidé v podobné situaci nepřežili).

Cílovou skupinu lze rozčlenit do několika skupin.

PODLE DRUHU POSTIŽENÍ:

- poruchy tělesné (poruchy hybnosti, dlouhodobě nemocní; mohou být vrozené nebo vzniknout v důsledku chronických nemocí, úrazů, vážných chorob)
- poruchy komunikace (poruchy s přijímáním, zpracováním a vysíláním podnětů, které vznikly vrozeným poškozením, nebo došlo ke ztrátě komunikačních dovedností v průběhu života)
- poruchy mentální (vrozené defekty: mentální retardace a získané poškození integrity psychických funkcí, demence)
- poruchy smyslové (zrakové a sluchové postižení, které vzniklo jako vrozené nebo bylo způsobeno během života)
- poruchy chování (závažné odchylky ve vzorcích chování, které jsou z hlediska sociokulturní normy, psaných či nepsaných pravidel společenského soužití pro danou společnost nežádoucí, nechtěné nebo až nepřijatelné“ a lze je členit na poruchy disociální, asociální a antisociální (Fišer a kol., 2014, s. 35)

Valenta a kol. (2014) uvádějí zajímavé členění seniorů z hlediska jejich funkčního stavu (dle stavu aktivit denního života), který vypovídá o soběstačnosti, nezávislosti, schopnosti adaptace, fyzické, sociální a psychické zdatnosti. Rozlišují:

- elitní senior (samostatný, schopen mimořádných výkonů, např. otužilec)
- zdatný senior (žije samostatně, žije i o samotě, má dobrou tělesnou a duševní kondici)
- nezávislý senior (zvládá běžné aktivity, má nižší zdatnost – posedává, bolavé klouby, nízká svalová síla, selhává v zátěžových situacích)
- křehký senior (malá schopnost zdatnosti, odolnosti a adaptability), malá odolnost k zátěži, snadno se dekompenzují a musí vyhledávat pomoc u běžných aktivit)
- závislý senior (částečná až úplná ztráta soběstačnosti, zvládají sebeobsahu, ale jinak potřebují pomoci, pomoc s animací život k podnětům, komunikaci a smyslu)
- zcela závislý senior (vyžaduje pomoc i u základních aktivit, trvalý dohled, ošetřování při upoutání na lůžko, obvyklá inkontinence, vyžaduje ochranu a bezpečí)
- umírající senior (vyžaduje paliativní péči).

## 1.3.6 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE

### 1.3.6.1 Defekt

#### DEFINICE

Df

Kroupová a kol. (2016, s. 17) definují defekt jako „vada, porucha, úbytek nebo poškození, která se projevuje jako vážný a relativně trvalý nedostatek, ztráta nebo nepřítomnost určité funkce či orgánu.“

- **PODLE TYPU:**
- orgánový (ztráta, poškození nebo chybění v anatomické stavbě orgánu nebo orgánového celku)
- funkční (porucha funkce orgánu nebo orgánového systému, přičemž není původně poškozena jeho tkáň, jedná se zejména ve vztahu k činnosti nervové soustavy, činnosti či koordinace mozkových hemisfér)
- 
- **PODLE DOBY VZNIKU:**
- vrozené (vzniká v období prenatálním, perinatálním nebo raně postnatálním: např. vrozený šedý zákal, Downův syndrom, rozštěpy, dětská mozková obrna, vývojová dysfázie, kórtavost, retinopatie nedonošených, hluchota)
- získané (vznikají v průběhu života, např. těžká diabetes, epilepsie, úrazy oka, ohluchnutí po výbuchu, ochrnutí, amputace, afázie)
- 
- **PODLE STUPNĚ POSTIŽENÍ:**
- lehký stupeň
- střední stupeň
- těžký stupeň

### 1.3.6.2 Postižení

#### DEFINICE

Df

Postižení znamená dopad defektu na úrovni jedince, přičemž bývá definován jako zhoršená schopnost nebo neschopnost vykonávat určitou činnost způsobem nebo v rozsahu v dané společnosti běžným.

Kroupová a kol. (2016, s. 36) definují postižení jako „relativně trvalý, ireparabilní stav jedince, který se vyznačuje nedostatkem v integritě orgánu nebo funkce, a který způsobuje problémy v kognici, sensorické sféře, komunikaci, sociabilitě, mobilitě a sebeobsluze jedince.“

### 1.3.6.3 Defektivita



#### DEFINICE

Defektivita svojí podstatou znamená poruchu celistvosti (integrity) člověka, znamená dopad defektu a postižení na vztah jedince a společenského prostředí. Kroupová a kol. (2016, s. 17) vymezují tyto znaky defektivity:

- vytvoření průvodních změn ve struktuře osobnosti z důvodu promítání orgánového nebo funkčního defektu do sociální dimenze člověka
- jedná se o proces dlouhodobý, který vylučuje krátkodobé nebo přechodné porušení vztahů ke společnosti
- porucha společenských vztahů se také týká vztahů ke kolektivu lidí nepostižených
- narušení vztahů je dialektické (důsledky pro jedince i společnost)
- nejedná se o stav trvalý nebo uzavřený, podléhá změnám, které mohou působit pozitivně i negativně.
- Platí, že defektivita nemusí být přímo úměrná rozsahu defektu a omezení vyplývajícího z postižení. Je ovlivněna hlavně osobností jedince, jeho hodnotovým systémem, vlastnostmi, copingovými strategiemi, zkušenostmi, ale i sociálním okolím, zvláště rodinou.

Jedinci však často se svým postižením žijí celý život, takže u nich můžeme vnímat velké rozdíly v tom, jakou podporu od speciálního gerontologa vlastně potřebují. Můžeme využít analogie s definováním tzv. podpůrných opatření, která vstoupila do školské legislativy společně s tzv. inkluzivní vyhláškou.

STUPĚŇ 1: cílem podpory je aplikovat běžně dostupné metody, formy práce, které mohou působit jako prevence před sociálním vyčleněním. Důležitá je znalost jedince, jeho osobnostních vlastností, životní historie, sociální opory, protože díky tomu lze metody podpory aplikovat tak, aby se předešlo možným problémům.

STUPĚŇ 2: cílem podpory je využívat speciálně-pedagogické metody a formy práce s důrazem na individuální přístup, přičemž je důležitá dovednosti gerontopedagoga pružně reagovat na individuální potřeby a dle aktuální situace využívat jednotlivé aktivizující metody a hledat nové formy aktivit.

STUPĚŇ 3: práce s jedincem již vyžaduje velkou přípravu a přizpůsobení, je nutno využívat speciálních forem, metod a postupů, přičemž je nutné rovněž respektovat možnosti jedince. Jsou využívány v plné míře kompenzační a rehabilitační pomůcky.

STUPĚŇ 4: charakter potíží vyžaduje stanovení speciálního postupu, využívání speciálních náročnějších kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, rozsáhlejší úpravu prostředí odpovídající speciálním potřebám. V některých případech je nutné využívat náhradní formy komunikace (alternativní a augmentativní komunikace) s podporou potřebných pomůcek (komunikátory, PC, speciální klávesnice apod.), je sem zahrnuta i pomoc při pohybu a sebeobsluze.

STUPĚŇ 5: charakter potíží vyžaduje nejvyšší míru přizpůsobení organizace, obsahu, forem a metod práce s jedincem jeho potřebám a plné respektování jeho možností a omezení. V některých případech je nutné využívat náhradní formy komunikace (alternativní a augmentativní komunikace) s podporou potřebných pomůcek (komunikátory, PC, speciální klávesnice apod.), je sem zahrnuta i pomoc při pohybu a sebeobsluze. (<https://cosiv.cz/cs/2017/03/01/podpurna-opatreni-vycet-cleneni-priklady/>)

## SHRNUTÍ KAPITOLY



Speciální pedagogika patří mezi základní pedagogické vědy. V průběhu svého vývoje se rozčlenila na dílčí disciplíny, které lze rozdělit do skupin podle akademického rozčlenění, podle typu postižení, podle věkových specifik. Speciální gerontagogika je nemladší disciplínou speciální pedagogiky, jejímž hlavním cílem je udržet či zvýšit kvalitu života seniorů se specifickými potřebami. Jako každá vědní disciplína má stanoven svůj cíl, předmět, cílovou skupinu a základní terminologii. Stěžejními pojmy je defekt (porucha na úrovni orgánu nebo orgánového systému), postižení (porucha na úrovni jednotlivce) a defektivita (porucha vztahu k sobě samému i společnosti).

## KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Vyjmenujte dílčí disciplíny speciální pedagogiky podle akademického členění, podle věku cílových skupin, podle charakteru postižení.
2. Jaká vrozená postižení mohou seniora doprovázet od narození?
3. Co všechno ovlivňuje rozvinutí defektivitu?
4. Popište postavení speciální gerontagogiky v systému věd. Vysvětlete vazby mezi spolupracujícími disciplínami z hlediska jejich cílů.
5. Jaká je struktura cílové skupiny seniorů se specifickými potřebami z hlediska věku, pohlaví?

## KORESPONDENČNÍ ÚKOL



- Zpracujte podle dat Českého statistického úřadu strukturu osob nad 60 let věku s různým typem postižení, které rozlišíte alespoň podle dalších tří kritérií (např. příčiny postižení, stupně postižení, délky postižení, potřeby pomůcek, pohlaví, nejvyššího dosaženého vzdělání, rodinného stavu, bydlení). Tabulky okomentujte. Celkový rozsah: 3 NS.
- Vyhledejte tři definice pojmu ENKULTURACE a napište úvahu na téma enkulturace a senior se znevýhodněním. Vše v rozsahu min. 3 NS včetně uvedení zdrojů.



## PRO ZÁJEMCE

Vyberte si další pojmy základní terminologie speciální pedagogiky či gerontagogiky a vyhledejte ke každému z nich alespoň tři definice z různých zdrojů, přičemž jeden zahraniční. Rozsah: 10 pojmů.



## ZDROJE

Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání. Podpůrná opatření – výčet, členění, příklady [online]. Praha: COSIV, 2018 [cit. 21. 2. 2019]. Dostupné z: <https://cosiv.cz/cs/2017/03/01/podpurna-opatreni-vycet-cleneni-priklady/>.

Český statistický úřad. Výběrové šetření zdravotně postižených osob – 2013 [online]. Praha: CSÚ, 2014 [cit. 2. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>.

FISCHER, Slavomil et al. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.

KROUPOVÁ, Kateřina a kol. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5264-8.

LANGER, Jiří. Speciálněpedagogická andragogika a gerontoandragogika. In *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 79-85. ISBN 80-244-1479-1.

MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD, 2017. ISBN 978-80-7392-260-3.

MÜLLER, Oldřich. *Speciálněpedagogická gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3688-3.

VALENTA, Milan et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

## 2 LEGISLATIVA TÝKAJÍCÍ SE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ. SYSTÉM PÉČE O JEDINCE S POSTIŽENÍM V DO-SPĚLOSTI A STÁŘÍ

### RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Kapitola zahrnuje základní legislativní ukotvení problematiky práv a ochrany jedinců se zdravotním postižením v národním i mezinárodním měřítku. Zvláštní pozornost je věnována aktuálním dokumentům souvisejícím s právy občanů se zdravotním postižením. Druhá část kapitoly zahrnuje informace o službách, které jsou v České republice zřizovány zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

### CÍLE KAPITOLY



Cílem kapitoly je vymežit základní legislativu, která se váže k dodržování práv osob se zdravotním postižením. Student se po prostudování bude orientovat v základních národních i legislativních dokumentech, pochopí provázanost českého a evropského kontextu. Porozumí následné vazbě na služby sociálního systému státu, v jehož rámci může po absolvování pracovat. Dokáže zjištěné aplikovat na konkrétní situace ve svém kraji.

### KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Právo, rovnost x rovnoprávnost, národní akční plán, úmluva o právech osob se zdravotním postižením, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence.

### ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



1. Ke studiu kapitoly bude potřeba odhadem asi 2 hodiny.
2. Odpovědi na otázky: 20 minut.
3. Vypracování korespondenčního úkolu: 2 hodiny (dojít do knihovny, vyhledat knihu, vypůjčit si ji, pročíst, zformulovat písemné sdělení, zpracovat odpověď a vložit na e-learning).
4. Vypracování úkolu pro zájemce: 4 hodiny.
5. Autoevaluační test: 5 minut.

## STUDIJNÍ TEXT

Uznání a ochrana práv jedinců se zdravotním postižením je zahrnuta v řadě národních i mezinárodních dokumentů.

Následně je v textu uveden přehled právních norem, které se k problematice osob se zdravotním postižením vážou.

Df

## DEFINICE

Jak uvádí Michalík (2011, s. 62), při procesních definicích je potřeba rozlišovat mezi pojmem rovnoprávnost a rovnost. „Přestože si lidé nejsou a nemohou být rovni (liší se původem, vzděláním, majetkem, ale i temperamentem či barvou vlasů), mohou být sobě navzájem i vůči orgánům veřejné moci rovnoprávní.“

### 2.1 Legislativní ukotvení práv osob se zdravotním postižením

#### Všeobecná deklarace lidských práv

přijata 10. 12. 1948

Článek 1: „Všichni lidé rodí se svobodní a rovni co do důstojnosti a práv“

(ilustrované vydání: [https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/12/UDHR\\_2015\\_11x11\\_CZ2.pdf](https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/12/UDHR_2015_11x11_CZ2.pdf))

<http://www.lidskaprava.cz/student/uvod-do-lidskych-prav/clanky/vseobecna-deklarace-lidskych-prav>)

#### Evropská konvence o ochraně lidských práv a základních svobod

1950, Rada Evropy

#### Evropská sociální charta

18. 10. 1961 v Turínu, přijala Rada Evropy (*S Chartou vyslovil souhlas Parlament České republiky, prezident republiky Chartu ratifikoval. Ratifikační listina České republiky byla uložena u generálního tajemníka Rady Evropy dne 3. listopadu 1999.*)

Charta definuje obsah jednotlivých práv a vymezuje práva kategorií osob vyžadujících zvláštní ochranu. Lidem se zdravotním postižením jsou věnována ustanovení, které se týkají práva na využívání sociálních služeb, odborný výcvik, rehabilitaci a sociální readaptaci, právo na práci „Osoby zdravotně postižené mají právo na přípravu k výkonu zaměstnání a na profesní a sociální readaptaci, bez ohledu na původ a povahu jejich postižení.“

<https://www.mpsv.cz/files/clanky/1218/esch.pdf>

#### Deklarace práv zdravotně postižených osob

Deklarace práv zdravotně postižených osob byla vyhlášena Valným shromážděním OSN dne 9. 12. 1975. Důležité je ustanovení, které zdůrazňuje, že je třeba chránit člověka se zdravotním postižením nejen v rámci pracovního procesu, ale směřovat ke komplexní ochraně lidských práv.



### **Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů**

20. 6. 1983, Mezinárodní organizace práce

Zajímavý např. článek 4: *Zmíněná politika má být založena na zásadě rovných možností pro invalidy a pro ostatní pracovníky. Je třeba dbát rovných možností a zacházení s invalidními pracovníky a invalidními pracovníci. Zvláštní pozitivní opatření, jež mají zajistit skutečnou rovnost možností a zacházení s invalidními pracovníky a ostatními pracovníky, nesmějí být pokládána za diskriminační vůči ostatním pracovníkům.*

<https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/04/ILO-159-pracovni-rehabilitace.pdf>

### **Úmluva o právech dítěte**

1989, OSN, Česká republika implementovala Úmluvu o právech dítěte do svého právního řádu v roce 1991 na základě zákona č.3/1993 Sb.

čl. 23: „Duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti.“

<https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-o-pravech-ditete.pdf>

### **Smlouva o fungování Evropské unie**

Ustanovení článku 19 (dříve čl. 13 Smlouvy o založení Evropských společenství) podporuje ustavení legislativy zaměřené na boj proti diskriminaci, mezi jinými, na základě zdravotního postižení.

[https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:2bf140bf-a3f8-4ab2-b506-fd71826e6da6.0008.02/DOC\\_2&format=PDF](https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:2bf140bf-a3f8-4ab2-b506-fd71826e6da6.0008.02/DOC_2&format=PDF)

### **Listina základních práv Evropské unie**

V článku 21 se obecně zakazuje diskriminace, ve výčtu uvedeno i z důvodu zdravotního postižení a dále v článku 26 *Unie uznává a respektuje právo osob se zdravotním postižením na opatření, jejichž cílem je zajistit jejich nezávislost, sociální a profesní začlenění a jejich účast na životě společnosti.*

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT>

### **Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**

2. 10. 1993 přijato Valné shromáždění OSN. Standardní pravidla v odst. 17 pojmenovávají rozdíl mezi pojmem „postižení“ a „handicap“. Z formulace vyplývá, že pojem „handicap“ implikuje existenci konfliktu se společenským prostředím.

17. *Termín "postižení" zahrnuje velké množství různých funkčních omezení, která se vyskytují v každé populaci ve všech zemích světa. Lidé mohou být postiženi fyzickou, mentální nebo smyslovou vadou, zdravotním stavem nebo duševním onemocněním. Takovéto vady, stavy nebo onemocnění mohou být trvalého nebo přechodného rázu.*

18. Handicap je ztráta nebo omezení příležitosti účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní. Termín "handicap" označuje konflikt osoby s postižením a prostředí. Účelem tohoto termínu je položit důraz na nedostatky v prostředí i v mnoha organizovaných aktivitách ve společnosti, např. informacích, komunikaci a vzdělávání, které zabraňují osobám se zdravotním postižením, aby se zapojily za vyrovnaných podmínek.

<http://www.lidomezilidmi.cz/servis/standardni-pravidla-pro-vyrovnani-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim>

### 2.1.1 ÚMLUVA O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM (CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES)

Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením přijalo Valné shromáždění OSN dne 13. prosince 2006 s platností od 3. května 2008. Česká republika ji podepsala 30. března 2007. „Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti.“



#### DEFINICE

Úmluvu tvoří celkem 50 článků, které podtrhují princip rovnoprávnosti, je zde zaručeno plné uplatnění všech lidských práv, včetně práva na vzdělávání a podpora aktivního zapojení jedinců se zdravotním postižením do společnosti. Současně je zdůrazňováno respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti. Důraz je kladen na rovnost, svobodu a nediskriminaci, respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislost.

V úmluvě se za jeden z hlavních úkolů považuje **obecné zvyšování povědomí v celé společnosti** i na úrovni rodiny o situaci osob se zdravotním postižením. Za důležité je považováno odstranit stereotypy, předsudky a nevhodné chování ve vztahu k osobám se zdravotním postižením a podporovat povědomí o schopnostech a přínosu osob se zdravotním postižením. Doporučováno je přijetí opatření, která budou tento cíl naplňovat.

V článku 4 je např. cíl provádět či podporovat výzkum a vývoj, který zajistí:

- provádět nebo podporovat výzkum a vývoj
- podporovat dostupnost a využití nových technologií, včetně informačních a komunikačních technologií, kompenzačních pomůcek, zařízení a podpůrných technologií vhodných pro osoby se zdravotním postižením
- poskytovat osobám se zdravotním postižením přístupné informace o kompenzačních pomůckách, zařízeních a podpůrných technologiích

V článku 7 se zdůrazňuje, že děti se zdravotním postižením musí mít možnosti a svobody rovnoprávné s ostatními dětmi,

V článku 8 je zdůrazňováno iniciování a vedení účinných veřejných osvětových kampaní, které budou:

- vychovávat k vnímavosti k právům osob se zdravotním postižením,
- podporovat pozitivní vnímání osob se zdravotním postižením a lepší společenské povědomí v tomto směru;
- podporovat uznání dovedností, zásluh a schopností osob se zdravotním postižením a jejich přínosu na pracovišti i na trhu práce;
- podporu všech sdělovacích prostředků při zobrazování osob se zdravotním postižením způsobem, který je v souladu s účelem této úmluvy
- podporu osvětových programů týkajících se osob se zdravotním postižením a jejich práv.

Článek 9 zdůrazňuje např. zajištění přístupu osob se zdravotním postižením, na rovnoprávném základě s ostatními:

- k hmotným životním podmínkám,
- k dopravě,
- informacím a komunikaci, včetně informačních a komunikačních technologií a systémů,
- k dalším zařízením a službám dostupným nebo poskytovaným veřejnosti, a to v městských i venkovských oblastech
- identifikovat a odstraňovat překážky a bariéry bránící přístupnosti,
- vybavit budovy a další veřejně přístupná zařízení značením v Braillově písmu a ve snadno čitelných a srozumitelných formách;
- zajistit různé formy asistence a prostředníky, včetně průvodců, předčítatelů a profesionálních tlumočnicků znakového jazyka, k usnadnění přístupu do budov a dalších veřejně přístupných zařízení;

Článek 19 se týká možnosti nezávislého způsobu života a zapojení do společnosti. Zapojeným státům je ukládáno, aby učinili taková opatření, aby jedinci se zdravotním postižením:

- si mohli zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí;
- měli přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci;
- mohli využívat komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti, aby byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby.

Článek 20 podněcuje k přijetí účinných opatření k zajištění osobní mobility osob se zdravotním postižením s maximální možnou mírou nezávislosti, mimo jiné tím, že:

- umožní osobní mobilitu takovou formou a v takovém čase, které si samy zvolí, a to za přijatelnou cenu;

- umožní přístup ke kvalitním kompenzačním pomůckám, zařízením, podpůrným technologiím a k různým formám asistence a prostředníků, mimo jiné i tím, že je učiní finančně dostupnými;
- zajistí osobám se zdravotním postižením a odbornému personálu, který s nimi pracuje, proškolení v otázkách týkajících se mobility;
- motivují subjekty, které vyrábějí kompenzační pomůcky, zařízení a podpůrné technologie, aby přihlížely ke všem aspektům mobility osob se zdravotním postižením.

Článek 22 se váže k respektování soukromí. Je zdůrazňováno, že žádný jedinec se zdravotním postižením *nesmí být vystaven svévolnému nebo nezákonnému zasahování do soukromého života, do rodiny, domova nebo korespondence, či jiných typů komunikace, ani nezákonným útokům na svou čest a pověst.*

V článku 24, odstavci 2a) je zdůrazňována nutnost nevykloučovat kvůli zdravotnímu postižení z bezplatného a povinného základního vzdělávání nebo středního vzdělávání, aby byl zachován přístup k inkluzivnímu, kvalitnímu a bezplatnému základnímu vzdělávání a střednímu vzdělávání v místě, kde žijí a byla jim poskytována přiměřená úprava podle individuálních potřeb.

Od 22. května 2018 byl zřízen 11členný Poradní orgán veřejného ochránce práv pro oblast ochrany práv osob se zdravotním postižením v souladu s čl. 33 úmluvy a § 21c, §25a odst. 1 a 3 Zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění zákona č. 198/2017 Sb.

<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

[https://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva\\_CJ\\_rev.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf)

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-349>

<http://www.eznam.cz/index.php/legislativa/umluva-o-pravech-zp>

## 2.1.2 NÁRODNÍ DOKUMENTY

### 2.1.2.1 LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD

Listina základních práv a svobod (dále jen LZPS) byla v ČR přijata zákonem č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod, ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.



#### DEFINICE

První věta článku 1 „*Lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech!*“

Článek 3 a 29 LZPS zdůrazňuje právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a právo na zvláštní pracovní podmínky pro zdravotně postižené v rámci tzv. sociálních práv.

<http://zakony.centrum.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod/>

## DEFINICE

Df

V ČR byl ustaven **Vládní výbor pro zdravotně postižené občany** usnesením vlády ČR č. 151 v roce 1991 ze dne 8. 5. 1991 č. 151. Výbor se zabývá problémy, které nemůže samostatně vyřešit jediný resort. Jeho cílem je pomáhat při vytváření rovnoprávných příležitostí pro občany se zdravotním postižením ve všech oblastech života společnosti.

Vládní výbor se podílel na aktuálně platném dokumentu *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020*.

[https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020-revize-2018\\_1.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020-revize-2018_1.pdf)

### 2.1.2.2 *Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení*

srpen 1993

Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení vznikl na základě iniciativy Vládního Výboru pro zdravotně postižené občany a vychází ze zkušeností získaných při plnění Národního plánu pomoci zdravotně postiženým občanům (schváleno 1992), *přičemž akcentuje nutnost dobrého hospodaření s omezenými finančními prostředky, které musí být směřovány tam, kde přinesou největší efekt, finanční prostředky pro sociální pomoc pak musí být směřovány k těm, kteří je potřebují nejnaléhavěji.*

## DEFINICE

Df

Kromě důrazu na adresnost finančních prostředků více podporuje vlastní iniciativu a aktivitu jedinců se zdravotním postižením a zdůrazňuje větší zainteresovanost na odstraňování architektonických, orientačních, komunikačních a psychologických. Tyto prvky spadají do kompetence nejen státu, ale i fyzických a právnických osob.

<https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/npo93.pdf>

### 2.1.2.3 *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020*

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany sestavil *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020*, který 25. května 2015 vláda České republiky projednala a usnesením č. 385 schválila. Tento plán byl každoročně revidován a upraven dle usnesení vlády České republiky ze dne 27. června 2016 č. 594, ze dne 11. září 2017 č. 632 a ze dne 31. července 2018 č. 501.

V rámci tohoto plánu je ve 4. kapitole vymezeno 16 strategických oblastí podpory osob se zdravotním postižením. Patří mezi ně:

- rovné zacházení a ochrana před diskriminací
- osvětová činnost
- přístupnost staveb, dopravy a komunikací
- mimořádné události a krizové situace
- rovnost před zákonem a přístup ke spravedlnosti
- nezávislý život

- osobní mobilita
- přístupnost informací a veřejných služeb
- život v rodině
- vzdělávání a školství
- zdraví a zdravotní péče
- rehabilitace
- zaměstnávání
- sociální zabezpečení a sociální ochrana
- participace osob se zdravotním postižením a jejich organizací na správ věcí veřejných
- přístup ke kulturnímu dědictví a účast na kulturním životě

Celkově jde o šestý plán, který podporuje začlenění jedinců se zdravotním postižením do společnosti. Nově věnuje pozornost podpoře inkluzivního vzdělávání, podpoře zaměstnanosti osob se ZP a naléhavé potřebě financování sociálních služeb. (Národní plán rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, 2016. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020-revize-2018\\_1.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020-revize-2018_1.pdf)).

#### **2.1.2.4 Antidiskriminační zákon**

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)

Níže vyjměme odstavce vážící se k osobám se zdravotním postižením:

§2, (3) *Přímou diskriminací se rozumí takové jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru, a dále v právních vztazích, ve kterých se uplatní přímo použitelný předpis Evropské unie z oblasti volného pohybu pracovníků, i z důvodu státní příslušnosti.*



#### **DEFINICE**

§3,

(2) *Nepřímou diskriminací z důvodu zdravotního postižení se rozumí také odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, k výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu nebo jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství, nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání, nebo aby mohla využít služeb určených veřejnosti, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení.*

(3) *Při rozhodování o tom, zda konkrétní opatření představuje nepřiměřené zatížení, je třeba vzít v úvahu*

*a) míru užítka, kterou má osoba se zdravotním postižením z realizace opatření,*

*b) finanční únosnost opatření pro fyzickou nebo právnickou osobu, která je má realizovat,*

*c) dostupnost finanční a jiné pomoci k realizaci opatření a*

d) *způsobilost náhradních opatření uspokojit potřeby osoby se zdravotním postižením.*

## 2.2 Systém péče o jedince s postižením do roku 1989

Tato podkapitola je věnována systému péče o jedince s postižením, který byl platný do roku 1989. Je sem zařazena z toho důvodu, že většina současných seniorů tímto systémem prošla a budoucím edukantům se historická orientace může např. v rámci reminiscenčních terapií hodit.

Vzdělávání jedinců s postižením v českých zemích započalo intenzivně až ve 20. století, nicméně i dříve lze dohledat snahy o zakládání odborných ústavů. Příkladem je rok 1786, kdy založila zednářská lóže U sedmi hvězd dobročinný Pražský ústav pro hluchoněmé. Vyučovalo se ve znakovém jazyce a u některých žáků se rozvíjela i artikulace. První vzdělávací ústav pro nevidomé založen roku 1807 v Praze na Hradčanech profesorem Aloisem Klárem. *Do konce 19. století vzniklo na území Čech a Moravy sedm podobných ústavů, v roce 1938 již na našem území působilo 16 vzdělávacích zařízení pro děti se sluchovým postižením.* (Nastroje\_a\_opatreni\_ve\_vzdelavani\_osob\_se\_zdravotnim\_a\_jinym\_znevyhodnenim.pdf).

Zákon 86/1929 ze dne 24. května 1929 zřizuje dětem ve věku školou povinném pomocné školy (třídy): *se pro nedostatek duševních schopností nemohou s náležitým prospěchem vzdělávat v obecné škole, jež však jsou vzdělání schopny, poskytovaly výchovy a nejpotřebnějšího vzdělání, kterého jinak dětem pravidelně vyvinutým poskytovat má obecná škola.*

Po 2. světové válce zřizování speciálních škol upravilo přijetí Zákon 95/1948 o základní úpravě jednotného školství (školský zákon) v dubnu 1948, v jehož úvodním ustanovení je zdůrazněno, že „*veškeré mládeži se dostane jednotné výchovy a obecného i odborného vzdělání na školách, které tvoří jednotnou soustavu.*“ V § 60 je vymezeno, že školy pro mládež vyžadující zvláštní péči jsou určeny *zejména pro mládež tělesně vadnou a s vadami smyslu a řeči, duševně a mravně vadnou, postiženou chorobami a umístěnou v léčebných ústavech a ozdravovnách.* (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1948-95#cast5>). Tento zákon rozdělil českou školskou soustavu v podstatě na dva proudy, a to „běžný“ a „speciální“. Podle Müllera (2001) však byly ze systému vyčleněny děti s kombinovaným a těžkým mentálním postižením. V prosinci 1960 byl výše uvedený zákon nahrazen **Zákonem č. 186/1960 Sb. o soustavě výchovy a vzdělání** (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1960-186>)

Poprvé se objevuje také charakteristika předškolního vzdělávání v roce 1978, konkrétně v §3 zákona č. 76/1978 Sb., Zákon České národní rady o školských zařízeních. V § 31b je dokonce uvedeno, že *funkci školských výchovných zařízení plní též zařízení sociální péče, v nichž se osobám se zdravotním postižením poskytuje vzdělání a výcvik pro vhodná pracovní uplatnění podle předpisů o sociálním zabezpečení; tato zařízení mohou plnit též funkci střediska praktického vyučování.* Dokonce podrobnosti o vzdělávání a výcviku stanoví MPSV.

Podrobnější charakteristiky jsou uvedeny až ve čtvrté části zákona č. 29/1984 Sb., Zákon o soustavě základních a středních škol (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1984-29>).

V tomto zákoně je v § 29 vymezeno, že „*Speciální školy poskytují pomocí zvláštních výchovných a vyučovacích metod, prostředků a forem výchovu a vzdělávání žákům mentálně, smyslově nebo tělesně postiženým, žákům s vadami řeči, žákům s více vadami, žákům obtížně vychovatelným a žákům nemocným a oslabeným, umístěným ve zdravotnických zařízeních; připravují tyto žáky k začlenění do pracovního procesu a života společnosti.*“ Současně však se poprvé objevuje požadavek na rovnocennost získaného vzdělání ve vztahu ke vzdělání získanému v běžném typu školy. Podle Müllera (2001) tento zákon nezaručoval právo na vzdělávání ve znakové řeči ani v Braillově písmu, stejně jako nebyla uvedena možnost vzdělávání postiženého dítěte na běžné škole.

Existující systém škol zahrnoval nejen školy segregáčně nastavení pouze pro jeden typ postižení (zrakové, sluchové, tělesné, vady řeči, mentální), ale také pro jednotlivé stupně postižení (např. školy pro nevidomé, neslyšící, slabozraké, nedoslýchavé, zvláštní, pomocné).

### 2.3 Systém péče o dospělé a seniory se zdravotním postižením

Jak již víte z předchozí kapitoly, skupina seniorů se zdravotním postižením se stále zvětšuje, proto je třeba speciálně-pedagogickou pozornost věnovat i této skupině. Tvoří ji dvě skupiny, a to jedinci, jejichž zdravotní postižení vzniklo v předchozích vývojových etapách, případně se s ním narodili, a druhá skupina, jejichž zdravotní postižení se rozvinulo až ke konci starší dospělosti nebo v období stáří. Třetí skupinou jsou pak senioři, kteří žili se zdravotním postižením a kterým se přidalo ještě další postižení vzniklé v období stáří a jsou nuceni učit se novým kompenzačním činnostem, než na jaké byli dosud zvyklí.



#### DEFINICE

**Je třeba nabízet takovou podporu, která umožní udržet kvalitu života ve smyslu co největší samostatnosti, nezávislosti v běžných aktivitách, podpoře udržení a rozvoje nabytých schopností a dovedností v průběhu dosavadního života** (Slowík, 2016).

Starat se o seniora se zdravotním postižením bývá velmi náročné, zvláště při kumulaci postižení a zhoršené schopnosti komunikace, tudíž vyjadřování potřeb a přání. Proto Slowík (2016) apeluje na průběžné vzdělávání pečujících pracovníků nebo rodin, které by mělo být zaměřeno na alternativní a augmentativní způsob komunikace, manipulace s nepohyblivým člověkem, používání kompenzačních pomůcek, metody animace a aktivizace. „*Aktivizace může mít různé podoby, prioritou je však orientace na zvládnutí každodenních běžných činností (sebeobsluhy, pozitivní prožívání, udržování vztahů s druhými lidmi.*“ (Slowík, 2016, s. 159)

Podpora státu směrem k dospělým a seniorům se zdravotním postižením se váže ke třem oblastem: speciálně-pedagogické, pracovní a sociální. Müller (2008) uvádí, že v oblasti speciálně-pedagogické se jedná o nabídku individuálních kurzů, vzdělávání, zájmové činnosti; v oblasti pracovní potom běžné i podporované zaměstnávání, chráněná pracoviště;



v sociální oblasti je podpora v rámci chráněného či podporovaného bydlení, osobní asistence, denních center, komunitní podpory apod.

Speciálně-pedagogickou podporu je podle Müllera (2008) v rámci zařízení institucionální péče možno poskytovat:

- souběžně s rehabilitační péčí ve zdravotnictví
- přípravy na zvládání pracovních návyků a podpora při zaměstnávání
- v rámci převážně nestátních neziskových organizací či univerzit třetího věku nabízet různé vzdělávací akce, např. přednášky, workshopy, prezentace nových kompenzačních pomůcek, kurzy cizího jazyka, práce s počítači, s telefony apod.
- převážně opět v neziskovém sektoru mít dostatečnou nabídku volnočasových, zájmových aktivit buď přímo v organizaci, nebo motivačně přenesené do domácího prostředí
- v rámci podpory společenských kontaktů v rámci setkávání při různých příležitostech (oslavy, zájezdy, soutěže)
- seberealizovat se při zapojování se do veřejného života (dobrovolnická práce s dětmi, výrobky pro nemocné děti, předčítání v nemocnici).

Speciálně-gerontagogické působení je možno v rámci různých sociálních služeb Česká republika po roce 1989 pružně zareagovala na aktuální trendy podporované v zahraničí a postupně změnou nastaveného systému sociální péče ustavila zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nových 31 typů sociálních služeb, které mají společného jmenovatele: podporovat kvalitní a důstojný život jedinců s postižením.

Procházková a kol. (2014) zdůrazňuje proměnu poskytování sociálních služeb od direktivního působení ke smluvní spolupráci, která je založena na vztahu poskytovatele a uživatele služby. Sociální péči už neposkytuje pouze stát, ale mnoho dalších poskytovatelů, převážně v rámci neziskového sektoru. Pozornost je věnována kvalitě poskytovaných služeb, což dokladuje od roku 2007 závazná vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění **popisující Standardy kvality sociálních služeb**.

V rámci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se rozlišují služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství. Sociální služby se uskutečňují formou poskytovou, ambulantní nebo terénní.

### 2.3.1 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

V zákoně 108/2006 Sb. je sociální poradenství zahrnuto ve druhém díle. Tvoří je základní a odborné sociální poradenství.

§ 37, odst. 2 **Základní sociální poradenství** (informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace)

§ 37, odst. 3 **Odborné sociální poradenství** (je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.)

### 2.3.2 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE

V zákoně 108/2006 Sb. jsou služby sociální péče zahrnuty ve třetím díle, přičemž jejich cílem je *zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost, podpořit život v přirozeném sociálním prostředí a umožnit zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.*

Služby sociální péče tvoří 14 služeb:

§39 **Osobní asistence** (terénní služba v přirozeném prostředí i pro jedince se zdravotním postižením)

§40 **Pečovatelská služba** (terénní nebo ambulantní služba i pro jedince se zdravotním postižením)

§41 **Tísňová péče** (nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života, která zahrnuje mj. také sociálně terapeutické činnosti)

§42 **Průvodcovské a předčitatelské služby** (terénní nebo ambulantní služba pro jedince s poruchami v orientaci nebo komunikaci)

§43 **Podpora samostatného bydlení** (terénní služba i pro jedince se zdravotním postižením poskytující pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti apod. u jedinců, jejichž stav si vyžaduje další fyzickou osobu)

§44 **Odlehčovací služby** (terénní, pobytové a ambulantní služby i pro jedince se zdravotním postižením, které nabízejí odpočinek rodinám, které se dlouhodobě starají o jedince s postižením)

§45 **Centra denních služeb** (ambulantní služba i pro jedince se zdravotním postižením, která mj. nabízí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a rozvíjí sociálně terapeutické činnosti)

§46 **Denní stacionáře** (ambulantní služba i pro jedince se zdravotním postižením)

§47 **Týdenní stacionáře** (pobytové služby i pro jedince se zdravotním postižením)

§48 **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** (pobytová služba i pro jedince se zdravotním postižením)

§49 **Domovy pro seniory** (pobytová služba určená osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku)

§50 **Domovy se zvláštním režimem** (pobytová služba, která je určena jedincům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a jedincům se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.)

§51 **Chráněné bydlení** (má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení)

§52 **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče** (pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb)

### 2.3.3 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE

V zákoně 108/2006 Sb. jsou služby sociální prevence zahrnuty ve čtvrtém díle, přičemž jejich cílem je *zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.*

Služby sociální prevence tvoří 18 služeb:

§54 **Raná péče** (terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let)

§55 **Telefonická krizová pomoc** (terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami)

§56 **Tlumočnické služby** (terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná osobám s poruchami komunikace, jejichž postižení zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby)

§57 **Azylové domy** (pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení)

§58 **Domy na půl cesty** (pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku)

§59 **Kontaktní centra** (nizkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách s cílem snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

§60 **Krizová pomoc** (terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami)

§60a **Intervenční centra** (ambulantní, terénní nebo pobytová služba určená osobám, které byly ohroženy násilným chováním jiné osoby obývající s ní společné obydlí)

§61 **Nizkoprahová denní centra** (ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší)

§62 **Nizkoprahová zařízení pro děti a mládež** (ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy)

§63 **Noclehárny** (ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování)

§64 **Služby následné péče** (ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstingují)

§65 **Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi** (terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje)

§66 **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** (ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením)

§67 **Sociálně terapeutické dílny** (ambulantní služby určené také jedincům se zdravotním postižením, jejichž cílem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.)

§68 **Terapeutické komunity** (pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním)

§69 **Terénní programy** (terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy)

§70 **Sociální rehabilitace** (*soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.*)

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#f3011299>

### 2.3.4 FINANČNÍ PODPORA STÁTU

V rámci nového systému sociálních služeb byl také upraven systém dávek.

#### 2.3.4.1 Příspěvek na péči

Na příspěvek na péči má nárok osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné druhé osoby, přičemž jeho výše je určena tzv. stupněm závislosti. Aktuálně je právní úprava daná zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.



## DEFINICE

Z poskytnutého příspěvku dotyčná osoba hradí pomoc, kterou může dle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. (<https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>)

Při posuzování stupně závislosti osoby se kromě zdravotního posudku v přirozeném prostředí hodnotí sociálním šetřením:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity
- a péče o domácnost.

Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje na základě písemné žádosti na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce, který nejprve provádí sociální šetření zaměřené (viz výše) na schopnost uspokojovat životní potřeby v přirozeném sociálním prostředí. Následně je zaslána okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby, při níž se vychází ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka Úřadu práce vydá rozhodnutí o přiznání příspěvku.

K 30. 3. 2019 je výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc následující:

- 880 Kč (stupeň I, lehká závislost)
- 4 400 Kč (stupeň II, středně těžká závislost)
- 8 800 Kč (stupeň III, těžká závislost)
- 13 200 Kč (stupeň IV, úplná závislost).

(<https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>)

#### **2.3.4.2 Dávky pro osoby se zdravotním postižením**

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 388/2011 Sb., upravují dávky pro osoby se zdravotním postižením. Podle této platné legislativní úpravy mají osoby se zdravotním postižením právo na příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkaz osoby se zdravotním.

### **Průkaz osoby se zdravotním postižením**

Nárok na průkaz má *osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.*

Existují:

- na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „TP“ (průkaz TP) má nárok osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra)
- na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ (průkaz ZTP) má nárok osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra
- na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP/P“ (průkaz ZTP/P) má nárok osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Více informací o výhodách vázících se k průkazům najdete na <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/prukaz>

### **Příspěvek na mobilitu**

*Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka, která je určena osobě starší 1 roku:*

- která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P podle pravidel od 1. 1. 2014,
- která se opakovaně v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována,
- které nejsou poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče,
- z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby uvedené v předchozí odstavci,
- nárok na výplatu nenáleží za kalendářní měsíc, jestliže je oprávněné osobě po celý tento kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace.

Výše dávky: 550 Kč měsíčně. Vyplácí se tzv. zpětně, to znamená do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který náleží. <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>

### **Příspěvek na zvláštní pomůcku**

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení v rámci dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který trvá nebo má trvat déle než 1 rok.

Zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsahu nebo jí potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím.

Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena, je obsažen ve vyhlášce č. 388/2011 Sb. (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-388>). Příspěvek se poskytuje i na pomůcku, která ve vyhlášce uvedena není, a to za podmínky, že jí krajská pobočka ÚP považuje za srovnatelnou s některou z pomůcek, která ve vyhlášce uvedena je.

#### Stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku

- Pokud je cena zvláštní pomůcky nižší než 10 000 Kč, vyplatí se příspěvek jen osobě, která má příjem (příjem s ní společně posuzovaných osob) nižší než 8násobek životního minima jednotlivce nebo životního minima společně posuzovaných osob. Výše příspěvku na zvláštní pomůcku se stanoví tak, že spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky, nejméně však 1 000 Kč.
- Pokud je cena zvláštní pomůcky vyšší než 10 000 Kč, je spoluúčast osoby 10 % z ceny. Jestliže osoba nemá dostatek finančních prostředků ke spoluúčasti, krajská pobočka ÚP určí nižší míru spoluúčasti, minimálně však 1 000 Kč.
- Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla činí 200 000 Kč, se zvyšujícím se příjmem se snižuje. Nejnižší výše dávky je 100 000 Kč.

## **SHRnutí KAPITOLY**



První polovina kapitoly byla věnována legislativnímu ukotvení práv a ochrany jedinců se zdravotním postižením. V řadě mezinárodních dokumentů jsou vymezeny povinnosti státu chránit osoby se zdravotním postižením, které jsou v naplňování svých práv vůči ostatním jedincům rovnoprávné. Byly uvedeny strategické dokumenty tak, jak se postupně ustavovaly v různých grémiích: Všeobecná deklarace lidských práv (1948), Evropská konvence o ochraně lidských práv a základních svobod (1950), Evropská sociální charta (1961), Deklarace práv zdravotně postižených osob (1975), Úmluva o právech dítěte (1989), Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů (1983), Smlouva o fungování Evropské unie nebo Listina základních práv Evropské unie. Zvláštní pozornost byla věnována Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením přijaté v roce 2006. Mezi důležité národní dokumenty patří Listina základních práv a svobod, Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení nebo Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020 či Antidiskriminační zákon.

Speciálně gerontagogické působení je možné zvláště v rámci sociálních služeb. Zákon č. 108/2006 Sb. vymezil tři oblasti podpory, a to sociální poradenství, služby sociální péče a

služby sociální prevence. Tyto služby mají definovan vždy cílovou skupinu a zaměření služby. Díky nastavenému systému může senior se zdravotním postižením využívat služeb tak, aby si udržel či zvyšoval kvalitu svého života. V závěru kapitoly je vysvětlena finanční podpora státu ve formě příspěvku na péči a aktuálně nabízené dávky pro osoby se zdravotním postižením.



### KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Text „*Všichni lidé rodí se svobodní a rovní co do důstojnosti a práv*“ vychází z jakého dokumentu?
2. Jaký je správný název orgánu, jehož cílem je pomáhat při vytváření rovnoprávných příležitostí pro občany se zdravotním postižením ve všech oblastech života společnosti?
3. Na jaké programovací období je nastaven Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením?
4. Jak se nazývá služba dle §42 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytuje terénní nebo ambulantní službu pro jedince s poruchami v orientaci nebo komunikaci?
5. Vyjmenujte příklady služeb sociální prevence, které může využít senior se zdravotním postižením.
6. Vyjmenujte příklady služeb sociální péče, které může využít senior se zdravotním postižením.
7. Jaký je rozdíl mezi průkazem TP, ZTP, ZTP-P?
8. Jaká bývá spoluúčasť při pořizování tzv. zvláštní pomůcky?



### KORESPONDENČNÍ ÚKOL

- Uveďte alespoň tři příklady projevů diskriminace jedinců se zdravotním postižením, s nimiž se stále můžeme ve společnosti setkat. Současně se zamyslete alespoň nad třemi příklady toho, co za diskriminace nelze považovat. Zpracujte v rozsahu 3 NS.
- Vyhledejte další právní úpravy, které se váží k právům a ochraně jedinců se zdravotním postižením. Zpracujte v rozsahu 3 NS.
- Vyhledejte podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, příklady organizací ve vybraném městě, které poskytují seniorům se zdravotním postižením sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Ke každé uveďte kontaktní adresu, základní údaje a poslání služby. Všimněte si také případných odkazů na legislativu a práva občanů. Rozsah: 6 NS.



## PRO ZÁJEMCE



Vyhledejte informace o hamburské deklaraci a Agenda pro budoucnost (1997). Zpracujte písemný rozklad deklarace včetně provázanosti na současný stav v ČR. Rozsah: 6 NS.

Vyhledejte z materiálů o školské soustavě, jaké měly děti s postižením možnosti vzdělávání a profesní přípravy z Vašeho kraje na počátku 80. let. Rozsah: 6 NS.

## DALŠÍ ZDROJE



ČERMÁK, Michal. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. ISBN 978-80-87181-08-9.

MICHÁLEK, Michal. *Lidská práva a zrakové postižení* [online]. Praha: Sdružení Okamžik, 2011 [cit. 21. 3. 2019]. Dostupné z: [http://www.okamzik.cz/view/okamzik/Kurzy\\_zp/Studijni\\_materialy\\_osvetovy\\_pracovnik/M.Michalek\\_Lidska\\_prava\\_a\\_zrakove\\_postizeni.pdf](http://www.okamzik.cz/view/okamzik/Kurzy_zp/Studijni_materialy_osvetovy_pracovnik/M.Michalek_Lidska_prava_a_zrakove_postizeni.pdf).

MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MÜLLER, Oldřich. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0231-9.

MÜLLER, Oldřich. *Expresse jako prostředek rozvoje osobnosti a terapie*. In FRIEDLOVÁ, Martina, ed. a LEČBYCH, Martin, ed. *Expresivní terapie jako podpora kvality života u různých klientských skupin*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, s. 13-37. ISBN 978-80-244-4599-1.

MÜLLER, Oldřich. *Služby osobám se specifickými potřebami v dospělosti a stáří*. In POLÁCHOVÁ VAŠŤATKOVÁ, Jana, ed., VYHNÁLKOVÁ, Pavla, ed. a KUČEROVÁ, Anna. *Moderní trendy ve speciální pedagogice s přesahem do sociální sféry*. Olomouc: Hanex, 2008, s. 53-61. ISBN 978-80-7409-014-1.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

VALENTA, Milan et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

### **3 HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O POSTIŽENÉ. SOUČASNÉ TRENDY V PŘÍSTUPU K OSOBÁM S POSTIŽENÍM. POSTOJE SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM S POSTIŽENÍM I POSTIŽENÝCH KE SPOLEČNOSTI.**



#### **RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY**

Kapitola se zabývá vztahem společnosti a člověka s postižením. V první části kapitoly je věnována pozornost historickému vývoji přístupu i celé disciplíny, druhá část se zamýšlí nad aktuálním stavem, popisuje, co to vlastně postoj je a jak vznikají stereotypy a předsudky. Nedílnou součástí kapitoly je i vztah člověka s postižením k tzv. intaktním.



#### **CÍLE KAPITOLY**

Cílem kapitoly je představit historický vývoj speciální pedagogiky v kontextu různého přístupu.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- vymezit historická stadia vývoje přístupu společnosti k postižení
- popsat vývoj názorů a reflektovat tehdejší životní realitu jedinců s postižením
- uvést příklady prvních odborných ústavů zakládaných za účelem výchovy a vzdělávání
- aplikuje znalosti historických souvislostí v kontextu vzniku předsudků
- vysvětlit pojmy postoj, předsudek a stereotyp a uvést konkrétní příklady.



#### **KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY**

Historická periodizace, období represe, charitativní přístup, humanistický přístup, období rehabilitace, období prevence, období integrace, období inkluze, postoj, předsudek, stereotyp, naučená bezmocnost.



#### **ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU**

1. Ke studiu kapitoly bude potřeba odhadem asi 3 hodiny.
2. Odpovědi na otázky: 20 minut.
3. Vypracování korespondenčního úkolu: 2 hodiny (dojít do knihovny, vyhledat knihu, vypůjčit si ji, pročíst, zformulovat písemné sdělení, zpracovat odpověď a vložit na e-learning).

4. Vypracování úkolu pro zájemce: 4 hodiny.
5. Autoevaluační test: 5 minut.

## STUDIJNÍ TEXT

### 3.1 Historická periodizace a významné události

Podle Michalíka a kol. (2011) je vztah společnosti k postiženým lakmusovým papírkem, který odráží její hodnoty, skutečné zaměření a vnitřní život společnosti. Uvádí také, že se v teorii společenských věd uvádějí čtyři fáze vztahu společnosti k postiženým:

- represivní
- zotročovací
- charitativní
- socializační.

Michalík a kol. (2011) však upozorňují, že výše uvedené vertikální historizující pojetí by mělo být pouze orientační, že by se mělo uvažovat více horizontálně, všimnout si skutečných vztahů uvnitř společnosti, vztahů většiny k menšině, úroveň celé společnosti, existenci a formy správy, sociální systém, představy a soudy o postižených. Nikdy nestála skupina jedinců s postižením mimo společenskou dění, i ji jako všechny ostatní ovlivňuje ekonomický vývoj, politické uspořádání apod.

Sovák (1986) rozlišuje stádium represe, zotročování, charitativního přístupu, renesančního a humanistického přístupu, rehabilitace, prevence a integrace.

#### Období represe

Toto období zahrnuje období prvobytně pospolné společnosti a období starověku. Společnost se postižených zbavovala, postupovala velmi represivně. Většinou byli fyzicky likvidováni, protože snižovali životaschopnost skupiny. Byly např. likvidovány děti s postižením, které by nezvládly tvrdou vojenskou přípravu ve Spartě, nechávali děti v pustině. V Římě bylo narození postiženého dítěte (nazýváno „zrůda“, „monstrum“) svazováno s předzvěstí něčeho zlého, proto byly postižené děti zabíjeny (házením do Tibery, topení v jezerech), odkládány na tržištích, v lese. Římané následně se snažili očistit společnost a usmířit si božstvo obětmi nebo např. zpěvem třikrát devíti panen. V Athénách umísťovali děti s postižením do hliněných hrnců, které pak zůstaly podél cest.

Období starověku ale nebylo striktně represivní, např. nebyly usmrceny děti ze zámožných rodin, které měly u sebe „strážců, kteří o ně celý život pečovali a rozvíjeli jejich schopnosti (Westwood, 2004). Podle Kelnarové a kol. (2016) zákaz zabíjet ve starověku děti platil v Izraeli a egyptských Thébách, kde dostávali přiměřené zaměstnání.

Titzl (2005) poukazuje na paleontologické nálezy, které dokladují, že lidé tělesně postižení se dožili dospělého věku a byli pohřbíváni, tedy se o ně druzí během života starali, *i když*

## *HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O POSTIŽENÉ. SOUČASNÉ TRENDY V PŘÍSTUPU K OSOBÁM S POSTIŽENÍM. POSTOJE SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM S POSTIŽENÍM I POSTIŽENÝCH KE SPOLEČNOSTI.*

*to jistě velmi komplikovalo jejich běžný život.* Kelnarová a kol. (2015) uvádí, že podle archeologických nálezů v Mezopotámii a Egyptu byla postiženým věnována speciální lékařská péče.

### **Charitativní přístup**

Období středověku se rozvíjí větší diferenciací přístupu k postižením. Významnou roli přebírá křesťanství, zastávání motto „Miluj bližního svého jako sebe sama“. Pro toto období je typická lítost nad „postiženými ubožáky.“ U nás především vlivem židovsko-křesťanských názorů vstupuje do chápání postižení i boží vůle, jakýsi úmysl v podobě boží zkoušky nebo trestu. Např. ve Starém zákonu lze najít náznaky chápání postižení jako známky zavržení, např. nepřijatelnost kulhavých zvířat jako obětí, ale i nepřijatelnost postiženého muže jako kněze. (Titzl, 2005)

Církev nebyla ve svém přístupu jednotná, např. u Luteránů a Kalvínistů postižené považovali za nečisté, zplodněné ďáblem, odsouzenéhodné. Židovští scholastici naopak žádali, aby byli jedinci s mentálním postižením osvobozeni od trestní zodpovědnosti, prosazovali povinnost společnosti postarat se o ně.

Smýkal (2000) uvádí, že např. římskokatolická církev nedovolovala likvidovat slepé novorozence. Podporovala jejich záchranu před smrtí hladem a před tělesným utrpením a fyzickým násilím poskytováním tzv. almužny (s vidinou, že po smrti získá dárcé království nebeské), kterou si na druhé straně bylo možné vykoupit odpustky za hříchy. Kelnarová a kol. (2016) zmiňují, že péče o bližního vycházela z podstaty náboženství, tudíž péče lidem s postižením byla ve středověku poskytována prostřednictvím řeholních řádů, při kláštorech byly zřizovány špitály, chorobince, hospice, které pomáhaly přežít. Péči přebraly azyly při kláštorech a mniši. Lidé s postižením zde potvrzovali, že dokážou pracovat, pomáhali v azylech při různých jednoduchých pracích za jídlo, ošacení a ubytování. (Vančová, 2005). Hampl (2013) jako pozitivní příklad tohoto období uvádí práci benediktinského mnicha PEDRO PONCE DE LEONA, který založil klášterní školu pro neslyšící ze šlechtických rodin, učil je mluvené a psané řeči.

V jiných náboženstvích např. je chápáno postižení nebo choroba jako trest boha nebo více bohů za provinění, u hinduistů dokonce v předchozím životě.

Přesto byli často postižení vnímáni jako boží stvoření, kterým je třeba projevat milosrdenství. Ve své podstatě však šlo o jakousi „manipulaci“ s postiženým jako objektem soucitu. Na jedné straně je pro feudalismus typické milosrdenství (často byli postižení dokonce považováni za posly od Boha), na druhé straně mnoho feudálů využívalo lidi se zjevným postižením ke svým zábavám. Přestože charitativní přístup znamená pozitivní obrat ve vztahu k handicapovaným, dominuje však stále závislost, vyřazenost a menší hodnota. Křesťanství alespoň zabraňuje extrémním praktikám, které byly běžné v období antiky.

### **Renesanční a humanistický přístup**

V novověku, v období renesance a osvícenství dochází k velkému rozvoji péče o postižené, hlavně díky vědeckým pokrokům v mnoha vědních oborech, zvláště v medicíně. Snahou

bylo dosáhnout kvalitního života. Začínají vznikat první specializované ústavy. Pokud byla nemoc neléčitelná, byli postižení umístěni na dožití do chorobince, kde byli objektem odborného zájmu. V péči o postižené převládala soukromá humanita a charita, tento trend soukromé dobročinnosti se přenesl na veřejnoprávní instituce až rámcovým říšským zákonem o obecním zřízení č. 18/1862, který mj. uzákonil péči o postižené do kompetencí obcí. Nebylo však zřízeno dostatek institucí a postižené děti byly odkázány k žebrání.

Významná osobnost tohoto období Jan Amos Komenský se jako první vyjádřil k nutnosti vzdělávání jedinců s postižením, např. v díle Vševýchova píše: „*Od učení moudrosti a od vzdělávání ducha nemá být nikdo vyjímán, neřku-li vzdalován. Leč bychom chtěli dělat křivdu nejen jednotlivci, nýbrž i celé podstatě lidství... Z lidského vzdělání se nevyjímá nic, leč nečlověk. Pokud tedy mají účast na lidské přirozenosti, potud mají mít účast na vzdělání. Ba spíš tím více pro větší nutnost vnější pomoci, i když si příroda pro vnější nedostatek nemůže dosti pomoci sama.*“

Jeho velký přínos J. A. Komenského tkvěl v tom, že otevřeně vyzýval ke změně postojů k dětem s postižením a odmítal jejich vylučování z edukace. Upozorňuje rovněž na význam sluchu u slepců a vypočítává oblasti, ve kterých někteří vynikli. V tomto období se již objevila řada známých nevidomých hudebníků

### **Stadium rehabilitace**

Období přelomu 19. a 20. století, které je charakteristické zakládáním řady odborných ústavů, kde se lidé s postižením nejen léčí, ale také vychovávají a vzdělávají.

V českých zemích se postupně ustavovaly následující:

- 1786 první soukromý Ústav pro hluchoněmé v Dejvicích (převzal zkušenosti z Francie a byla vyučována znaková řeč, prstová abeceda a mluvený jazyk)
- 1807 „Hradčanský ústav pro slepce a na oči choré“ v Praze (1809 – Johan Wilhelm Klein – požadavek povinné školní docházky pro nevidomé)
- 1846 Moravský zemský ústav pro výchovu nevidomých dětí v Brně
- 1858 Ústav pro hluchoněmé v Litoměřicích
- 1871 Ústav pro hluchoněmé v ČB
- 1871 Ústav idiotů Jednoty paní sv. Anny v Praze, zvaný od 1898 Ernestinum (zakladatel Karel Slavoj Amerling)
- 1896 první pomocná třída pro mentálně postižené v Praze
- 1913 Jedličkův ústav pro TP v Praze (1908 byl založen Spolek pro léčbu a východu rachitiků a mrzáků, předseda Rudolf Jedlička)
- 1919 ústav pro tělesně postižené v Brně Na Kociánce (Jan Chlup, zakladatel)
- 1946 Logopedický ústav v Praze (první zařízení tohoto druhu u nás, zakladatel Miloš Sovák)

V první polovině 20. století (a v ČR ještě déle) převládal zájem společnosti vytvořit pro jedince s postižením speciální prostředí, je typický velký rozvoj institucionální, tedy modernizace starých a výstavba nových institucí, podpora tvorby speciálních výukových prostředků, užívání speciálních výukových metod, často internátní školy. Postupně se začalo

## *HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O POSTIŽENÉ. SOUČASNÉ TRENDY V PŘÍSTUPU K OSOBÁM S POSTIŽENÍM. POSTOJE SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM S POSTIŽENÍM I POSTIŽENÝCH KE SPOLEČNOSTI.*

uvolňovat ze „speciálního prostředí“, protože jedinci byli segregováni a žili na okraji společnosti.

### DŮLEŽITÉ SPECIÁLNĚ-PEDAGOGICKÉ OBJEVY TOHOTO STADIA:

1825 Braillovo písmo (Louis Braille)

1899 Pichtův psací stroj (Oskar Picht)

### **Stadium prevence**

Období prevence je směřováno do 2. poloviny 20. století a jeho cílem je předcházet vzniku primárního a sekundárního postižení. Pozornost je věnována zdravému životnímu stylu, aktivitám zapojujícím jedince s postižením do tzv. intaktní společnosti.

### **Stadium integrace**

Stadium integrace úzce souvisí se stadiem prevence. V České republice se rozvíjí až po roce 1989, je charakteristické tím, že se odbourávají bariéry a společnost se otevírá jedincům s postižením, přijímá je jako její samozřejmou součást, respektuje jejich právo na plnohodnotný život.

V ČR až v 90. letech začaly děti chodit do běžných škol, pracovat v běžných zaměstnáních, trávit smysluplně volný čas – i ve společnosti „zdravých“. Stát začal podporovat fungování nestátních neziskových organizací.

### **Inkluzivní přístup**

Ve 21. století můžeme vysledovat velký rozvoj inkluzivního přístupu, jehož podstatou je myšlenka či přesvědčení, že všichni bez rozdílu by měli být společně vychováni a vzděláváni, znamená, že lidé s postižením jsou přirozenou součástí společnosti.

Je zjevný i posun ve vnímání postižených lidí společností, kdy na jedince **není nazíráno jako na „objekt zájmu“, ale jako na svéprávného a zodpovědného jedince**, který může spolurozhodovat, zda chce nebo nechce podporu druhých. Jednou z proměn polistopadového vývoje je změna postoje k minoritám hlavní vývojové trendy vztahu naší společnosti obecně k postiženým a dále k minoritě neslyšících, a sledovali jsme vývoj, jak se tyto postoje odrazily v užívaném pojmosloví. Přesto je „boj“ za uznání práv postižených teprve na začátku. Pravděpodobným důvodem tohoto jevu je skutečnost, že „neexistuje vědomí historické viny vůči této komunitě“. (Michalík in Vojtko, 2005, s. 44))



## **DEFINICE**

### **3.2 Postoje společnosti**

Postoj společnosti k jedinci s postižením je ovlivněn řadou okolností, zvláště hodnotami, které společnost přisuzuje tělesnému zdraví, neporušenosti a zdatnosti; generacemi předávanými předsudky a bariérami vůči postiženým jedincům; vlivem rodiny, v níž člověk vyrůstá, jejími zkušenostmi, tradičními postoji; konkrétní zkušeností.

**DEFINICE**

Postoj je „komplexní pojem, sestávající se z poznávací (kognitivní), citové (emocionální, resp. afektivní) a konativní (behaviorální) složky“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 135), přičemž jedna složka může být dominantní, obvykle jsou však vyvážené (Nakonečný, 2009). Postoje jsou považovány za poměrně rezistentní vůči změně, je zdůrazňována jejich stabilita v čase a neochota jedince měnit je (Nakonečný, 2009). Postoj ovlivňuje chování a jednání člověka. „Kognitivní komponentu tvoří přesvědčení o objektu postoje; emoční komponenta obsahuje emoce a pocity, které objekt vyvolává; a behaviorální komponentou je jednání směřující k objektu postoje a úmysl se takto chovat“ (Hewstone & Stroebe, 2006, s. 284).

Pokud aplikujeme rozbor této definice na postoje k postiženým lidem, zcela zřetelně si uvědomíme, že nejslabším článkem je stále **složka kognitivní**. Většina lidí má ve skutečnosti málo adekvátních informací. Výsledkem toho, že v minulosti byla problematika postižených spíše záležitostí profesionálů a informace o postižených a možnostech jejich rozvoje byly tabuizovány, nezveřejňovány, postižení byli segregováni od „ostatní“ společnosti, toho byla právě neinformovanost, tedy nedostatek kognice, která vedla k převaze emocionální složky v postoji. Již zmíněná neinformovanost způsobila, že postižení bylo většinou lidí vnímáno jako něco neznámého, nečitelného, z čeho mají strach, což se následně výrazně odráží při utváření postojů.

**Emocionální složka** postojů vůči postiženým má často ambivalentní charakter. Na jedné straně se setkáváme s postojem, při kterém jsou postižení lidé předmětem soucitu (jsou to lidé, kteří měli smůlu, které potkalo neštěstí), na druhé straně tito lidé vzbuzují i hrůzu a odpor, protože symbolizují něco negativního, čemu je lépe se vyhnout. Často se tedy může spojovat soucit s odporem „On je chudák, ale já se na něj nemohu dívat“. Zdravý člověk si při setkání s postiženým člověkem uvědomuje svoji zranitelnost, a tak se v jeho negativním postoji vlastně odráží i obava z možných potíží, že by i on mohl onemocnět. Na tuto alternativu není připraven, vyvolává v něm úzkost. Postoj zdravé osoby je zápornější a nepřiznivější, čím více pokládá postižené lidi za neschopné a nevyhovující ve společenském styku a dění. Čím více postižení bere osobně, tedy čím větší strach v něm vyvolává, že se mu to také stane, nebo se ho postižení nějak jinak osobně dotýká. Pokud se ale zamyslíme nad lidmi, kteří jednají s postiženými lidmi jako s jedinci nesamostatnými, neschopnými nést odpovědnost za vlastní život a záležitosti, i zde musíme hovořit o postoji nepřiznivém. Mnohdy se lidé doslova vědomě vyhýbají kontaktu s postiženými, protože se vyhýbají tomu, aby byli ve styku s neštěstím, méněcenností, neznámem, strachem z vlastního onemocnění a vyhnutí se narušení obrazu dokonalého světa, kde ideálem je úspěch, tělesná zdatnost a přitažlivost za každou cenu.

### 3.2.1 PROBLEMATIKA PŘEDSUDKŮ A STEREOTYPŮ

Stereotypy spolu s předsudky jsou zvláštními druhy postojů.



#### DEFINICE

„Předsudek je fixovaný, předem zformovaný postoj k nějakému objektu projevující se bez ohledu na individualitu nebo povahu tohoto objektu. Člověk, který má předsudky, nezvažuje při posuzování druhých žádná alternativní vysvětlení. Výsledek jeho interpersonálního hodnocení je dopředu určen nějakou libovolnou vlastností toho druhého.“ (Heyes, 2013, s. 121)

Jedná se tedy o jakousi předpojatost, názorová strnulost, „představa o člověku nebo skupině, která je založena spíše na informacích „z doslechu“ než na skutečných poznacích.“ (Michalík a kol., 2011, s. 47). Předsudek je emočně nabitý, kriticky nezhodnocený úsudek a z něj plynoucí postoj. Předsudky jsou zevšeobecňující, tedy určité hodnocení se vztahuje na všechny členy skupiny.

Mnohé z předsudků vůči postiženým lidem jsou historicky dané a dodnes existují v různých obměnách.

Předsudky mohou představovat i pozitivní postoje, ale většinou obsahují negativní a odmítavé postoje, které brání začlenění postižených lidí do společnosti zdravých a mají tendenci stávat se stereotypem. Převládá zde iracionální a emocionální prvek nad věcností a fakty. Michalík a kol. (2011) rozlišují ve vztahu k lidem se zdravotním postižením šest typů předsudků:

- podceňující (mají lidi s postižením za „ubožáky, kteří si zaslouží politování a soucit“)
- odmítavé (přesvědčení, že postižení jsou neužiteční a neproduktivní (např. *postoj k nevidomým po tisíciletí formovali slepí žebráci*); podle nich je postižení trestem (božím) nebo si to postižený zavinil sám; podle jiných jsou postižení nemorální, zlí, duševně narušení apod.)
- protektivní (považují postižené za chudáky, kterým se musí pomoci, bez pomoci se neobejdou, potřebují ochranu a sociální péči)
- hostilní (přesvědčení, že postiženým se pořád jen něco dává zadarmo, doplácí se na ně, kdo se má na ně pořád dívat.)
- idealizující (obsahuje přesvědčení, že příroda nadělila postiženým nadpřirozené schopnosti a tudíž postižení se mohou se svým postižením v klidu vyrovnat. *Rudolf Agricola, nizozemský filozof, na základě pozorování slepců tvrdil, že nedostatek zraku se u slepců vyvažuje bystrostí ostatních smyslů. Bohužel později byla tato teze znehodnocena tvrzením, že slepec má od přirozenosti lepší sluch i hmat, že se s těmito schopnostmi i rodí, jedná-li se o slepého od narození, a že je samovolně získá v okamžiku, kdy ztratí zrak v pozdějším svém věku. (Smýkal, 2000) U laické veřejnosti dodnes existuje předsudek, že chybějící zrak vynahradila příroda zbystrěním ostatních smyslů; nevidomí jsou mravně lepší než vidící (žijí*



*vnitřním, duchovním životem, utrpení je zušlechťuje apod.); mají spojení s tajemnými nadpřirozenými silami, mají magické schopnosti (šestý smysl, věštekou schopnost atd.).*

- heroizující (všechno bez problémů sami zvládají, nepotřebují vůbec naši pomoc, nikdo by to nedokázal tak, jak oni).

## DEFINICE

Df

Nakonečný (2006, s. 251) chápe **stereotyp** jako „*mínění o třídách individuí, skupinách nebo objektech, která jsou v podstatě šablonovitými způsoby vnímání a posuzování toho, k čemu se vztahují, nejsou produktem přímé zkušenosti individua, jsou přebírány a udržují se tradicí.*“

### 3.2.2 POSTOJE JEDINCŮ S POSTIŽENÍM KE SPOLEČNOSTI

Lidé s postižením jsou v první řadě lidé, kteří mohou být hodní a zlí, optimisticky nebo pesimisticky naladěni. Člověk se rozvíjí v základní interakci vrozeného a získaných zkušeností. Člověk je takový, jaké získává zkušenosti.

Nejenom neadekvátní postoje a předsudky společnosti k postiženým lidem narušují jejich vzájemnou interakci a zapojení postižených jedinců mezi zdravé, ale neadekvátní může být také chování, očekávání a postoje postižených vůči intaktní veřejnosti. Záleží na jeho interpretaci postojů společnosti, na jejich zpracování, vlastním zázemí i na stabilitě osobnosti. Také u jedinců s postižením se vytvářejí postoje, předsudky, které utvrzují např. pocity ukřivděnosti a podezíravosti, bez ohledu na to, jestli jsou oprávněné. Existují spíše jako rigidní očekávání, které pak nepříznivě ovlivňuje interpretaci projevů zdravých i vlastní chování. Lidé s vrozeným postižením očekávají ze strany zdravých spíše vyhýbavý postoj. Lidem s později vzniklým postižením se častěji daří uchovat si nějaké kontakty se zdravými i představu o jejich dostupnosti a symetrii ve vzájemných vztazích. Postižený jedinec vnímá postoje zdravých ve svém okolí citlivěji než by si jich všímal za normálních okolností, protože je v roli odlišného, často závislého, vzbuzujícího všelijaké emoce. Reakce postižených mohou být velmi různé, nebývají jen odpovědí na leckdy nepřijemné projevy okolí. Jejich subjektivní nezvládnutí postižení se může projevit odmítnutím společnosti zdravých, eventuálně všech lidí.

Soucit, kterému jsou postižení lidé často vystaveni a za který se očekává vděčnost postiženého člověka, vede u postižených k určitému negativismu, který vyplývá z jejich postavení ve společnosti. Člověk s postižením potom vlastně hraje „rolí“ postiženého, která je spíše výsledkem tlaku sociálního prostředí a důsledkem společenského způsobu myšlení, než odraz vlastnosti osobnostní struktury. Komplex méněcennosti, který se u postižených často vyskytuje, je psychologickým zhodnocením vlastního sociálního postavení. (Vágnerová, 2014)

U jedinců s postižením se můžeme tedy setkat také s předsudky vůči společnosti, a to odmítavými (nechej jejich pomoc, jen mne lituj), protektivními (vyžadují úlevy a bezmeznou pomoc), hostilními (zlostně očekávám nepřátelské chování, proto reaguji dopředu agresivně) či idealizující (všichni to se mnou myslí dobře a pomáhají mi).

## *HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O POSTIŽENÉ. SOUČASNÉ TRENDY V PŘÍSTUPU K OSOBÁM S POSTIŽENÍM. POSTOJE SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM S POSTIŽENÍM I POSTIŽENÝCH KE SPOLEČNOSTI.*

To, jak probíhá socializace, významně ovlivňuje **vyrovnání se s postižením**. Jak jsem zmínila na začátku, vztah společnosti k postiženým je významně ovlivňován také konkrétní zkušeností s postiženým. A stejně tak jako jsou v průběhu života ovlivňovány postoje zdravých, stejně tak jsou ovlivňovány postoje jedinců s postižením. Výše zmíněné předsudky mohou ovlivnit postoje samotného člověka s postižením, zvláště těch, kteří získali postižení až v pozdějším věku). Tedy pokud byli představiteli některého typu předsudků, průběh akceptace postižení bude pravděpodobně velmi těžký, a to včetně idealizujících předsudků. Marně totiž čekají na zázračný rozvoj kompenzačních smyslů nebo nadpřirozené schopnosti. (Čálek a kol., 1992)

Způsob, jaký se jedinec s postižením vyrovnává, je pochopitelně vždy závislý na celé řadě faktorů. Proces akceptace vlastní vady a životní situace spočívá v tom, že se postižený člověk rozhodne dělat to, co může a vzdá se nemožného.



### **DEFINICE**

**Akceptace znamená vnitřní přijetí pravdy o svém zdravotním stavu, je nezbytným předpokladem procesu přizpůsobování nové životní situaci. Člověk se vnitřně vyrovná se všemi omezeními, která postižení přináší, a současně zná reálně všechny své možnosti a chce je využívat. (**

Vlivem celé řady činitelů se častěji stává, že jedince nepřijme své postižení a neuznává životní možnosti a omezení, které vada zanechává. Tzv. nonakcepce (Čálek a kol., 1992) má různé podoby, nejčastěji se jedná o zveličování defektu nebo popírání důsledků poškození.



### **DEFINICE**

Bohužel se v praxi můžeme setkat i s tzv. **naučenou bezmocností**, kterou Nakonečný (2006) vymezuje jako stav, kdy jedinec získá dojem, že přestává mít kontrolu nad svým životem, jde o pocit silně demotivující, který může vést k depresím a rezignaci. Systematická práce, sociální rehabilitace, psychologické poradenství, práce s kompenzačními pomůckami mohou tomuto pocitu předcházet nebo jej eliminovat, což je cesta k akceptaci postižení a zdravému vztahu ke společnosti.



### **SHRNUTÍ KAPITOLY**

Přístup společnosti k jedincům s postižením se formoval a formuje společně s vývojem společnosti. Jedinci s postižením vždy byli součástí společnosti, ale měnil se přístup a jejich pozice. Období represivní převládalo zabíjení těchto jedinců, v období charitativním už dopadá vliv církve a rozvíjí se snahy starat se o tyto jedince, byť to bylo pouze okrajové.

V mnoha zemích byli lidé s postižením otroky či terčem posměchu a zdrojem zábavy feudálních pánů. Můžeme se ale i setkat s oblíbenými slepými hudebníky. Období humanismu je v Českých zemích spjata s osobností Jana Amose Komenského, který prosazoval myšlenku vzdělávání i dětí s postižením, navrhl řadu pedagogických zásad a postupů, které se užívají dodnes. Období rehabilitace, tedy období přelomu 19. a 20. století je ve znamení rozvoje odborné péče, je zakládáno mnoho ústavů a rozvíjena speciálně pedagogická práce. Toto pokračovali v období zvaném obdobím prevence, v němž se odrážela velká snaha předcházet vzniku vrozeného primárního postižení, později i rozvoji sekundárního postižení. V českých zemích až do roku 1989 probíhalo vzdělávání i péče v rámci speciálních škol a školských zařízení, ústavů sociální péče. Až období integrace a současného inkluzivního trendu pro jedince s postižením znamená cestu v rovnoprávnosti a plnohodnotného života, o kterém si mohou rozhodovat bez politické vůle a tlaku společnosti.

Druhá část kapitoly se vztahuje k postojům. Postoj tvoří tři složky, které by měly být v rovnováze. Pokud tomu tak není (a v případě postižení se většinou jedná o oslabenou kognitivní složku), vzniká živná půda pro působení předsudků, které vztah narušují. Existuje šest typických předsudků společnosti k lidem s postižením, a to podceňující, odmítavé, protektivní, hostilní, idealizující a heroizující. Stejně tak jako předsudky působí směrem k jedincům s postižením, stejně tak působí i od nich. Na základě předchozí zkušenosti se mohou objevovat předsudky odmítavé, protektivní, hostilní či idealizující. Důležité je dosáhnout akceptaci svého postižení, přijetí omezení a možností. Důsledná sociální rehabilitace vede k tomu, že se nerozvine naučená bezmocnost.

### KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Proč Michalík upozorňuje na to, že vertikální historizující pojetí by mělo být pouze orientační?
2. Popište represivní, charitativní, humanistické období, období rehabilitace, prevence, integrace a inkluze.
3. V čem se lišil v období charitativního přístupu postoj různých církví?
4. Vysvětli rozdíl mezi integračním a inkluzivním přístupem.
5. V jakém roce byl v českých zemích založen první ústav pro neslyšící, nevidomé, tělesně postižené, mentálně postižené, s logopedickými potížemi?
6. Vysvětlete rozdíl mezi postojem, předsudkem, a stereotypem.
7. Jaké složky má postoj. Vysvětlete.
8. Jaké existují typy předsudků vůči lidem s postižením?
9. Co ovlivňuje chování člověka s postižením vůči společnosti?
10. Vysvětlete pojem naučená bezmocnost a zamyslete se nad faktory, které mohou podpořit její rozvinutí u jedince s postižením.



### KORESPONDENČNÍ ÚKOL

- Ze tří speciálně pedagogických disciplín vyhledejte významné osobnosti oboru z hlediska jejího historického vývoje. Rozsah: 3 NS.
- Zpracujte podrobně historii libovolného ústavu založeného v období rehabilitace. Rozsah: 3 NS.
- Vyhledejte výzkumy zjišťující předsudky či mýtu o minimálně tří postižení. Rozsah: 3 NS.



### PRO ZÁJEMCE

Vyberte si jakoukoli speciálně pedagogickou disciplínu a zpracujte její historii v českých zemích i ve světě. Rozsah: 6 NS.



### DALŠÍ ZDROJE

ČÁLEK, Oldřich, CERHA, Josef a HOLUBÁŘ, Zdeněk. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Achát, 1992. ISBN neuvedeno.

HAMPL, Igor. *Surdopedie* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013 [cit. 29. 3. 2019]. Dostupné z: [https://projekty.osu.cz/svp/opory/PdF\\_Hampl\\_Surdopedie.pdf](https://projekty.osu.cz/svp/opory/PdF_Hampl_Surdopedie.pdf).

HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 7. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0534-0.

HEWSTONE, Miles, ed. a STROEBE, Wolfgang, ed. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-092-5.

KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva a VOJKOVSKÁ, Gabriela. *Speciální pedagogika pro zdravotnické obory*. Praha: 2016. ISBN 978-80-7492-273-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.

SMÝKAL, Josef. *Zrakově postižené dítě v rodině*. Brno: Mateřská škola pro nevidomé a děti se zbytky zraku, 1980.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 5., upr. vyd. Praha: SPN, 1986.

TITZL, Boris. *Postižený člověk v dějinách I*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. ISBN 80-7041-007-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VANČOVÁ, Alica. *Základy pedagogiky mentálně postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 2005. ISBN 80-968797-6-6.

VÝROST, Jozef a SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

## 4 METODY SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY SE ZAMĚŘENÍM NA OSOBY S POSTIŽENÍM SENIORSKÉHO VĚKU. VÝZKUMNÉ STRATEGIE A PŘÍSTUPY. SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ AKTIVIZAČNÍ POSTUPY TERAPEUTICKÉ POVAHY

### RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Kapitola je věnována speciálně pedagogickým metodám, které lze aplikovat na cílovou skupinu seniorů se zdravotním postižením. Jednu část kapitoly metod tvoří popis základní metod, mezi které patří metody diagnostické, nápravné, preventivní a výzkumné. Zvláštní pozornost je věnována metodám expresivní terapie.

### CÍLE KAPITOLY



Cílem kapitoly je představit studentům metody speciální pedagogiky, které lze aplikovat na skupinu seniorů. Po prostudování kapitoly si student ujasní, jaký je smysl diagnostických metod, co je jejich cílem a jak se liší od lékařské diagnózy. Bude schopen na konkrétním příkladu navrhnout vhodné metody diagnostiky s cílem připravit individuální plán práce. Student bude připraven navrhnout různé nápravné metody v rámci práce s klientem s konkrétním zdravotním postižením, uvědomí si klady a zápory užívaných metod. Dokáže popsat různé způsoby interpretace výsledků. Student dokáže aplikovat expresivní metody pro vybraný typ zařízení a postižení.

### KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Metoda, diagnostické metody, nápravné metody, reedukace, rehabilitace, kompenzace, preventivní metody, výzkumné metody, expresivní terapie, arteterapie, muzikoterapie, zooterapie, biblioterapie, ergoterapie, kognitivní trénink.

### ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



1. Ke studiu kapitoly bude potřeba odhadem asi 1 hodina.
2. Odpovědi na otázky: 20 minut.
3. Vypracování korespondenčního úkolu: 2 hodiny.
4. Vypracování úkolu pro zájemce: 4 hodiny.
5. Autoevaluační test: 5 minut.

## STUDIJNÍ TEXT

Ve speciální pedagogice se užívá mnoho metod, které z větší části lze aplikovat i na cílovou skupinu speciální gerontagogiky, tedy seniory.

Df

### DEFINICE

#### 4.1 Základní speciálně pedagogické metody

Metoda je definována jako „postup směřující k vytyčenému cíli nebo také způsob vědeckého poznávání jevů a skutečností.“ (Kroupová a kol., 2016, s. 32).

V rámci speciální gerontagogiky budeme rozlišovat následující skupiny metod: diagnostické, nápravné, preventivní, terapeutické a výzkumné. Terapeutickým metodám bude věnována samostatná podkapitola.

##### 4.1.1 DIAGNOSTICKÉ METODY

Df

### DEFINICE

Valenta a kol. (2015, s. 36) definují diagnostiku jako „promyšlený sled postupů, jejichž smyslem je odhalit podstatu určité schopnosti, dovednosti nebo specifikovat určité postižení nebo znevýhodnění.“ Speciálně pedagogická diagnostika se zabývá rozpoznáváním podmínek, prostředků a efektivity enkulturace klientů.

Cílem diagnostických metod je stanovené speciálně-pedagogické diagnózy, na jejímž základě může být vytvořen individuální plán práce s klientem. Můžeme rozlišovat vstupní diagnózu, průběžnou a závěrečnou.

Vstupní diagnostika je zaměřena na komplexní posouzení klienta v širokém kontextu možných faktorů. Je navržen plán další práce a rozvoje.

Průběžná diagnostika „spočívá v upřesnění původního diagnostického stanoviska vzhledem k novým zjištěním a skutečnostem, a zejména v posouzení efektivity edukačních metod a metod rozvoje a práce s klientem z kvalitativního i kvantitativního hlediska.“ (Fischer a kol., 2014, s. 34)

Závěrečná diagnostika je zaměřena na celkovém shrnutí dosažených cílů, vyhodnocení způsobu, kvality, rychlosti apod. jejího naplnění. Závěrečná diagnóza může být zároveň vstupní diagnózou pro další práci.

Pomocí diagnostiky můžeme posouvat klienta vpřed ke stanovenému cíli, kterým je dosažení vyrovnání se s postižením, znalost a dovednost využívat kompenzační mechanismy a začlenění do společnosti.

Při diagnostických procesech se užívají klinické a testové metody.

#### Klinické metody

Na počátku je důležité vytvoření anamnézy, která je zaměřena na klienta, jeho užší i širší rodinu, školní prostředí, pracovní prostředí, přátele, sociální vztahy, případně sociokulturní prostředí.

Další metodou je pozorování, u nějž je třeba dbát na správnou administraci a vyhodnocování, vyhýbat se chybám v sociální percepci (haló efekt, efekt prvního dojmu, chyba centrální tendence, chyba shovívavosti, projekce, předsudky, stereotypy). Rozhovor patří k nejstarším, ale nejtěžším metodám. Jeho prostřednictvím lze získat mnoho informací, ke kterým se ostatními metodami můžeme dostat velmi těžce nebo vůbec. Důležité je zvládnout patřičně techniku rozhovoru a jeho kvalitativní vyhodnocení. Analýza produktů činnosti i u dospělých a seniorů sehrává významnou roli. Technika psaní příběhů nebo úvahy mohou o psychickém stavu klienta hodně vypovědět.

Pochopitelně cestou k získání informací je i dotazník, ale zvláště u klientů s postižením je třeba důkladně zvážit, zda je tato forma vhodná.

Mezi klinické metody lze zařadit také případovou studii. (Valenta, 2014)

### **Testové metody**

Diagnostika ve speciální pedagogice je proces, jehož podstatou je týmová práce. Mezi užívané testové metody lze zařadit metody běžně užívané v psychologii, což jsou testy osobnosti, testy schopností a výkonové testy. Významnou roli hrají také sociometrické testy. (Valenta, 2014) Pochopitelně sem lze zařadit ryze speciálně pedagogická vyšetření dětí se specifickými poruchami učení apod.

### **4.1.2 NÁPRAVNÉ METODY**

Nápravné metody jsou speciálně pedagogické metody v užším slova smyslu, protože směřují ke zmírnění následků defektu a postižení a snaží se předcházet rozvoji defektivity. Patří mezi ně reedukace, kompenzace a rehabilitace.

#### **4.1.2.1 Reedukace**

(z lat. reeducatio, re = znovu, od základu; educatio = výchova)

*„Soubor speciálněpedagogických postupů zacílených na rozvoj, zlepšení nebo nápravu porušených funkcí.... Rozvíjí se funkce, která nebyla vyvinuta, příp. vymizela, nebo se zdokonalují, rozvíjejí a zlepšují funkce omezené.“* (Kroupová a kol., 2016, s. 38, 39)

#### **DEFINICE**



Příkladem je reedukace zraku (soubor cvičení, které mají za cíl zkvalitnit zrakové vnímání, např. u poruch binokulárního vidění nebo u nevidomých se zbytky zraku či světlocitu). Příkladem reedukace sluchu je nácvik slyšení po operaci kochleárního implantátu. Kromě monosenzoriálních (zaměřených na jeden konkrétní smysl) je možno využívat přístupu multisenzoriálního, který vychází z tvorby podpůrných asociací z jiných smyslových oblastí pro rozvoj reedukované funkce. (Fischer a kol., 2014)

#### **4.1.2.2 Kompenzace**

(z lat. com-pensó, vyrovnávat, vyvažovat)

Df

## DEFINICE

„Rozvíjení výkonnosti neporušených funkcí a náhradu za funkci porušenou nebo zcela vyřazenou. Důležitým rysem kompenzace je využití multisenzoriálního přístupu.“ (Kroupová a kol., 2016, s. 30)

Metoda kompenzace zahrnuje nejen kompenzaci (náhradu) chybějícího defektu jinými smysly nebo aktivitami, ale také práci s kompenzačními pomůckami. Cílem je pomocí systematické práce zlepšit práci ostatních smyslů tak, aby co nejlépe nahradily existující deficit.

### 4.1.2.3 Rehabilitace

(z lat. rehabilis: re = znovu, od základu; habilis = schopný)

Podle Valenty a kol. (2015, s. 169) je rehabilitace „souvislá a komplexní činnost uskutečňovaná prostřednictvím rehabilitačních prostředků, jejichž úkolem je zmírnit přímé a i nepřímé důsledky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu člověka.“ Podle Fischera a kol. (2014) je cílem sociální a pracovní seberealizace.

Df

## DEFINICE

Existuje mnoho různých druhů rehabilitace:

- léčebná rehabilitace (náprava postižených orgánů a návrat jejich funkce, vedle lékařských aktivit sem patří i mnoho mezioborových, které mají na zlepšení funkce a organismu pozitivní dopad, např. hipoterapie, arteterapie apod.)
- pedagogická (cílem je dosažení co nejvyšší úrovně vzdělání, využívá se nápravných metod reedukace a kompenzace)
- sociální rehabilitace („proces, ve kterém osoba s postižením absolvuje nácvik potřebných dovedností směřujících k překonávání sociálních důsledků vzniklých v souvislosti s jeho zdravotním postižením za účelem co nejvyššího stupně sociální integrace, která je důležitým předpokladem pro rehabilitaci pracovní, re-kvalifikaci a nalezení vhodného pracovního uplatnění“ (Valenta a kol., 2015, s. 170). Stručně řečeno: získání potřebných sebeobslužných dovedností, naučit se používat kompenzační pomůcky, naučit se smysluplně využívat volný čas, udržovat či navazovat sociální vztahy s ostatními)
- právní (znalost práv, povinností, nároků na kompenzační pomůcky)
- pracovní (nabytí kvalifikace, získání a udržení pracovního místa; případná re-kvalifikace, pokud defekt zasáhl do oblasti předchozích pracovních dovedností a návyků)
- technická (protézy, kompenzační pomůcky...)
- ekonomická.

Rehabilitace je „souhrn takových opatření a metod, které se zaměřují na sociální důsledky defektu, tj. na defektivitu samu.“ (Kroupová a kol., 2016, s. 39)



### 4.1.3 METODY PREVENCE

(z lat. praeventus = ochrana, zákrok předem)

#### DEFINICE



„Soubor aktivit, opatření nebo procesů zaměřených na předcházení vzniku nebo snižování důsledků ohrožení, narušení nebo postižení.“ (Kroupová a kol., 2016, s. 38)

Je nutno rozlišit prevenci primární, sekundární a terciární.

Podstatou primární prevence je předcházet vzniku defektu. Zahrnuje různé formy osvětové, informační činnosti, např. informování o tom, jak může alkohol nebo kouření působit na plod v prenatálním období.

Sekundární prevence je směřována k rizikovým skupinám a jedincům, u nichž se může nepříznivá životní situace odrazit nebo se již odráží v kvalitě jejich života. Příkladem je neakceptace postižení a možné následky směřující např. k sociální izolaci. Cílem sekundární prevence je jedince ohrožené motivovat k aktivitě, pomocí různých metod povzbudit jejich snahu defekt kompenzovat a zapojit se znovu do společnosti.

Terciární prevence je určena jedincům se zdravotním postižením, u nichž je již plně rozvinuta defektivita. Cílem metod je toho člověka „vrátit“ do společnosti, nabízet mu podporu a metody, aby se zabránilo dalším nepříznivým důsledkům z omezení plynoucích, tedy podle Kroupové a kol. (2016, s. 38) „zabránit dalšímu zhoršování subjektivní nepohody klientů.“

### 4.1.4 VÝZKUMNÉ METODY

Speciální pedagogika (gerontagogika) je vědní disciplína a jako taková má své oblasti výzkumu, výzkumné problémy, na které hledá prostřednictvím metod odpovědi, které pomohou dalšímu rozvoji oboru a zkvalitnění života jedinců s postižením.

Kroupová a kol. (2016) rozlišuje vědecké metody na několik skupin:

- formulace výzkumného problému (metody literární, historické)
- získávání empirických údajů (metody pozorovací, experimentální, explorační, kazuistické, testové, přístrojové)
- zpracování získaných údajů (metody matematicko-statistické, analyticko-syntetické, komparativní, zevšeobecnění, modelování).

## 4.2 Terapeutické techniky

### 4.2.1 EXPRESIVNÍ TERAPIE

V rámci různých služeb a nabídek aktivit se osvědčily tzv. expresivně laděné terapie, které využívají různých uměleckých forem k sebevyjádření, uvolnění a prožitku. Müller (2008, s. 57) definuje jako „takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem (speciálního pedagoga s klientem), které směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží doprovázejících nějakou poruchu (někdy k odstranění jejich příčin) k jisté prospěšné

změně (například v prožívání, chování, fyzickém výkonu), a jež k tomu využívají řízené exprese (hlavně umělecké exprese).“

Df

## DEFINICE

Podle Valenty a kol. (2014) lze do expresivních terapií zahrnout základní pěti dle druhů umění, a to arteterapie v užším slova smyslu, muzikoterapie, dramaterapie a teatroterapie, taneční a pohybová terapie a biblioterapie a poetoterapie.

### Arteterapie

Arteterapie v nejširším slova smyslu znamená léčbu uměním, v užším slova smyslu potom uměním výtvarným. Základním předpokladem arteterapie je skutečnost, že již samotný proces tvorby má léčivé účinky. Důraz není kladen na estetičnost a krásu, ale prožitek ze spontánního tvoření Neverbální obrazová forma komunikace a její vědomá reflexe pomáhají dosahovat hlubšího sebepoznání. Současně je naplňován sekundární cíl, a to, že na skupinových arteterapiích vzniká bezpečný prostor pro setkávání, otevřené sdílení a komunikaci.

Nově formovanou dílčí disciplínou arteterapie je artefiletika, která je založena na dvou fázích terapie, a to prožitkové a reflexní. Na počáteční zahřívání se používá prosté čmáraní tužkou, pastelkou, malba prsty, později malba akvarelem, vytváření koláží, modelování z hlíny. Podle domluvy s klientem lze přejít na tematickou kresbu, např. autoportrét, kresba rodiny, začarovaná rodina. Velký terapeutický přínos může mít kresba ve dvojicích, ve skupině, nebo jako tzv. štafetová kresba. (Müller, 2015; Valenta a kol., 2014)

Kromě skupinové arteterapie se může rozvíjet tzv. aktivní imaginace, tedy relaxační metoda vycházející z teorie C. G. Junga, při níž se aktivně pracuje s nevědomými obsahy, stimuluje se představivost a napomáhá hlubšímu sebepoznání. Klient se nechá vést hlasem lektora, nechá volně plynout své vnitřní obrazy, které následně výtvarně zpracuje, čímž se upevní prožitek. Následná reflexe je vyhodnocována pomocí interpretace symbolických představ.

### Muzikoterapie

Valenta a kol. (2014, s. 219) definuje muzikoterapii jako „aplikaci hudebních prostředků za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky a individuálně přijatelným směrem.“

Df

## DEFINICE

Muzikoterapie využívá základní složky hudebního umění, a to melodii, harmonii, rytmus, zvukovou barvu, tempo, dynamiku, takt. Muzikoterapie může být receptivní, což je vlastní vnímání a prožívání hudby, nebo aktivní, při níž hudbu spoluvytváří všichni zúčastnění. Podobně jako v arteterapii nejde o samotný hudební výkon, ale hudební prožitek nezávislý

na hudební zkušenosti či dovednosti. Mezi oblíbené formy patří např. bubnování, při kterém prožívají účastníci radost z rytmů, které společně vytvářejí, současně to přispívá k relaxaci, tělesnému a psychickému, zvláště emočnímu uvolnění.

Valenta a kol. (2014) uvádějí jako příklad metod aktivní muzikoterapie hudební improvizaci, hudební interpretaci, zpěv písní, psaní písní a kompozice hudby, hudební vystoupení, pohybové, dramatické, výtvarné aktivity při hudbě, hudební a zvukové hry.

### **Dramaterapie a teatroterapie**

U dramaterapie jsou pro terapeutické účely využívány divadelní postupy, které umožní klientovi hrát si, zkoušet různé role, měnit si role v situacích smyšlených nebo plynoucích ze životních zkušeností. Dramaterapie odbourává stres, podporuje expresi, kooperaci, spontaneitu.

Teatroterapie je terapeutický paradivadelní systém zaměřen nejen na proces jako u dramaterapie, ale také na výsledný produkt. (Valenta a kol., 2014)

### **Taneční a pohybová terapie**

Také pomocí taneční a pohybové terapie může člověk lépe poznat sám sebe. Opět nejde o taneční výkon či estetické hledisko, ale o prožitek, uvolnění, spontaneitu. Vytváří se bezpečný prostor pro vlastní sebepoznání, při dobře vedené terapii může klient získat vědomý náhled na své emoce. Jednoznačně se tímto rozvíjí rozvíjet tvořivost, sebedůvěra a individualita, spolupráce s druhými, empatie a tolerance. Valenta a kol. (2014) uvádí definici společnosti TANTER, která ji vymezuje v souladu se světovou profesní asociací American Dance Therapy Association. Podstatou tanečně-pohybové terapie je „*použití pohybu jako procesu posilujícího emocionální, kognitivní, sociální a fyzickou integraci jedince.*“ Základním východiskem je pochopení reciprocitu tělesného a duševního.

### **Biblioterapie a poetoterapie**

Biblioterapii lze podle Valenty a kol. (2014, s. 229) vymezit jako „*prostředek personálně-sociálního růstu jedince a jednak jako terapeutickou aktivitu využívající vybranou literaturu, tvořivé psaní, popř. film s následnou diskuzí řízenou terapeutem s cílem integrace citové a rozumové sféry osobnosti za účelem dosažení náhledu, sebereflexe, reedukace či kompenzace poruchy či psychosociálních problémů.*“

#### **DEFINICE**



Podobně jako jiné typy expresivních terapií se člení na složku receptivní (čtení uměleckých děl) a aktivní (tvořivé psaní).

#### 4.2.2 ZOOTHERAPIE

Zooterapii (též animoterapii) lze definovat jako „svébytný způsob záměrného, řízeného a odborně vedeného kontaktu člověka se zvířetem, prováděného za účelem maximálně možného zlepšení jeho nevyhovujícího (či málo vyhovujícího) psychického a fyzického stavu (např. stavu narušené komunikace, snížené hybnosti apod.).“ (Valenta a kol., 2014, s. 234)



#### DEFINICE

Zooterapie má prokazatelně dobrý vliv na rozvoj hrubé a jemné motoriky, pomáhá při polohování, rehabilitaci, podněcuje verbální a neverbální komunikaci, rozvíjí sociální citění, může pomoci při nácviku koncentrace, paměti, orientace v prostoru a čase. Každopádně má prokazatelný pozitivní vliv na psychiku a přispívá k duševní rovnováze člověka, dokonce může pro člověka uspokojovat potřeby jistoty a bezpečí. Může být užito různých forem práce:

- návštěvní program (zooterapeut se zvířetem na návštěvě doma nebo v zařízení, kde klient žije)
- jednorázové aktivity (popularizační akce)
- pobytový program (tábory, výcviková střediska, farmy)
- rezidentní program (umístění zvířete v zařízení nebo bytě klienta). (Valenta a kol., 2014)

Zooterapii lze uskutečňovat prakticky s téměř jakýmkoli „společenským“ zvířetem, nejčastěji jsou užíváni psi a koně.

Mezi dílčí disciplíny zooterapie patří např.:

- Canisterapie (využití psa v rámci zooterapie)
- Felinoterapie (využití kočky v rámci zooterapie)
- Hipoterapie (využití koně v rámci zooterapie)
- Delfinoterapie (využití delfína v rámci zooterapie)
- Lamaterapie (využití lamy v rámci zooterapie)
- Insektoterapie (využití hmyzu v rámci zooterapie)
- Ornitoterapie (využití ptactva v rámci zooterapie)
- terapie s menšími zvířaty, méně známý druh terapie, který využívá menší zvířata, například křečky, morčata či fretky.

#### 4.2.3 DALŠÍ AKTIVIZAČNÍ METODY

Procházková a kol. (2014) uvádí, že v současné době je využíváno mnoho nefarmakologických aktivizačních metod, jejichž cílem je zlepšit zdravotní i duševní stav člověka. Aktivizace podle autorů může působit preventivně a oddálit nástup onemocnění nebo regrese, delší zachování samostatnosti seniora, a tím i jeho kvalitu života. Aktivizační činnosti působí také v adaptační fázi seniora umístěného do pobytového zařízení.

### **Aktivity zaměřené na funkční zdatnost a soběstačnost**

Můžeme sem zařadit fyzioterapii a kinezioterapii, jejichž cílem je „*co nejdelší zachování, případně obnova funkční zdatnosti a soběstačnosti.*“ (Procházková, 2014, s. 203)

Pohybové aktivity totiž kromě dopadu na fyzickou stránku pozitivně ovlivňují sebeúctu, kognitivní schopnosti, spánkový režim, sociální kontakty. Snižují naopak úzkost, deprese, stres.

### **Ergoterapie**

Ergoterapie neboli terapie prací musí ostatně jako všechny výše uvedené aktivity ze zájmu seniora, jeho předchozí životní zkušenosti. Pokud senior v rámci reminiscenční terapie rád vzpomíná na nějaké aktivity (např. pletení), které dříve rád dělal, není nic jednoduššího než mu dát prostor si je znovu zkusit. Ergoterapie působ jako prevence sociálního vyloučení seniora, odpoutá pozornost od jeho nepříznivého zdravotního stavu. Podle Pfeiffera (2001) může ergoterapie sloužit k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice, může být cílen na postiženou oblast nebo zaměřena na výchovu k soběstačnosti.

Mezi ergoterapeutické aktivity lze zařadit např. malování, kreslení, batikování, košíkářství, keramiku, ale i hraní společenských her, čtení, diskutování a řada dalších. Pokud je k dispozici venkovní prostor, lze sem zařadit sázení, zavlažování, ošetřování trávníku, sběr a sušení surovin (Pfeiffer, 2001).

### **Kognitivní trénink**

Cílem kognitivního tréninku je zlepšení kognitivních funkcí, které člověku umožňují interagovat s okolím, reagovat na různé podněty a přizpůsobovat se měnícím se podmínkám. Patří mezi ně učení, paměť, pozornost, řeč, zrakově-prostorové funkce, schopnost řešit problémy, plánovat či zvládat různé úkoly a správně poznávat své okolí. Jejich procvičováním se vytváří tzv. kognitivní rezerva, která dělá kognitivní funkce odolnějšími.

Kognitivní trénink zahrnuje lektorovanou praxi v souboru standardních úkolů vytvořených tak, aby reflektovaly určité kognitivní funkce, jako je paměť, pozornost či řešení problémů. Kognitivní trénink může vést ke zlepšení metakognice a kognitivní self-efficacy (zdatnosti, soběstačnosti). (Štěpánková, Steinová, 2009)

## **SHRNUTÍ KAPITOLY**



Speciální pedagogika jako věda disponuje arsenálem metod, které lze z větší části využít také u skupiny seniorů se zdravotním postižením. Základem pro práci jsou diagnostické metody, které nutně vyžadují multidisciplinární přístup, tedy spolupráci speciálních pedagogů, lékařů, psychologů, sociálních pracovníků. Stanovení speciálně-pedagogické diagnózy je základním východiskem pro další práci s klientem, tato práce a její výsledky se průběžnou diagnostikou sledují a vyhodnocuje se jejich efektivita. Mezi nápravné metody patří reedukace (rozvoj narušené funkce), kompenzace (vyrovnávání defektu jinými smysly) a rehabilitace. Rehabilitace je opět chápána v mnohem širším smyslu, nikoli pouze

zdravotní, ale hlavně sociální rehabilitace, pracovní a právní, kognitivní aj. Cílem je rozvoj pracovní a společenské seberealizace jedince s postižením. Terapeutické metody mají za cíl posilovat psychiku člověka a souběžně rozvíjet rehabilitační procesy. Pozornost je třeba věnovat také výzkumným metodám, které slouží ke zkvalitňování péče o jedince s postižením.



### **KONTROLNÍ OTÁZKY**

1. Co je cílem diagnostických metod a čím se liší od lékařské diagnostiky?
2. Jaké znáte druhy anamnézy?
3. Jaký je rozdíl mezi počáteční, průběžnou a závěrečnou diagnostikou?
4. Co patří mezi nápravné metody?
5. Vysvětlete podstatu reedukace a uveďte příklad.
6. Co je podstatou kompenzace a uveďte příklad možných kompenzací u vybraného typu postižení.
7. Vysvětlete alespoň čtyři druhy rehabilitace.
8. Na co je zaměřena primární, sekundární a terciární prevence ve speciální pedagogice?
9. Co patří mezi expresivní terapie? Popište alespoň tři z nich.
10. Vysvětlete podstatu kognitivního tréninku.



### **KORESPONDENČNÍ ÚKOL**

- Vyhledejte více informací o dramaterapii nebo teatroterapii a současně doplňte příkladem dobré praxe u seniorů s vybraným typem zdravotního postižení. Zpracujte v rozsahu 3 NS.
- Vyhledejte více informací o biblioterapii a poetoterapii a současně doplňte příkladem dobré praxe u seniorů s vybraným typem zdravotního postižení. Zpracujte v rozsahu 3 NS.



### **PRO ZÁJEMCE**

Vyhledejte zahraniční výzkum, který se zaměřil na seniory se zdravotním postižením. Využijte online přístupů k databázím Scopus z univerzitní knihovny (<https://www.slu.cz/slu/cz/ukopavadatabaze>). Odevzdejte překlad a vlastní hodnocení v rozsahu 6 NS.



### **DALŠÍ ZDROJE**

FISCHER, Slavomil et al. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

KROUPOVÁ, Kateřina a kol. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5264-8.

PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie: základní informace o oboru pro všechny pracovníky v rehabilitaci*. Praha: Rehalb, 2001. ISBN neuvedeno

PROCHÁZKOVÁ, Lucie et al. *Speciální andragogika: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2014. ISBN 978-80-7315-254-3.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a STEINOVÁ, Danuše. *Trénování paměti: metodická příručka*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009. ISBN 978-80-87142-08-0.

VALENTA, Milan a kol. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.

VALENTA, Milan et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

## 5 OSOBNOST JEDINCE SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM



### RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Cílem kapitoly je aplikovat poznatky z psychologie osobnosti a vývojové psychologie do speciální pedagogiky. Student získá základní informace o specifičnosti vývojových fází jedince s postižením proto, aby se mohl o tyto znalosti opřít při práci se seniorem s postižením.



### CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitoly je seznámit studenty s pohledem na jednotlivé vývojové životní fáze člověka v kontextu zdravotního postižení.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- charakterizovat jednotlivá období lidského života a možné změny způsobené defektem
- aplikovat teorii osmi věků člověka E. H. Eriksona do speciální gerontagogiky
- propojit nabyté poznatky s jednotlivými typy postižení v různém věku.



### KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Osobnost, obranné mechanismy, copingové strategie, struktura osobnosti, teorie osmi věků člověka, vývojová období, partnerství postižených, rodičovství postižených, rodina se zdravotně postiženým členem



### ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

1. Ke studiu kapitoly bude potřeba odhadem asi 1 hodina.
2. Odpovědi na otázky: 20 minut.
3. Vypracování korespondenčního úkolu: 2 hodiny
4. Vypracování úkolu pro zájemce: 4 hodiny.
5. Autoevaluační test: 5 minut.



## STUDIJNÍ TEXT

Na osobnost člověka s postižením je třeba nahlížet podobně jako na člověka bez postižení, tedy že je nějak vymezena, strukturována a ovlivňována mnoha faktory.

### 5.1 Osobnost a její struktura

Osobnost člověka může být definována jako „*souhrn přetrvávajících myšlenkových, pociťových a projevových vzorů, které charakterizují individuální životní styl a způsob adaptace a které jsou výsledkem konstitučních faktorů, vývoje a sociální zkušenosti.*“ (Valenta a kol., 2015, s. 122)

## DEFINICE



### Struktura osobnosti

Můžeme rozlišit šest základních skupin vlastností, které tvoří strukturu osobnosti:

- aktivačně motivační vlastnosti osobnosti, které určují směr a intenzitu chování, lze sem zahrnout zájmy, záliby, potřeby, zvyky, životní plány, motivy
- vztahově-postojové vlastnosti osobnosti zahrnují systém hodnot, kterými se jedinec řídí při svém jednání a chování, tedy postoje, hodnoty, citové vztahy, charakter
- výkonové vlastnosti osobnosti, které jsou měřítkem toho, co jedinec dokáže, patří sem např. schopnosti, vědomosti, dovednosti, návyky, vlohy
- seberegulační vlastnosti zahrnují volní vlastnosti, sebeuvědomění, sebehodnocení, sebekritiku
- dynamické vlastnosti osobnosti, které obsahují temperament a emocionalitu
- vlastnosti jednotlivých procesů a stavů, např. sensorické vnímání, myšlení, paměť atd. (Valečková, 2011)

### Psychosociální teorie osmi věků člověka E. H. Eriksona

Každý člověk prochází ve svém životě různými etapami, v nichž plní vývojové úkoly a které jsou základem pro další fázi, kterou svým charakterem modifikuje. Erikson sám popisuje, že v každé životní etapě se odehrává boj mezi dvěma tendencemi, který přirovnal balancováním nad propastí. Buď ten boj jedince vyhraje, získá tzv. ctnost a může se směle posunout do dalšího stádia, nebo ji nezíská, boj prohraje a posune se do dalšího období s nedořešeným konfliktem, který jeho budoucí život nepříjemně ovlivňuje. (Erikson, 2002)

Přibližný věk	základní ctnost	psychosociální krize	Významný vztah	Existenciální otázka	jádrová patologie
0–2 roky	naděje	důvěra vs. nedůvěra	mateřská osoba	Mohu důvěřovat světu?	stáhnutí se
2–4 roky	vůle	samostatnost vs. stud a nejistota	rodičovské osoby	Je v pořádku, jaký jsem?	kompulze
4–5 let	účelnost	iniciativa vs. vina	základní rodina	Je v pořádku to, co dělám?	inhibice
5–12 let	schopnost, kompetence	snaživost, činorodost vs. pasivita	sousedství, škola	Mohu být přínosem ve světě lidí a věcí?	netýkavost
13–19 let	věrnost	sebeuvědomění, identita vs. zmatení rolí	vrstevníci, vzory	Kdo jsem? Čím mohu být?	zavržení
20–39 let	láska	intimita vs. izolace	partneři v přátelství, sexu, soupeření, spolupráce	Mohu milovat?	vylučnost
40–64 let	péče	rozvoj, pečování vs. stagnace	samostatná práce, sdílená domácnost	Mohu se ohlednout za životem?	odmítnutí
65–smrt	moudrost	vyrovnanost vs. zoufalství	lidstvo, blízcí, vrstevníci	Bylo v pořádku, jaký jsem byl?	opovržení

## 5.2 Specifika vývoje jedince s postižením

Stejně jako člověk zdravý, i jedinec s postižením má individuální strukturu osobnosti, která se formovala fyzickými dispozicemi i sociálními vlivy a zkušenostmi. I lidé s postižením mohou být dobří a zlí, aktivní i pasivní, milí i nerudní. To je třeba mít na mysli neustále, protože intaktní veřejnost někdy na celou skupinu usuzuje na základě jedné nepříznivé zkušenosti. A přitom měl člověk třeba jen špatnou náladu ☺

Nicméně v práci Vágnerové, Hadj-Moussové a Štecha z roku 2004 jsou velmi pěkně popsána vývojová stádia jedince s postižením. Bohužel nikdo jiný se dosud otázkou vývoje osobnosti podrobněji nezabýval, proto si dovoluji citovat z literatury staré 15 let... Tuto podkapitolu řadím i přesto, že se má studijní text zabývat seniory. Ano, ale musíme vědět, čím si senior se zdravotním postižením ve svém životě prošel, abychom mohli lépe porozumět jeho chování a prožívání na sklonku života.

### **Období novorozenecké**

V tomto období se mnoho rodičů vyrovnává s tím, že se jejich dítě narodilo jiné, prochází složitým procesem vyrovnávání se s touto skutečností, které u některých přetrvává i po několik dalších vývojových stádií dítěte. Přijetí identity rodiče dítěte s postižením není zvláště pro prvorodiče snadné, proto celé toto období, v němž si má podle eriksonových stádií dítě budovat důvěru ve své blízké, je rizikové z důvodu velkých emocionálních výkyvů rodičů i příbuzných.

### **Kojenecké období**

*Erikson: smyslem je získat pocit základní důvěry v život a zbavit se negativně působící nejistoty a nedůvěry v lidi a svět.*

Podle Piagetovy teorie kognitivního vývoje je toto období obdobím senzomotorického myšlení, tedy jedinec se rozvíjí prostřednictvím smyslů a motoriky. Je to období velmi důležité pro kognitivní, motorický i emocionální vývoj dítěte. V případě dětí se zdravotním postižením dochází k senzorické deprivaci, rodiče se mnohdy začínají učit kompenzovat defekt náhradními mechanismy. V případě závažné situace dítě nemůže přijímat dostatek podnětů, protože organismus není vybaven tak, aby mohl spontánně saturovat potřebu stimulace, nebo není schopen ani podněty zpracovat, čímž je ovlivněna i potřeba učení.

Může docházet k opoždění vývoje, protože pochopení potřeb dětí je mnohem těžší než u dětí zdravých. Tato fáze receptivity je charakteristická tím, že dítě přijímá podněty a začíná je diferencovat, vytváří si pojem trvalosti objektu. Pokud v této fázi receptivity je dítě pasivní, může to mít dopad i na jeho celý vývoj v tom smyslu, že přijímá rezignaci a apatii jako životní strategii. Vágnerová a kol. (2004) však upozorňuje, že může jít o jiný extrém, a to nepřiměřená a nadměrná stimulace, na kterou není dítě připraveno.

Rodiče by samozřejmě měli počítat s vývojovým opožděním postiženého dítěte. Zvláště motorický vývoj bývá opožděn u dětí nevidomých a neslyšících, zvláště pokud jsou méně stimulovány a je tím snížena jejich aktivační úroveň a upoutávání pozornosti, u dětí s těžkým mentálním postižením se nerozvíjí motorika vůbec.

Děti s různými formami dětské mozkové obrny mají dle rozsahu defektu určité pohybové omezení, mohou mít specifické projevy mimiky, gestiky, někdy dokonce jsou bez artikulovaného projevu, ve výrazu obličeje se neodráží pocity dítěte, jak rodiče očekávají, je to pro ně projev nesrozumitelný, vyvolává pocity nejistoty, pohybové postižení může eliminovat úsměv jako ukazatel sociální odezvy. Postupně se může zájem rodičů o mazlení a komunikaci utlumovat (dítě se spasmy se nepřivine, neusměje nebo velmi specificky, rodič může nabýt dojmu, že o to dítě nemá zájem).

Podle Matějčka „sociální úsměv je za normálních okolností ukazatelem jeho účasti na sociálním dění.“ Bohužel u mnoha malých dětí s postižením to může být problém. Nevidomé dítě nemá vizuální kontakt s matkou, nechápe signální význam obličeje, není zpětná vazba, dítě nereaguje na mimické a pantomimické projevy a, jeho úsměv se nerozvíjí. Sice reagují sociálním úsměvem, ale na matčin hlas a to méně výrazně a nepravidelně. Není to však

projevem menšího zájmu a omezenějšího citového vývoje. Stejně tak jako u dětí neslyšících: Sociální kontakt omezen na taktilně kinestetické a vizuální podněty, takže k senzorycké deprivaci dochází až ve druhé polovině kojeneckého věku v souvislosti s rozvojem řeči. Děti s mentálním postižením mají nižší aktivační úroveň, jsou pasivnější, sociální úsměv se objevuje později, než rodiče čekají.

**Rodiče mají tendenci snižovat četnost vzájemného kontaktu, který neodpovídá jejich očekávání.**

Vývoj postiženého kojence hodně záleží na tom, jak rychle se rodiče vyrovnají s tím, že mají postižené dítě. Obecně z vývojové psychologie je známo, že období kojenecké je obdobím symbiózy mezi matkou a dítětem. U rodin s postižením však lze dohledat „*celkově utlumenou interakci matky a dítěte, často velmi slabou odezvou dětí na často méně stimulační mateřské chování, eventuálně na jednostrannou komunikaci.*“ (Vágnerová a kol., 2004, s. 113). Bohužel někdy symbióza přetrvává i do dalšího období a ze symbiotického vztahu se může stát vztah parazitující.

### **Batolecí období**

Batolecí období lze nazvat obdobím emancipace a zrození psychologického já. Je tedy pro osobnost člověka zásadním. Dítě se osamostatňuje, prozkoumává svět. U mnoho dětí s těžkým postižením toto osamostatňování se není možné, nebo je velmi ztížené, ne-li zcela nedostupné. Někdy to však není zapříčiněno postižením, ale tím, že rodiče dítěti s postižením nedovolují prozkoumat svět a osamostatnit se. Pokud je však zrození psychologického já (které je spojeno se sebeprosazováním: já sám) posouváno nebo znemožněno, může se přenášet do další životní etapy jako nejistota (Erikson: nejistota v odpovědi na otázku Je v pořádku, jaký jsem?) a může to ovlivnit další životní etapu, pro kterou je typická iniciativa.

Vágnerová a kol. (2004) poukazují na skutečnost, že paradoxně je emancipační projev méně možný, méně podporovaný a méně reálný u postižených dětí, které budou určitě v životě muset překonávat mnoho potíží. Dítě pak zůstává v mnoha oblastech velmi závislé na okolí a vytváří se tak základ pro jeho budoucí nesamostatnost.

Pokud převládá právě model pasivity, závislosti a neposiluje se vědomí vlastní osobnosti, vědomí vlastních možností, ani jejich prosazování vlastní aktivitou, potom závislost postižených v dospělosti je právě důsledkem toho, že byli celý život vedeni k pasivnímu přijímání jako k nejvýhodnější strategii. Do určité míry u nich přetrvává abnormálně období receptivity.

### **Předškolní věk**

Období předškolního věku dochází k velkému rozvoji slovní zásoby, rozvíjí se hrubá a jemná motorika, dovednost sebeobsluhy, dítě žije aktivně, přítomností. Podle Piagetovy teorie je to období názorného myšlení, objevují se první prelogické operace, vytváří se základy pojmů. U dětí s těžkým stupněm postižení je zjevný už velký rozdíl oproti vrstevníkům, tedy pro rodiče toto znamená zase velmi náročné období plné smutku. Toto se může

odrazit i v tom, že dítě, které je přirozeně v tomto období aktivní, je tlumeno se svých „výzvědných“ aktivitách a podle Eriksonovy teorie se nemusí naplnit dosažení ctnosti „účelnost“, tedy najít odpověď na otázku „Je v pořádku to, co dělám?“

Toto období je obdobím pro rodiče náročným také z hlediska volby předškolního vzdělávání. Někteří se rozhodnou, že chtějí dát dítě do běžné mateřské školy, poprvé se ocitají tváří v tvář vrstevníkům svého dítěte, kteří se vyvíjejí bez zatížení. Nebo se rozhodnou dát dítě do speciální školy, někteří dokonce musejí z různých důvodů volit internátní mateřskou školu. Není to pro nikoho jednoduché, všechny varianty předpokládají spolupráci rodiny, protože předškolní věk je pro vzdělávací trajektorii velmi zásadním.

### **Školní věk**

Nástup do školy je pro rodiče potvrzením určité úrovně normality, přechod do školy je sociálním mezníkem, který může pro postižené dítě představovat první krizi jeho identity. Opět se rodič nachází před dvěma variantami, buď dá dítě do běžného vzdělávacího proudu (a bude prožívat strach z negativních konfrontací se zdravými dětmi) nebo se rozhodnou pro speciální školu (zkušenější učitelé, dítě není vystavováno takovým stresům). V každém případě si jistě plně uvědomují, že přebírají zodpovědnost za to, jak se v budoucnu bude jejich dítě schopno začlenit do společnosti.

Vágnerová a kol. (2004) uvádí příklady pro a proti u obou variant:

### **UMÍSTĚNÍ DO INTERNÁTNÍ SPECIÁLNÍ ŠKOLY**

- vede k vytržení obyčejně nezralého a nepřipraveného dítěte z rodinných vazeb (současně upozorňuje na to, že navíc bývají vazby v těchto rodinách dost často na infantilnější úrovni než vztahy v rodině zdravého školáka)
- i když je dítě realistické a přijímá situaci v rámci své vývojové úrovně, může tak radikální změna života ovlivnit vývoj jeho identity a zafixovat určité, ne zcela standardní strategie chování
- rodiče se vlivem náhlého přerušování společného života stávají méně reálnými, idealizovanými bytostmi (v očích svých dětí ztrácejí svou omnipotenci dříve, než je vývojově běžné)
- dítě si začíná uvědomovat, že rodiče nejsou všemocní a že rozhodování o jeho dalším životě závisí i na jiných lidech
- rodičovské postoje se pod vlivem přerušování soužití stávají
- na jedné straně tolerantnějšími, méně autoritativními,
- na druhé straně takto do určité míry ztrácejí charakteristické rysy své role
- speciální škola sama o sobě představuje symbol odlišnosti, protože je jiná než škola, do které chodí sourozenci a nebývá v místě bydliště
- v tomto smyslu se stává součástí identity dítěte, které ji navštěvuje

### **ZAČLENĚNÍ DO BĚŽNÉHO VZDĚLÁVACÍHO PROUDU**

- významné jsou postoje rodičů, spolužáků (resp. jejich rodičů, kteří postoje rodičů nekriticky přijímají) a jejich očekávání, která mají

- je srovnáváno se svými zdravými spolužáky a postupně si samo uvědomí svoji odlišnost
- pokud není dobře disponováno pro zvládání výukových nároků i ztížené sociální adaptace za ztížených podmínek, bude prožívat neúspěšnost, která jej může traumatizovat
- náročnost situace a strach ze selhání může nepříznivě ovlivnit postoj rodičů postiženého dítěte
- mohou být extrémně ochrannější
- popírající postižení dítěte až tak, že to může být sociálně nepřijatelné a komplikující situaci dítěte ve škole, přijetí dětmi (a jejich rodiči), učitelem
- rodiče takto paradoxně, ačkoli vedeni dobrými úmysly, zdůrazňují odlišnost svého potomka
- na druhé straně je to dobrá sociální zkušenost, a jestliže ji dítě zvládne, bude se i v budoucnu adaptovat na společnost zdravých lépe než jeho vrstevníci, kteří žili více izolováni
- na děti s kombinovaným postižením, děti méně nadané, z deprivativního prostředí, děti přecitlivělé, z hyperprotektivních rodin mohou být nároky školy příliš vysoké
- děti s těžším stupněm MR mohou být ve třídě a škole izolovány, situace se jim bude zdát nesrozumitelná, může v nich vyvolávat strach a obranné reakce.

### **Období adolescence**

Období adolescence je obdobím osamostatňování a hledání vlastní identity. Sebekritika, která se v této vývojové fázi objevuje, se váže mimo běžná témata také k postižení samotnému, čímž stoupá jeho sociální význam. Pro jedince s postižením je toto období mnohem obtížnější a riziko selhání vyšší než u jejich vrstevníků. Začíná uvažovat o svých možnostech a o své sociální hodnotě.

Z hlediska vývojové psychologie dochází ke krizi rodičovské autority, zájem se přesouvá z rodiny k vrstevnické skupině. Pro některé jedince s postižením je takové odpoutání velice složité a někdy až nedostupné, samozřejmě záleží na typu stupni postižení, ale také na výchově a dosavadních zkušenostech.

Podle Vágnerové a kol. (2004) významnou roli také hraje ochota vrstevníků přijmout mezi sebe postiženého, kterého mohou ignorovat, nechat na okraji skupiny jako odlišnou bytost, která tam nepatří. Ve speciálních školách je situace jiná, je tam dostatek vrstevníků s podobným handicapem. Nicméně se tím vytváří jakási budoucí sociálně izolovaná minorita, jejíž členové se přátelí a uzavírají sňatky pouze mezi sebou. (Nejtypičtější je komunikačně odlišená skupina sluchově postižených.)

Neméně důležité v této době je hledání imponujících vzorů. V okolí obvykle neexistuje podobně postižený člověk, který by se mohl stát přijatelným vzorem a postiženému se většinou nepodaří získat ve skupině zdravých vrstevníků takovou pozici, aby mohl za vzor

považovat je. Toto období je pro postiženého člověka tak těžké, že po čase začne být pasivní a rozhodování opět přenechává rodičům, i když si uvědomuje, že jde o vývojovou stagnaci.

Pubertální emancipace a vzpoura proti autoritě je vývojově důležitá, protože jedinec potřebuje prokázat své kompetence v konfrontaci s tlakem autority, kterou musí změnit, aby mohl projít potřebnou psychickou proměnou a aktivně rozvíjet svou identitu tak, jak si představuje. (Vágnerová a kol., 2004)

Pokud jedinec studuje a pobývá v internátní škole, proces emancipace je specifický, protože ani nejde se emancipovat od rodiny, ve které již několik let nežije a která v této situaci působí poněkud odlišně. Emancipace bez citové jistoty vede k maladaptaci a náhradnímu uspokojování či aktivitě, kdy jsou vlastní schopnosti používány neadekvátním způsobem. Nedostatek kompetencí u jedinců infantilních, závislých, labilních či neschopných z důvodu tak těžkého postižení, že nelze být zcela samostatným a nezávislým, vede ke ztrátě a nevyužití vývojové příležitosti a odlišnému vývoje osobnosti. (Vágnerová a kol., 2004, s. 116)

### **Období mladé dospělosti**

Po dosažení dospělosti se od většiny mladých očekává, že nastoupí do zaměstnání a najdou si trvalý partnerský vztah. Podle Eriksona je dovršena etapa hledání identity a mladý dospělý by si měl dokázat odpovědět na vývojovou otázku: Kdo jsem a kam směřuji?

Pro jedince s postižením, kteří žili celý dosavadní život v chráněném prostředí, to může být velmi náročné. Nástup do zaměstnání je náročný i pro zdravé jedince, natož pro jedince s postižením, většinou nemají potřebné zkušenosti a mohou mít nepřiměřená očekávání. Bohužel se dříve nekladl takový důraz na způsob výchovy, který vstup do intaktní společnosti usnadní, tedy přiměřená sebedůvěra, reálné sebehodnocení, dovednost v sociálních interakcích, dovednost řešit problémové situace a konfrontace, aniž by jedinec užíval obranné reakce (nevědomé) jako životní strategie.

Vágnerová a kol. (2004) uvádějí, že mnoho jedinců s postižením může mít v tomto věku (díky výchově a speciálnímu vzdělávání) nereálné aspirace, nemá zkušenost v oblasti sociálního chování, jsou nesamostatní, a mnohdy užívají regresi a z ní vyplývající zvýšenou závislost jako obrannou reakci v situaci, kdy jedinec není jiné obrany schopen. Na druhé straně ale tento krok ztěžuje postiženým i zdravá populace svou nepřipraveností, neinformovaností a přetrvávajícími předsudky.

Důležité je, aby tento jedinec chápal svůj život jako smysluplný celek, který akceptuje vlastní minulost a uvažuje reálně o budoucnosti. Jde vlastně o naplnění jedné z významných psychických potřeb, a to potřeby otevřené budoucnosti.

Jak už bylo uvedeno výše, mladého dospělého může nepříznivě ovlivnit v jeho plánování budoucnost nevhodná výchova, přetrvávání symbiotické vazby s matkou i ve školním věku

nebo předčasné vytržení z rodinných vazeb. Toto vede k desynchronizaci vývoje jednotlivých složek osobnosti a zabraňuje plnohodnotnému společenskému začlenění. (Vágnerová a kol., 2004)

### **Období dospělosti**

Podle Eriksona se v dospělosti více uplatňují sociální vlivy než vývojově podmíněné proměny typické pro dětství. Pokud zvládl předchozí období a dosáhl vlastní identity, tedy získal ctnost „věrnost“ (sám sobě, svým idejím), bude na počátku období úspěšným v dosahování intimity. Pokud si není schopen vytvořit intimní vztahy, vzniká izolace charakterizovaná snahou vyhybat se kontaktům, které k intimitě vedou.

Párová identita partnerského vztahu je vývojově nutná jako jedna z podmínek přijatelně zvládnutého rodičovství. Narozením dítěte dochází k další vývojové transformaci identity, nastává období generativity. Erikson však chápe generativitu širěji, než jen péče o děti, popisuje ji jako určitý typ tvořivosti, který kromě pečování o vlastní děti zahrnuje i obecně péči o lidstvo, tedy může být rodičovství nahrazeno jinou smysluplnou činností. Pokud člověk není schopen překročit uspokojování svých vlastních potřeb a pečovat o druhé, dochází v jeho vývoji k tzv. stagnaci. (Erikson, 2002)

Dospělý člověk s postižením nemusí vždy dosáhnout takové soběstačnosti ani vyrovnaného a vyzrálého sebehodnocení, aby se uměl vyrovnat se svou odlišností a sociální stigmatizací, kterou defekt přináší, ne vždy je schopen vytvořit si uspokojující individuální identitu. Proto se mohou objevovat složitosti v těchto pokročilých vývojových fázích. Potřebu seberealizace může postižený člověk uspokojovat obtížněji, protože není vždy schopen adaptace na nějaké zaměstnání a navíc nemusí být dosažitelné povolání subjektivně uspokojující. Objektivně dané omezení možností může být prožíváno jako stres nebo trauma, které stimuluje různé obranné mechanismy. (Vágnerová a kol., 2004)

PARTNERSTVÍ jedinců s postižením mívá často hodně odlišných rysů. Jakmile postižený jedinec opustí školu, omezují se mu výrazně možnosti sociálního kontaktu, což může způsobit, že se zafixuje na jakoukoliv osobu v okolí. Podle Vágnerové a kol. (2004) se jedinci s postižením chtějí podobat ostatním, chtějí mít partnera, chtějí plnit podobné role a dosáhnout přijatelného statutu. Ne každý jedinec s postižením je však schopen zvládnout nároky dospělosti. Mnohdy není ani schopen samostatnosti a rozhodování o sobě.

Pro postiženého je více než pro zdravého člověka důležité manželství, jde hlavně o sociální hodnotu takového vztahu, vnímá to citlivě jako určitou seberealizaci a potvrzení normality. Lidé s postižením však mají ve skutečnosti omezený výběr potencionálního partnera, takže často nejde o výběr, ale akceptaci jakéhokoli dostupného jedince. Ideálem zůstává zdravý partner, nicméně většina jedinců s postižením mají partnera, který má také nějaké potíže. Může to být tím, že nemají mnoho příležitostí se seznámit, nebo tím, že nabudou přesvědčení, že ten, kdo má také problémy, jim bude lépe rozumět. Což nemusí dopadnout dobře. (Vágnerová a kol., 2004)



Zajímavý pohled ze své praxe partnerského terapeuta představuje Jeroným Klimeš (2008). Ze svých zkušeností potvrzuje, že si lidé s postižením hůře hledají partnera, ale že se to netýká jen mezi zdravými, ale i mezi lidmi bez postižení. Většina jedinců s postižením si zpočátku snaží splnit svůj sen, a to najít si partnera zdravého. Obecně se dá podle Klimeše říct, že jsou vztahy méně uspokojivé. Jako jeden z důvodů uvádí, že jejich nedostatečná sebedůvěra nahloďává partnerský vztah tím, že „nemohu vlastně uvěřit svému partnerovi, že by je mohl mít rád. Někde vzadu v mysli neustále leží myšlenky: "Kdo by měl rád mrzáka?! Stejně se mu hnusím. Ta vstřícnost je jen pokrytectví." Bohužel mnoho jedinců s malým sebehodnocením a velkou sebenenávisť očekávají od partnera, že je uzdraví (v psychologickém slova smyslu). Klimeš zdůrazňuje, že je to *nadlidský úkol, ve kterém téměř každý člověk musí selhat, zejména v kritických okamžicích.*

Z praxe klinických psychologů také jednoznačně vyplývá, že lidé, kteří se připravují na první schůzku, jsou tak nadšeni z toho, že „zdravý“ jedinec souhlasil se schůzkou, i když věděl, že mají postižení, že si vysní budoucí vztah ještě před prvním setkáním (Klimes např. uvádí: „*Sice jej v realitě ještě neviděli, ale ve snách s ním již mají rodinu, řeší počty dětí, jestli se k nim vlastně hodí, jestli je neopustí a jestli o něj vůbec stojí.*“). Bohužel toto je natolik vystresuje, že se chovají nepřírozeně, stres způsobí, že na schůzku nejsou schopni dojít, nebo přehánějí nebo mlčí.

Klimes (2008) uvádí pro jedince s postižením několik doporučení při navazování vztahu u jedinců s postižením:

1. Naplánovat si, kolik jsem ochoten riskovat (kolik peněz, kolik času, kolik emocí, kolik snění, připravit se předem na ztrátu a mít připravené metody na zklidnění v tomto případě).
2. Nenechat snění volný průběh (cílevědomě pozorovat toto snění a je provázející nárůst aktivity a například řízenou konejšivou samomluvou toto napětí brzdit).
3. Naučit se řízenou konejšivou samomluvu (dotyčný si představí, že je malé dvouleté dítě, které trpí ztrátou blízké osoby a separační reakcí, a promlouvá k sám sobě, jako by zklidňoval toto malé nešťastné dítě).
4. Překompensace (lidé s postižením mají problém se smířit s tím, co jim život nabízí a neustále sní o princí na bílém koni. Více než normální populace trpí sněním: "Co když ještě narazím na někoho, kdo se ke mně bude ještě více hodit než tento?" Toto snění je pak vede k instrumentálnímu postoji k blízkým a k záplatování života: "Tento vztah mám jen na přežití. Ale časem přijde něco lepšího. Výsledkem je naprosté přetížení psychiky. S překompensací úzce souvisí propadová křivka. (<http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/somatizace2.html>)

## RODIČOVSTVÍ

Rodičovství chápe většina jedinců s postižením jako další možnost seberealizace a potvrzení své hodnoty. Narozené dítě představuje pro rodiče s postižením významnou sebejistotu, potvrzení jejich vlastní hodnoty. Bohužel jejich touha po dorovnání se zdravým vrstevníkům mnohdy naráží na to, že nejsou dostatečně zralí, že neumí převzít zodpovědnost za sebe i své dítě. Zajímavé je, že rozpad takových vztahů nebývá tak častý jako v majoritní

společnosti. Hraje zde roli samozřejmě i strach ze samoty a vědomí omezené šance získat jiného partnera. (Vágnerová a kol., 2004)

### **Období stáří**

Období stáří je období, v němž by měl člověk najít smíření se svým dosavadním životem, měl by získat ctnost „moudrost“, neboť nalezne odpověď na otázku: „Bylo v pořádku, jaký jsem byl?“

Jedinci s postižením mohou mít různé životní zkušenosti. Někteří se narodili s postižením a prožili život ve speciálních zařízeních, jiní získali postižení až v průběhu života. Každý člověk je individualitou a každý se se vzniklou situací vyrovnává jinak. Někdo pasivně, naučenou bezmocností přijímá to, co za něj rozhodnou druzí, jiný, i přesto že prošel speciálním školstvím, se ujal života aktivně, zapojil se do společnosti, pracoval, vychoval děti, žil v dlouhodobém partnerství. Obrovský vliv na to má osobnost jedince, jeho sociální opora, zázemí, ale samozřejmě je třeba zahrnout do bilancování možnosti i omezení plynoucí z typu a stupně handicapu.

### **5.3 Rodina se zdravotně postiženým členem**

Při práci s jedincem s postižením všeho věku se pomáhající pracovník dostane do kontaktu s jeho rodinou, protože je vždy dobré mít členy rodiny jako součást společného řešení situace.

Michalík (2011, s. 95) chápe rodinu se zdravotně postiženým členem „*neopakovatelnou sociální jednotku*“. Každá rodina se liší kromě běžně známých charakteristik tím, jak vnímá kvalitu života každý její člen, jak se proměnily jeho role a kvalita života při vstupu člena se zdravotním postižením do rodiny (narození, získaný defekt). Pro poznání skutečné situace rodin je důležité kombinovat kvantitativní i kvalitativní výzkumné přístupy, i tak ale získáme jen obecný obraz, který je třeba dokreslit v konkrétním případě. Zdeněk Matějček kdysi napsal, že adaptační schopnost rodiny je tak velká, jak velká je adaptační schopnost jejího nejslabšího článku. Toto nesmíme v pomáhajících profesích přehlížet, protože toto může být vysvětlením pro řadu nezdarů, se kterými se v práci můžeme setkat, které jsme nepředvídali, které nás zaskočily. Tedy jak uvádí Michalík (2011, s. 96), „*každá nová situace, každý nový případ (poradenství, podpora, intervence, rozhodování) s sebou nese povinnost přesného a předsudků prostého poznání skutečného stavu (potřeb) pečující rodiny.*“



## **SHRNUTÍ KAPITOLY**

Osobnost člověka s postižením má svoje vymezení, strukturu. Její vývoj prochází jednotlivými vývojovými fázemi, pro které jsou typické psychosociální konflikty. Pokud konflikt úspěšně zvládne, nabude ctnosti a může se posunout do dalšího vývojového stádia. V různém věku se u jedinců se zdravotním postižením objevuje celá řada okolností, které mohou

úspěšnost procesů zpomalovat nebo úplně znemožňovat. Kromě osobnosti a závažnosti postižení záleží hlavně na výchově a zkušenostech, zda bude jedinec aktivní a samostatný, nebo propadne pasivitě a naučené bezmocnosti. Část kapitoly je věnována partnerství jedinců s postižením, které v mnoha případech nenaplnuje očekávanou sílu vztahu, ale spíše zakládá na další problémy vyplývající z nereálného snění nebo malého sebehodnocení či až sebenenávisť. Při práci s jedincem se zdravotním postižením různého věku musíme vždy pracovat s celou rodinou, protože platí, že adaptační schopnost a síla rodiny je tak velká, jak velká je adaptační schopnost a síla toho nejslabšího článku.

### KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Definujte pojem osobnost a vymezte její strukturu.
2. Jaké jsou psychosociální konflikty a získávané ctnosti podle teorie E. H. Eriksona v jednotlivých etapách?
3. Popište rané fáze vývoje dítěte s postižením v kontextu možných ohrožení ve vývoji.
4. Z hlediska zdravého vývoje osobnosti nalezněte klady při vzdělávání v proudu speciálního školství a klady při vzdělávání v běžném vzdělávacím proudu.
5. V čem může být proces osamostatňování se u jedinců s postižením složitější v porovnání s intaktními vrstevníky?
6. V čem tkví podstata generativity a jak může být naplněna u dospělých jedinců s postižením?
7. Charakterizujte rodinu s postiženým členem.

### KORESPONDENČNÍ ÚKOL



- Vyberte si jedno věkové období a zpracujte možná ohrožení vývoje u tří různých typů postižení (rozsah: 5 NS)
- Použijte Eriksonovu Teorii osmi věků člověka, vyberte si jeden typ postižení a pokuste se aplikovat možné důvody pro nezvládnutí příslušného psychosociálního konfliktu (rozsah 5 NS).
- Popište rodinu s postiženým členem z hlediska copingových strategií a obranných mechanismů (rozsah: 3 NS).

### PRO ZÁJEMCE



Vyhledejte český a zahraniční výzkum, který se zabýval partnerskými vztahy jedinců s postižením (rozsah: 8 NS).



## DALŠÍ ZDROJE

- ERIKSON, Erik H. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-380-8.
- MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VALEČKOVÁ, Hana. *Základy psychologie osobnosti: studijní opora*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, 2011. ISBN 978-80-7248-667-0.
- VALENTA, Milan a kol. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.

## 6 SENIOŘI SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM (problematika tyflopeditická)

### RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



V této kapitole se seznámíte se základní terminologií, klasifikací, etiologií a psychologickými zvláštnostmi osob se zrakovým postižením. Budou představeny základní kompenzační pomůcky a zásady komunikace, vzdělávací a poradenské instituce pro různé věkové skupiny. Zvláštní pozornost bude věnována osobám později osleplým.

### CÍLE KAPITOLY



Cílem je vysvětlit studentům základní terminologii související se zrakovým postižením (oblasti zrakového postižení, stupně postižení). Student získá vědomosti o možných příčinách zrakového postižení. Bude seznámen s psychologickými zvláštnostmi osob se zrakovým postižením a jejich možnostech výchovy, vzdělávání, poradenských služeb. Student bude umět respektovat zásady komunikace s jedinci s těžkým zrakovým postižením. Součástí tématu bude také získat základní přehled v existujících kompenzačních pomůčkách.

### KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Tyflopedie, refrakční vady (krátkozrakost – myopie, dalekozrakost – hypermetropie, astigmatismus, afakie), postižení zorného pole, okulomotorické poruchy, obtíže se zpracováním zrakových informací; příčiny zrakového postižení; stupně zrakového postižení; nižší kompenzační činitelé, vyšší kompenzační činitelé, pomůcky pro běžný život a orientaci v prostoru, pomůcky pro studium a vzdělávání, pomůcky pro práci, pomůcky pro volný čas; komunikace se zrakově postiženým; organizace pro jednotlivé věkové skupiny jedinců se zrakovým postižením.

### ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



1. Ke studiu kapitoly bude potřeba odhadem asi 1 hodina.
2. Odpovědi na otázky: 20 minut.
3. Vypracování korespondenčního úkolu: 2 hodiny.
4. Vypracování úkolu pro zájemce: 4 hodiny.
5. Autoevaluační test: 5 minut.

## STUDIJNÍ TEXT

### 6.1 Vymezení zrakového postižení

Termínem zrakové vady obecně označujeme nedostatky zrakové percepce různé etiologie i rozsahu. Zrakové postižení je definováno jako výrazné snížení, případně zánik schopnosti vnímat svět zrakovým analyzátozem. Člověk se zrakovým postižením je ten, který má vážné problémy s přijímáním a/nebo zpracováním zrakových informací i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické, brýlové apod.). (Slowík a kol., 2016)



#### DEFINICE

Zrakové poškození se může projevit ve 4 základních směrech:

- snížením zrakové ostrosti
- postižením zorného pole
- okulomotorickými poruchami
- obtížemi se zpracováním zrakových informací.

#### 6.1.1 SNÍŽENÍ ZRAKOVÉ OSTROSTI (REFRAKČNÍ VADY)

„Refrakční vada je fyzikální chyba refrakce očního prostředí nebo onemocnění jako takové.“ (Procházková a kol., 2014, s. 119)

Poškození zrakové ostrosti se projeví tak, že postižený nevidí zřetelně, může mít mlhavé, dvojité vidění, slzet, pocit pálení nebo řezání v oku.

#### Zraková ostrost do dálky

Zraková ostrost do dálky je vyšetřována na tzv. optotypech (standardizované obrazce ve standardizované vzdálenosti), které jsou obvykle konstruovány pro vzdálenost 5 nebo 6 metrů. U nás se nejčastěji používají tzv. **Snellenovy optotypy**. U každého řádku SO je číslo které určuje, z jaké vzdálenosti by měla osoba s normálním viděním tento řádek přečíst.

**Zraková ostrost do dálky se zapisuje jako zlomek, jehož číselník vymezuje vzdálenost, ze které jedinec četl, a ve jmenovateli je číslo nejmenšího řádku optotypů, který z této vzdálenosti dokázal přečíst.**

Normální zraková ostrost je 6/6 (z 6 metrů pacient přečte řádek, který by z 6 metrů měl přečíst). V některých zemích se vyjadřuje zraková ostrost v decimálních jednotkách nebo ve zlomcích, jejichž základem je délková míra stopa.

#### Zraková ostrost do blízka

Zraková ostrost do blízka se stanovuje na čtecí vzdálenost 35 až 40 cm na dobře osvětlených optotypech do blízka. Optotypy do blízka nejsou standardizovány, nejčastěji se užívají Jaegerovy tabulky. Obvyklý zápis pro normální vidění do blízka pak vypadá: J. č. 1. Rozptýl vidění je od J. č. 1 až J. č. 24.

## Typické příklady poruch zrakové ostrosti:

### KRÁTKOZRAKOST (MYOPIE)

#### DEFINICE

Df

„Myopie neboli krátkozrakost je zapříčiněna prodloužením předozadní osy oka, případně větším zakřivením rohovky. Myopii může dále způsobit vrozený dětský glaukom nebo úrazy.“ (Procházková a kol., 2014, s. 120)

Krátkozrakost je neostré vidění do dálky, zahrnuje problémy s vnímáním hloubky, problémy s oslněním, u těžších případů i výpadky zorného pole až slepotu.

Myopické oko je relativně dlouhé (předozadní osa oka je prodloužená). Paprsky se sbíhají před sítnicí. K dobrému vidění je třeba oslabit lomivý aparát oka rozptylnou čočkou. Předepisují se minusová skla (rozptylky).

Při korekci -10,0 dpt. hovoříme o tzv. **těžké krátkozrakosti** (myopia gravis). Tento stupeň postižení má nepříznivou prognózu, refrakční vada se zvyšuje, zadní pól oka se vyklenuje a cévnatka atrofuje a projevují se v důsledku toho degenerativní změny na sítnici; přidruženou komplikací bývá zkapalnění sklivce s následným odchlípením sítnice; někdy může dojít k jejímu odchlípení pod vlivem tělesné námahy nebo jako posttraumatická komplikace.

Při progredujících degenerativních změnách (myopia degenerativa, obvykle přes -10 D) dojde k roztažení sítnice a jejímu odchlípení od terče zrakového nervu. Postižení si pak musí dávat pozor na zvýšenou námahu a tlak v oku (zvedání břemen, porod) nebo úder, protože mohou zapříčinit odchlípení sítnice. Myopie narůstá z 0,8 % v dětském věku na 11% v dospělosti se stálým rizikem odchlípení sítnice. (Beneš, Vrubel, 2017)

### DALEKOZRAKOST (HYPERMETROPIE)

#### DEFINICE

Df

„Hypermetropie neboli dalekozrakost se vyznačuje krátkou předozadní osou oka a oploštěním rohovky a čočky. Může být vrozená nebo získaná (např. po úrazu).“ (Procházková a kol., 2014, s. 120)

Dalekozrakost znamená špatné (zamlžené) vidění do blízka, často se projevuje jako tzv. „pocit nepohodlného vidění“, součástí může být také i zamlžené vidění do dálky. Stručně řečeno hypermetropie je ztráta schopnosti vidět ostře blízké předměty.

Pro hypermetropické oko je charakteristický relativně zkrácený bulbus oka (zkrácení bulbu o 1 mm představuje dioptrickou vadu + 3 D). Rovnoběžné paprsky přicházející k oku mají své ohnisko lomivosti **za** sítnicí, předozadní osa oka je krátká a koriguje se čočkami spojky. Předepisují se plusová skla.

O Hypermetropii gravis (těžké dalekozrakosti) hovoříme v případě, že je korekce vyšší než +10.

- ztráta čočky představuje chybění optické mohutnosti +20 dpt., což se eliminuje skly +10 dpt. nebo čočkou
- hypermetropické oko je predisponováno ke vzniku glaukomu s úzkým úhlem.

(Beneš, Vrubel, 2017)

## ASTIGMATISMUS

Df

### DEFINICE

Je stav, kdy oko nemá ve všech rovinách stejnou optickou mohutnost. Nejčastější příčinou je vrozené nepravidelné zakřivení rohovky, poúrazové a pooperační stavy.

Může vyvolat rozostřený obraz (příkladem astigmatické plochy je třeba zadní strana čajové lžičky). Kompenzuje se cylindrickými skly v brýlích, která lámou paprsky pouze v jedné rovině. Nekorigovaný astigmatismus způsobuje deformace zrakového vjemu (např. zešikmení obrazu, dvojité či vícenásobné vidění). (Beneš, Vrabel, 2017)

### 6.1.2 POSTIŽENÍ ZORNÉHO POLE

Df

### DEFINICE

*Postižení zorného pole* znamená omezení prostoru, který člověk vidí. Při této vadě se může, ale nemusí projevit omezení zrakové ostrosti, obtíže s diskriminací barev, případně zhoršující se vidění za šera a při adaptaci na změnu osvětlení.

Typickým postižením je trubicové vidění, skotom a hemianopsie. **Skotom** je mlhovina, která se nachází v jakékoliv části oka. Brání plnému rozsahu vidění. **Hemianopsie** představuje výpadek celé poloviny zorného pole. (Renotírová, Ludíková, 2006)

Často se vyskytují tzv. výpadky zorného pole. V nezúženém zorném poli se vyskytují buď trvale, nebo přechodně jakési mlhoviny, které brání vidění v plném rozsahu. Pokud je výpadek v centru, bude mít postižený problémy při pohledu přímo před sebe a bude se dívat stranou, aby viděl zřetelněji.

Výpadek periferního vidění se může objevit v jeho horní, dolní nebo postranní části. Při pohybu v prostoru může narážet na předměty po té straně, na které je výpadek, mohou se projevit potíže s rozlišováním barev, případně se zhoršuje vidění za šera a při adaptaci na změnu osvětlení. (Beneš, Vrabel, 2017)

### 6.1.3 OKULOMOTORICKÉ PORUCHY

Okulomotorické poruchy jsou poruchy binokulárního vidění, jehož podstatou je spojení obrazu vnímaného každým okem a splynutí do jednoho prostorového vjemu, včetně schopnosti vnímání hloubky prostoru. Binokulární vidění může být porušeno v důsledku funkční poruchy. K poruchám binokulárního vidění patří:

**Amblyopie** (tupozrakost) je „*snížení zrakové ostrosti bez objektivně prokázané anomálie. Jde tedy o funkční vadu zraku, při které dochází ke snížení zrakové ostrosti obvykle jednoho oka.*“ (Renotírová, Ludíková, 2006, s. 201)

**Strabismus** (šilhání) je svojí podstatou obrna nervů nebo nerovnoměrný vývoj okohybných svalů, v důsledku čehož není možno udržet vnímaný obraz ve stejných místech na



sítnicích obou očí a nevzniká prostorový vjem, vzniká dvojité vidění (diplopie). (Michalík a kol., 2008)

**Nystagmus** jsou „bezděčné rytmické pohyby většinou obou očí zároveň v několika nebo ve všech pohledových směrech.“ (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 15) Při kmitání očí nastává problém s jejich fixací a zhoršuje se tak zraková ostrost. Nystagmus je neléčitelný a jeho kompenzace se provádí natačením hlavy do neoptimálnějšího směru pohledu.

#### 6.1.4 OBTÍŽE SE ZPRACOVÁNÍM ZRAKOVÝCH INFORMACÍ

##### DEFINICE



„Problémy se zpracováním zrakových podnětů jsou způsobeny poškozením zrakových center v kůře mozku.“ (Kimplová, 2010, s. 9) Člověk nedokáže vyhodnocovat zrakové vjemy.

Lidé s kortikálním postižením zraku, tzv. korovou slepotou, mají problémy se zpracováním zrakové informace, i když není poškozena sítnice ani zrakový nerv.

Obtíže se zpracováním zrakových informací mohou nastat v případech

- atrofie zrakového nervu (nedostatečně vyživovaný oční nerv odumírá a částečně nebo zcela ztrácí schopnost vést zrakový vjem z oka do mozku)
- poškozením zrakového centra v mozkové kůře (člověk není schopen vyhodnotit zrakové informace, i když je oko i zrakový nerv v pořádku). (Kimplová, Kolaříková, 2014)

## 6.2 Příčiny zrakového postižení

Z hlediska doby vzniku zrakového postižení se jedná o osoby se zrakovým postižením vrozeným nebo získaným.

Z etiologického hlediska rozlišujeme osoby se zrakovým postižením na jedince s poruchou orgánovou nebo funkční.

Příčin zrakového postižení může být mnoho. Často může být kombinované s jiným zdravotním onemocněním.

### 6.2.1 VROZENÉ ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

Vrozená zraková poškození mají dědičný podklad nebo vznikla vlivem působení škodlivých činitelů na vyvíjející se zárodek nebo plod, případně teratogenní účinek v raném věku, kdy se zrakové vnímání ještě funkčně ustavuje, dokonce všechny funkce zrakového vnímání jsou ustáleny až kolem 6. roku věku. (Slowík a kol., 2016)

#### Nejtypičtější vrozené příčiny zrakového postižení

- dědičnost, geneticky podmíněné poškození
- postižení vzniklé působením vnějších prenatálních vlivů
  - fyzikální (následky úrazů, RTG záření atd.),
  - chemické (léky, alkohol, drogy)

- *biologické*, kam lze zařadit virové a mikrobiologické vlivy (rubeola, AIDS, syfilis, tuberkulóza, toxoplazmóza apod.).
- postižení vzniklé v průběhu porodu porodní úrazy nebo perinatální infekce,

**Mezi vrozené oční poruchy patří např.:**

refrakční vady – těžká krátkozrakost nebo dalekozrakost,

šedý zákal (katarakta), vrozené, geneticky podmíněné onemocnění

albinismus, dědičné onemocnění, které se mj. jiné projevuje tím, že duhovka propouští světlo

afakie – nepřítomnost čočky,

nystagmus – nezáměrný rychlý kmitavý pohyb jednoho nebo obou očí,

anoftalmus – oko buď chybí úplně, nebo se vytvořily jen některé jeho části,

kortikální slepota (CVI) – poškození mozkové kůry v oblasti zrakového centra,

mikroftalmus – vrozeně zmenšený bulbus oka,

retinopatie nedonošených – patologické změny na sítnici, způsobené nevyzrálostí cév vyživujících sítnici a další.

## 6.2.2 ZÍSKANÉ ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

U zdravého, normálně vidícího člověka se mohou v průběhu života objevit skutečnosti, které způsobí výrazné zhoršení nebo ztrátu zrakových schopností. Nástup zrakového omezení může být postupný nebo náhlý.

**Příčiny později vzniklého zrakového postižení mohou být:**

- zhoršující se myopie,
- úrazy – poškození různých částí oka díky střelnému poranění, ráně kamenem, nevhodné zacházení s chemikáliemi, explozi výbušniny apod.,
- diabetické retinopatie,
- nádory – mohou být různého původu, většinou se jedná o retinoblastom,
- avitaminózy – nedostatek vitamínu A způsobuje většinou šeroslepost, někdy může končit slepotou,
- pigmentová degenerace epitelu retiny (Usherův syndrom) – zasahuje nejprve tyčinky (ztráta periferního vidění a šeroslepost), později napadá i čípky, objevuje se katarakta, až dojde ke koncentricky zúženému vidění (trubicové vidění), které je doprovázeno zhoršením sluchu,
- degenerace centrální krajiny sítnice,
- odchlípení sítnice,
- atrofie zrakového nervu – odumírání zrakového nervu je spojeno s úbytkem vidění, barevného vidění a světelné percepce; příčin je více – dědičnost, úrazy, intoxikace organismu, zánětlivá onemocnění, případně tumory,

- zánětlivé poškození zrakového nervu – v průběhu hojivého procesu se nervová vlákna nahrazují vazivem, přičemž dochází k poklesu vidění až po zbytky zraku, příčinou může být TBC nebo luetické onemocnění,
- senilní katarakta – tvoří 20 % zrakových postižení ve věku 80 let a výše a jiné.

(Renotierová, Ludíková, 2006)

#### KATARAKTA (šedý zákal)

Dříve býval častou příčinou praktické slepoty, v současné době, pokud tomu zdravotní stav dotyčného dovolí, se běžně operuje.

*„Jedná se o zkalení oční čočky, zákal vede k rozptylu světla vstupujícího do oka a dochází k postupnému zhoršování vidění.“* (Kroupová a kol., 2016, s. 65) Podle autorek má šedý zákal téměř 2/3 populace seniorů, senilní katarakta je způsobena biochemickými změnami ve složení čočky. Při pokročilé kataraktě může být vízus snížen až na praktickou slepotu. Lze řešit většinou operativně, podstatou je operativní odsátí jádra a kortexu čočky, při zachování pouzdra čočky. Potom je implantována čočka umělá.

#### GLAUKOM

Glaukom neboli zelený zákal je onemocnění, které bývá častou příčinou postupného zhoršování vidění, omezování zorného pole, případně slepoty. Podstatou onemocnění je zvýšení objemu komorové vody, které zvyšuje tlak na okolní struktury až k očnímu nervu.

Příčinou špatného odtoku komorové vody může být podle Procházkové a kol. (2014, s. 124) *„funkční pupilární blok vyvolaný uzávěrem komorového úhlu naléhající duhovkou, subluxace čočky, nebo odtokové cesty ucpané čočkové proteiny, případně je způsobeno krvácením.“*

Léčbou se snaží snížit tlak v oku. Jednou z cest je medikamentózní léčba, která může zprůchodnit odtokové cévy, případně sníží produkci komorového moku. Další možností je odvod alternativními cestami fyziologickými (např. Schlemův kanál) nebo uměle vytvořenými laserem. Řešením může být i vynětí duhovky. (Procházková a kol., 2014)

#### DIABETICKÁ RETINOPATIE

Poškození sítnice v důsledku těžkého diabetu, který není kompenzovaný. Následkem diabetu oslepnou 2 % diabetiků. V důsledku diabetu dojde k poškození cévní stěny.

*„Nejdříve nastává porucha propustnosti stěny kapilár. Následně v sítnici dojde k hromadění látek tukové povahy. Objevuje se hypoxie vazivové tkáně. Na tento nedostatek kyslíku reaguje sítnice tvorbou vazoproliferačního faktoru, který vyvolává vznik nově vytvořených cév. Tyto cévy vyrůstají na špatném místě, nepřenášejí sítnici kyslík, ale naopak díky své křehkosti krvácejí do sklivce a způsobují trakční odchlípení sítnice.“* (Procházková a kol., 2014, s. 124)

#### HYPERTENZNÍ RETINOPATIE

Retinopatie vzniká v důsledku špatně kompenzovaného vysokého krevního tlaku, kvůli kterému se vytvářejí různá ložiska na sítnici. Může se jednat např. o krvácení otok v okolí papily zrakového nervu a maculy. *Pocení cév vede k výskytu krvácení ve formě „jazyků*

plamene“ a edému sítnice. Při chronickém edému sítnice je pevný exsudát ukládán ve tvaru „hvězdy“ kolem fovey. (Procházková a kol., 2014)

#### DEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ SÍTNICE

Nejčastější příčinou slepoty podle Procházkové a kol. (2014) je **věkem podmíněná makulární degenerace**. Zpočátku se toto onemocnění projevuje úbytkem kapilár, které zajišťují látkovou výměnu a v důsledku toho dochází ke zhoršení výživy tkáně a zhoršení zrakové ostrosti. Můžeme rozlišit dva typy, a to suchou a vlhkou formu.

Suchá forma se projevuje postupným zhoršováním zrakové ostrosti, v centrální krajině zorného pole vznikají skotomy, které se postupně slévají v centrální skotom, který může způsobit praktickou slepotu.

Pro vlhkou formu jsou charakteristické patologické, nově vytvořené cévy, které reagují na pokles výživy tkání. Tyto cévy pronikají pod sítnici, často krvácejí, proto poškození zrakové ostrosti a vytvoření centrálního skotomu je v porovnání se suchou formou náhlé. Poslední fází může být také praktická slepota. (Procházková a kol., 2014)

### 6.3 Ztráta zraku



#### DEFINICE

„Ke ztrátě zraku v dospělosti může dojít na úrovni různého stupně, v odlišné formě (typu), ale i různým způsobem.“ (Kimplová, 2010, s. 27)

Příčinou ztráty zraku bývá nejčastěji glaukom, cukrovka u diabetiků, úrazy, nádorová onemocnění CNS, dědičné a vrozené vady. Z pohledu stupně postižení může být ztráta zraku úplná, nebo částečná, při které zůstanou postiženému člověku využitelné zbytky zraku. Podle doby vzniku se zrakové postižení dělí na krátkodobé, dlouhodobé a opakující se. Zrakové postižení je těžká životní zkušenost, která má negativní dopad na všechny stránky fungování člověka. (Kimplová, 2010)

Ztráta zraku dle Wienera (2006a) vyvolává strach a hrůzu, ve spojitosti s představami o budoucnosti se dostavuje zoufalství a beznaděj. Řešením je co nejrychleji se vrátit do běžného života, psychicky se s postižením vyrovnat a přestat se cítit obětí.

Jedním z mnoha faktorů, které ovlivňují rychlost a způsob vyrovnání se se ztrátou zraku, má okolí jedince. Pro všechny je to velká psychická zátěž, která vyvolává často neřešitelné konflikty, díky kterým dochází k dalším frustracím a obavám. (Jesenský a kol., 2007)

#### Reakce na ztrátu zraku

Reakce člověka na ztrátu zraku je ovlivněna řadou faktorů, mezi nejvýznamnější Jesenský (2007) považuje to, zda se jedná o ztrátu postupnou nebo náhlou, jaké se vyskytuje souběžné onemocnění nebo postižení, jakou má sociální oporu, případně jaké musí kromě toho řešit partnerské či sociální problémy. Následkem zrakového postižení ztrácí člověk možnost dělat to, co před tím běžně dělal. Byl rodičem, prarodičem, umělcem, nebo sportovcem. Díky zrakovému postižení má pocit, že ztrácí svoji identitu. Tato ztráta ale nemusí být nevratná.

Ztráta zraku provokuje emoce, které dříve nemusely být v repertoáru nevidomého. Důležité je, aby věděl, že je to běžný průběh, že se musí rozloučit s dosavadním způsobem života a musí nově přeuspořádat svoji situaci. K nejčastějším pocitům patří šok a popření, hněv, bezmocnost, strach, úzkost, smutek, deprese, ztráta identity, stesk, samota, beznaděj, komplex méněcennosti, závislost, popření, odpor, apatie, únava, sebelítost. Tyto emoce však jsou přirozenou reakcí nevídaných změn. „*Někdy se hovoří o citovém ohlušení (emoční anestézii), která se v dané havarijní životní situaci považuje za účelnou a přizpůsobivou ve smyslu obrany proti nesnesitelnému náporu psychické bolesti.*“ (Jesenský a kol., 2007)

Postupně se člověk začíná přizpůsobovat situaci, emoce slábnou. Můžeme se setkat se strachem z nedostatku finančních prostředků, ztráty zaměstnání, přátel, objevuje se silná úzkost ze závislosti na ostatních. Přechodně může dojít k poruchám spánku, ztrátě chuti k jídlu i ke zrakovým halucinacím, zvláště u náhlých ztrát. Vágnerová (in Jesenský a kol., 2007) popisuje reakci na náhlou ztrátu v několika fázích, a to fáze latence, fáze pochopení traumatizující reality, a fáze postupné adaptace. Ve fázi latence může jedinec uchovávat naději, že se jedná o přechodný stav a jeho postoj ke změně životních hodnot a plánů se zatím nemění. Velmi se zaměřuje na své uzdravení. Ve **fázi pochopení traumatizující reality** si jedinec uvědomí, že se zdravotní stav nezlepšuje a že je ztráta zřejmě definitivní. Fáze postupné adaptace už je typická tím, že člověk se začíná učit novým kompenzačním dovednostem, práci s kompenzačními pomůckami, sebeobsluze, učí se samostatně orientovat v prostředí. Postupně dospěje do stadia, že ztrátu přijme jako součást své identity a snaží se na vzniklou situaci adekvátně, prakticky reagovat a akceptovat ji. (Vágnerová in Jesenský a kol., 2007)

Adaptaci v takto náročné situaci ovlivňují základní osobnostní vlastnosti jedince. Vliv vlastností, které měl jedinec před ztrátou zraku, se po její ztrátě ještě více prohloubí. Pokud byla osobnost člověka slabá, slabost se ještě více zdůrazní. Ztráta zraku ovlivňuje uspokojování základních lidských potřeb, ke kterým patří naplnění života partnerským vztahem, rodičovství a seberealizace v pracovním procesu. Vlastnosti jedince mohou proces adaptace urychlit, ale také zpomalit. Čím vyšší jsou životní plány jedince, tím je jeho adaptace těžší a složitější. Osobnost člověka, ve smyslu základních hodnot, zůstává ve většině případů nezměněna. (Jesenský a kol., 2007)

U ztráty zraku jedinci často popisovali, že nejvíce jim vadilo, že nevěděli, kdy a jestli je někdo pozoruje. Museli si zvyknout na to, že všechno trvá déle, že většinou nemá dostatek času, aby to dodělal samostatně, okolí to buď dodělá za něj, nebo mu napovídá, čímž se jen posilují pocity méněcennosti. Důležité je také zachování pozitivních sociálních vztahů. (Wiener, 2006a)

### 6.3.1 AKCEPTACE ZTRÁTY ZRAKU

Jesenský a kol. (2007, s. 192) definuje akceptaci jako „*osvojení všech zbývajících lidských možností, které ztráta zraku ponechává, resp. nově přináší. Osvojení při tom znamená, že je člověk s plnou odpovědností přijme za své.*“

Důležitým psychologickým momentem je primární přijetí handicapu ve chvíli, kdy jej člověk začíná brát vážně, a chce se postižení přizpůsobit. Prvotní přizpůsobení je možno sledovat v soběstačnosti, samostatnosti, orientaci, v mezilidských vztazích, v zaměstnání a ve volném čase. Komplikace mohou nastat při vytváření falešných nadějí.

### 6.3.2 NONAKCEPTACE ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ

Nonakceptace zrakového postižení popisuje Jesenský a kol. (2007, s. 192) jako „nepřijetí možností a omezení spojených s tímto postižením. Je to postoj, který odmítá způsob života bez zraku nebo při jeho závažném oslabení.“

Nepřijetí zrakového postižení se v praxi projevuje zveličováním důsledků zrakového postižení a jejich popíráním. Zveličování důsledků postižení můžeme sledovat jako „postoj, kdy se člověk se zrakovým postižením považuje za víceméně bezmocnou bytost, za bytost bez jakýchkoli možností. Postižená dospělá osoba nebo dítě se pokládají za zcela závislé a nesamostatné, neschopné nést jakoukoliv odpovědnost nebo odvést výkon, obstát ve společenských rolích a vztazích aktivního rázu atd. Jedinec nepočítá s možnostmi kompenzace postižení.“ (Kimplová, 2010, s. 36)

Místo potřebné rehabilitace tak dochází k nečinnosti a k očekávání zázraku. Pokud zrakově postižený člověk rehabilitaci odmítá je zapotřebí přistoupit k jeho ovlivňování například prostřednictvím psychoterapie, poradenství nebo sociálního výcviku. (Čálek in Kimplová, 2010)

Nepřijetí zrakového postižení může souviset s existujícími předsudky společnosti ke zrakově postiženým lidem, které se můžeme rozdělit na podceňující, odmítavé a idealizující. Podceňujícím předsudkem je vnímání zrakově postiženého člověka jako bezmocného, který žije jen ve tmě a potřebuje soucit a lítost. Odmítavé předsudky jsou spojovány s jejich neužitečností a neproduktivitou. Idealizující předsudek zahrnuje představu o tom, že chybějící smysl přináší nadpřirozené schopnosti, šestý smysl a dodatečné zdokonalení ostatních smyslů. Podstatné je, že tyto předsudky jsou pro veřejnost jen povrchní, a proto jsou psychologicky ovlivnitelné. (Kimplová, 2010)

## 6.4 Stupně zrakového postižení

Klinickou kategorizaci obsahuje 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

Níže uvedená tabulka uvádí klasifikaci závažnosti zrakových vad pod kódem H 54.

H54.0 až H54.3 má být zraková ostrost měřena při otevřených obou očích s vyznačením korekce, je-li třeba. Pro stanovení zrakové vady u kódů H54.4 až H54.6 má být zraková ostrost měřena monokulárně s vyznačením korekce, je-li třeba. Jestliže se bere v úvahu rozsah zorného pole, pak se pacienti se zorným polem na lepším oku ne větším než 10 stupňů kolem centrální fixace mají zařazovat do kategorie 3. Pro monokulární slepotu (H54.4) se tento stupeň ztráty zorného pole uplatní pro postižené oko.

<b>H54</b>	<b>Poškození zraku včetně slepoty (binokulární nebo monokulární)</b>
<b>0</b>	<b>Slepota binokulární</b>
	Zraková vada kategorií 3, 4, 5
<b>1</b>	<b>Těžká zraková vada, binokulární</b>
	Zraková vada kategorie 2
<b>2</b>	<b>Středně těžká zraková vada, binokulární</b>
	Zraková vada kategorie 1
<b>3</b>	<b>Mírná nebo žádná zraková vada, binokulární</b>
	Zraková vada kategorie 0
<b>4</b>	<b>Slepota monokulární</b>
	Zraková vada kategorií 3, 4, 5 u jednoho oka a kategorie 0, 1, 2 nebo 9 u druhého oka
<b>5</b>	<b>Těžká zraková vada monokulární</b>
	Zraková vada kategorie 2 u jednoho oka a kategorie 0, 1 nebo 9 u druhého oka
<b>6</b>	<b>Mírná zraková vada monokulární</b>
	Zraková vada kategorie 1 u jednoho oka a kategorie 0 nebo 9 u druhého oka
<b>9</b>	<b>Neurčená ztráta zraku (binokulární)</b>
	Zraková vada kategorie 9

Kategorie zrakové vady	Uváděný rozdíl zrakové ostrosti	
	horší než	stejně nebo lepší než
Mírná nebo žádná zraková vada 0		6/18 3/10 (0.3) 20/70
Středně těžká zraková vada 1	6/18 3/10 (0.3) 20/70	6/60 1/10 (0.01) 20/200
Těžká zraková vada 2	6/60 1/10 (0.01) 20/200	3/60 1/20 (0.05) 20/400
Slepota 3	3/60 1/20 (0.05) 20/400	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)
Slepota 4	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Vnímání světla
Slepota 5	Žádné vnímání světla	
9	Nezjištěna nebo nespecifikována	

\* Nebo počítání prstů na vzdálenost 1 metru

(dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/H53-H54.html#H54>)

#### 6.4.1 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ

Pro potřeby speciální pedagogiky se zrakové postižení člení na čtyři stupně:

- nevidomost / slepota,
- zbytky zraku,
- slabozrakost
- osoby s poruchami binokulárního vidění.

##### 6.4.1.1 Nevidomost

„Nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 až světlocit. Lze rozlišit slepotu praktickou (pokles 3/60 – 1/60, skutečnou (pokles 1/60 až světlocit nebo binokulární pole je 5 stupňů a méně), úplnou (světlocit s chybnou projekcí až do ztráty světlocitu).“ (Valenta a kol., 2015, s. 108)

Nevidomost může být vrozená i získaná. Mezi nejčastější příčiny

- vrozené nevidomosti patří dědičnost, porušení plodu v době prenatální, infekční choroby matky v době gravidity, např. rubeola, pohlavní choroby matky (např. syfilis), virová onemocnění, toxoplazmóza, narkomanie matky a jiné.
- získané nevidomosti se řadí progrese refrakčních vad, glaukom, katarakta, odchlípení sítnice, retinopatie, nádory, intoxikace, úrazy, komplikace při diabetes, meningitida a další.

Nevidomé osoby nemohou z okolního světa získávat informace cestou zrakovou, a tudíž jsou odkázány na využívání náhradních smyslů.

Nevidomí pracují s:

- **nižšími kompenzačními činiteli**, což jsou hmat, sluch, čich a chuť,
- tak současně i s vyššími kompenzačními činiteli, mezi které zejména patří myšlení, paměť, řeč, představivost a obrazotvornost. (Renotierová, Ludíková, 2006)

Pro život nevidomého je také důležité dodržování dobrých podmínek, např. přiměřená pokojová teplota (pro optimální schopnost hmatového vnímání), omezení hluku a vhodná úprava prostoru. (Procházková a kol., 2014)

Nevidomí pro komunikaci a informace využívají **Braillovo písmo**. Jedná se o šestibodové písmo, které tvoří kombinace až 6 vytlačených bodů uspořádaných do dvou sloupečků a tří řad. Vytlačené body se kvůli popisu znaků označují číslicemi 1 až 6. Existuje norma bodového písma, která určuje, jak se píše velké písmeno, řetězec velkých písmen, číslice, číslo, datum, jak se užívají znaky pro zápis matematiky, chemie nebo i jiných předmětů, kde musí být stanoven specifický zápis. Česká znaková sada obsahuje 64 kombinací. Braillovo písmo je adaptovatelné a většinu jazyků, dokonce s mírnými obtížemi i na čínštinu. (Kroupová a kol., 2016)



S využitím výpočetní techniky se i u nás zavádí tzv. osmiznakové Braillovo písmo, které umožňuje každý znak vyjádřit jednoznačnou kombinací bodů 1–8, stejně jako u binárního zápisu znaků v PC. Odstraňuje tak nutnost používání prefixů.



Body 7 a 8 se v případě práce s braillovými řádky používají jako náznak kurzoru a v kombinacích pro grafické nebo matematické a jiné speciální symboly a významy. Např. bod 7 u písmene znamená, že se jedná o velké písmeno, bod 8 s kombinací písmen a až j znamená číslici 1 až 0. (<https://www.teiresias.muni.cz/czbraille/uvod>)

Braillovo písmo se píše na **Pichtově psacím stroji** (vynálezce: Oskar Picht), který má 6 kláves pro zápis jednotlivých znaků ve struktuře znaku (znak se zapisuje současným stisknutím kombinace příslušných bodů ve struktuře znaku. (Slowík a kol., 2016)

Zkušenosti z práce s dospělými a seniory, kteří ztratili zrak, však ukazují, že většina z nich se Braillovo písmo není schopna naučit hmatem rozlišovat. Proto více využívají digitální přístroje. (Procházková a kol., 2014)

#### 6.4.1.2 Slabozrakost

*„Slabozrakost je ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Dělí se na lehkou (do 6/60 včetně) a těžkou (do 3/60 včetně).“* (Valenta a kol., 2015, s. 182)

Mimo snížení zrakové ostrosti se často objevuje také narušení zorného pole, kdy se může jednat např. o zúžení zorného pole (např. trubicovité vidění), výpadky zorného pole nebo skotomy v zorném poli.

**Nejčastější příčiny slabozrakosti** jsou myopia gravis, astigmatismus, nystagmus, atrophie nervi optici, hypermetropie gravis, albinismus, afakie, glaukom, cataracta, microphthalmus, retrolentální fibroplazie, retinis, degeneratis retinae, hemeralopie a jiné. (Květoňová-Švecová, 2000)

Slabozrakost se nepříznivě projevuje v rozvoji vnímání snížením, omezením či deformací zrakových schopností. Následkem je často vytváření nepřesných, neúplných nebo zkreslených představ. Často je v důsledku slabozrakosti poznamenána schopnost podání grafického a pracovního výkonu. Problémy se mohou vyskytovat i v oblasti prostorové orientace. Slabozrací jsou vesměs v pohybu méně jistí a pomalejší.

Většina slabozrakých jsou jedinci se sníženou koncentrací, horší pozorností, rychlejší unavitelností, pomalejším pracovním tempem a vyšší sugestibilitou. Důležité jsou dobré světelné podmínky.

Vizuální nedostatky slabozrakých osob lze do jisté míry kompenzovat zbylými smysly, ale také schopnostmi vyšších nervových funkcí.

### 6.4.1.3 Zbytek zraku

**Praktická nevidomost** (v ČR se také uvádí jako **zbytky zraku**) je postižením, při kterém dochází k omezení až deformacím zrakové schopnosti. Zrakové funkce jsou nižší než 4 % běžné kapacity. Vízus u tohoto stupně postižení je pod 3/60 nebo zorné pole menší než 10°. Jedinci se nacházejí na hranicích mezi osobami slabozrakými a nevidomými. Důsledkem tohoto postižení jsou snížené, omezené či deformované zrakové schopnosti, což vede k narušení představ, zapříčiňuje snížení grafických schopností a omezuje pracovní možnosti. Na jedné straně mohou využívat zbytek zrakového vnímání, na druhé straně však jsou již zrakové představy deformovány a kresleny, jsou narušeny představy o světě. Musejí tedy zapojit všechny kompenzační činitele. Při práci s osobami se zbytky zraku se má klást důraz na adekvátní využívání a rozvíjení zrakových schopností, ale musí být plně dodržovány zásady zrakové hygieny.

Při práci s textem tyto lidé využívají tzv. dvojmetody – čtení zvětšeného černotisku i Braillova písma, měli by zvládat základy prostorové orientace z důvodu možné progresy, využívat kompenzační mechanismy včetně speciálních technických pomůcek. (Ludíková in Valenta a kol., 2014)

## 6.5 Kompenzační pomůcky



### DEFINICE

**Kompenzační pomůcka** je „*nástroj, přístroj nebo zařízení, speciálně vyrobené nebo speciálně upravené tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití alespoň částečně kompenzovalo nedostatečnost způsobenou těžkým zrakovým postižením.*“ (Bubeníčková, 2012, s. 9)

Michalík a kol. (2011, s. 332) uvádí, že „*ve srovnání s vidícími řada věcí trvá zpravidla déle, což je nutné vnímat jako přirozenou součást života se zrakovým postižením a počítat s tím.*“

S vývojem techniky a potřebami nevidomých a slabozrakých dochází ke stálému rozvoji a expanzi různorodých pomůcek, jež usnadňují nejen orientaci nevidomého nebo slabozrakého v prostoru, ale stále více jim umožňují žít plnohodnotný život.

Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené lze dělit do různých skupin (např. pomůcky elektronické, optické, mechanické; nebo dle způsobu získání pomůcky na pomůcky s příspěvkem od zdravotní pojišťovny, od státu; pomůcky kompenzační/náhradní (pro nevidomé) a pomůcky rehabilitační/zlepšovací (pro osoby se zbytky zraku nebo slabozraké)

Vzhledem k oblastem jejich využití je můžeme rozdělovat takto:

- pomůcky pro orientaci v prostoru
- pomůcky pro běžný život
- pomůcky pro volný čas

### 6.5.1 POMŮCKY PRO ORIENTACI V PROSTORU

Lidé s těžkým zrakovým postižením mají velké problémy s orientací v prostoru, protože se mohou dostat do mnoha pro ně nebezpečných situací.

Legislativně je ustaveno odstraňování bariér v několika zákonech a vyhláškách, např. Stavebním zákoně č. 183/2006 SB., vyhlášce č. 268/2009Sb., 398/2009 Sb. V těchto vyhláškách je ve vztahu k nevidomým nařizováno užívání naváděcích zvukových majáků, zvukových majáků označujících prostředky hromadné dopravy, nové semaforey musí být označeny akustickým signálem, postupně jsou budovány vodící linie.

Na křižovatkách jsou budovány varovné a signální pásy, které slouží k orientaci nevidomých a současně by měly být barevně kontrastní, aby je mohli využít i jedinci slabozrací. Rozlišujeme:

- **varovné pásy**, které označují rozhraní chodníku a vozovky, vjezd do garáží, snížený chodník
- **signální pásy**, které navádějí nevidomé do osy přechodu, nacházejí se na začátku a konci pěší zóny, u zastávek hromadné dopravy, u vchodů do budov úřadů. (Procházková a kol., 2014)

#### BÍLÁ HŮL

Proto by měli i ti, kteří mají zbytky zraku, nosit tzv. bílou hůl. Může sloužit nejen k chůzi samotné, ale jako signalizace okolí, že jedinec špatně vidí či nevidí a že je možné, že se ocitne v situaci, ve které bude potřebovat pomoc. Nevidomí používají bílou hůl, hluchoslepí červenobílou hůl (hůl s 10cm červenými a bílými pruhy).

Pomocí bílé hole se dá zjistit kvalita terénu, překážky, šířka prostoru, upozorňuje na další úskalí. Můžeme rozlišit hole *orientační* (je určena pro běžnou chůzi v terénu), *signalizační* (je určena především pro označení, že tato osoba je nevidomá nebo špatně vidící, nebo se používá současně s vodícím psem).

Hole mohou být jednodílné nebo vícedílné (skládací). Horní konec orientační hole by měl dosahovat ke spodní části hrudní kosti. V chůzi s holí se doporučuje používat **techniku** kyvadlovou (pohybování holí těsně nad zemí obloukem do stran), kluznou (hůl klouže obloukem po podložce, u začátečníků) a diagonální (hůl vertikálně kryje plochu těla, ve známých budovách a na schodištích). (Procházková a kol., 2014)

#### ZVUKOVÉ MAJÁKY

Zvukové majáky se spouští pomocí tzv. VPN vysílačky. Může ji mít nevidomý buď samostatně, nebo zabudovanou v bílé holi. Pomocí tohoto majáčku se spustí odezva (zapne se příslušná signalizace na úřadu nebo MHD), nevidomý získá informaci o tom, kde je vstup do budovy, umístění jezdících schodů, dalším tlačítkem spustí doplňkovou informaci o úřadu (např. úřední hodiny) a jiným tlačítkem aktivuje v hromadné dopravě o čísle a směru jízdy. Pokud se nevidomý rozhodne do dopravního prostředku nastoupit, stiskne tlačítko 4, což např. v metru vede k otevření všech dveří. (Procházková a kol., 2014)

## CHŮZE S VODÍCÍM PSEM

Dalším způsobem nevidomého při pohybu v terénu je chůze s vodícím psem. Nevidomý člověk s vodícím psem by měl mít přístup do obchodů, restaurací, úřadů, všech typů škol, zdravotnických ambulancí a také všech kulturních a sportovních zařízení.

Pro službu nevidomým jsou vybíráni psi z plemen labradorský/zlatý retrívr, německý ovčák (v menší míře) a americko-kanadský bílý ovčák. Výcvik se dělí na dvě fáze – výchova štěnat a odborný výcvik. Celý výcvik trvá přibližně jeden a půl až dva roky. (Renotierová, Ludíková, 2006)

### 6.5.2 POMŮCKY PRO BĚŽNÝ ŽIVOT

Tyto pomůcky pomáhají při sebeobsluze, přípravě pokrmů, výběru ošacení, pohybu v terénu apod.

Vhodnými pomůckami pro běžný život jsou:

#### NEOPTICKÉ POMŮCKY

- měřicí přístroje (např. kuchyňské váhy s hlasovým výstupem, minutník, osobní váha s hlasovým výstupem, tonometr a glukometr s hlasovým výstupem, teploměr pro měření vnitřní a venkovní teploty, ozvučený lékařský teploměr)
- hodinky a budíky s hlasovým nebo hmatovým výstupem
- indikátor barev pro nevidomé – je určen pro nevidomé nebo osoby se ztrátou barvocitu, rozlišuje barvy na oblečení, předmětech a dalších
- indikátor hladiny – akusticky signalizuje výši hladiny tekutiny, kterou nevidomý nalévá do sklenice, hrnku
- kapesní kalkulačka s hlasovým výstupem – na trhu v ČR jsou k dispozici kalkulačky s českým nebo německým výstupem
- magnetofon, diktafon – pomůcky vhodné pro poslech zvukových knih, záznamů, pořizování zvukových nahrávek, nahrávání telefonních čísel, jízdních řádů apod.
- Pichtův psací stroj – jedná se o mechanický 6-ti bodový psací stroj, je určen převážně k psaní ve slepeckém Braillově písmu

#### OPTICKÉ POMŮCKY

- lupy (*spojné čočky zvětšující obraz při pohledu do blízka se zvětšením 1,5 – 20 x zvětšení*), které jsou vhodné pro čtení popisků na lécích, potravinách, jízdních řádů, televizního programu),
  - příruční (do 4násobného zvětšení, může být s přisvětlením)
  - stojánkové
  - předsádkové (umísťují se na brýle do blízka, mohou se sklopit)
  - hyperkulární (lupa zasazená do brýlové obruby, vzhledem ke zvětšení je nemožné binokulární vidění, proto je užití pouze monokulární, nevýhodou je krátká pracovní vzdálenost)
- dalekohledy

- kamerové lupy, které snímají text kamerkou a přenášejí na monitor obrazovky, zvětší se, lez z něj číst, zvětšení volitelné od 2,5 do 50) K některým kamerovým lupám lze připojit externí kameru, která snímá vzdálené předměty, např. tabuli ve školní třídě a informace na ni přenáší na monitor.
- digitální počítačové lupy se skládají ze skeneru a počítače se speciálním softwarem, který umožňuje zvětšování textu pro slabozraké a hlasový výstup pro nevidomé
  - braillovský řádek je hardwarové zařízení, které zobrazuje informace z monitoru počítače do Braillova bodového písma na řádku. Tento způsob práce s počítačem dává nevidomému větší přehled o rozložení informací na monitoru počítače a je možné precizně editovat texty, upravovat texty nebo tabulky.

(Procházková a kol., 2014)

### 6.5.3 POMŮCKY PRO VOLNÝ ČAS

Současný trh nabízí také pomůcky pro trávení volného času. Zrakově postiženým jsou k dispozici:

- stolní hry, které jsou vhodně hmatově nebo zvukově upravené (šachy, člověče nezlob se, piškvorky, mlýn, ovčinec, boj na mostě, domina, logik)
- hmatově upravené karty
- tandemové kolo nebo-li dvoukolo
- showdown
- zvuková střelba (střelba laserovou pistolí na terč, která je přizpůsobena možnostem zrakově postižených, kteří mají na uších sluchátka a podle výše zvukového tónu ve sluchátkách poznají vzdálenost od středu terče (čím vyšší tón, tím blíže středu) a mohou tak střílet bez zrakové kontroly)
- volejbalový ozvučený míč, apod.

## 6.6 Prostorová orientace a samostatný pohyb

Samostatnost v mobilitě je téměř základem pro to, aby se člověk se ztrátou zraku vyrovnal. Všechny organizace nabízejí kurzy prostorové orientace a samostatného pohybu právě z důvodu tréninku této dovednosti.

Wiener (2006b, s. 9) zdůrazňuje, že „*mobilita je základním předpokladem samostatného života zrakově postiženého člověka, jeho socializace (příp. rehabilitace a resocializace), začlenění do pracovního procesu i života společnosti vůbec.*“

Prostorová orientace a samostatný pohyb (užívá se zkratka „POSP“ je definována jako „*proces získávání a zpracování informací z prostředí za účelem skutečné nebo jen myšlenkové manipulace s objekty v prostoru nebo za účelem plánování a realizace vlastního přemísťování se v prostoru.*“ (Kroupová a kol., 2016, s. 78)

Z hlediska orientace v prostoru lze odlišit:

- makroorientaci (v prostoru), tedy se hovoří o mikroprostoru (prostor se vzdáleností 5 s více kroků)
- mikroorientaci (na ploše, kde je možno hmatání jednou nebo oběma rukama, případně zahrnuje prostorové pole v rozsahu 3 až 5 kroků)

Základní podmínkou je představa o prostoru, o orientačních bodech, které se učí využívat. Jsou to stálá místa, která jsou hmatem snadno rozeznatelné a dobře zapamatovatelné. Patří mezi ně např. obrubníky, zábradlí, rohy domů, sklon terénu, schody, ale také vůně drogerie nebo lékárny. (Michalík a kol., 2011)

Podle Kroupové a kol. (2016) se v rámci výuky řeší tři oblasti: základní techniky pohybu bez hole (chůze s vidícím průvodcem, trailing, bezpečnostní držení), technika dlouhé hole a analyticko-syntetická činnost.

### 6.6.1 ZÁKLADNÍ TECHNIKY POHYBU BEZ HOLE

(Kroupová a kol., 2016)

- **zvládnutí bezpečnostního držení/postoje** (nezbytné pro zvládnutí trailingu, chůze s průvodcem či psem)
  - horní bezpečnostní postoj: ochrana hrudníku a obličeje, vhodné užívat nejen při chůzi, ale také při sehnutí se pro upadnutý předmět
    - paže ohnutá v lokti, zvednutá do výše ramen, přičemž předloktí směřuje diagonálně před obličej; dlaň směřuje vpřed, hřbet k obličejí a je vzdálen od obličeje na šířku dlaně
  - dolní bezpečnostní postoj: užívá se k ochraně měkkých částí břicha
    - paže je ohnuta diagonálně před tělem tak, že dlaň otočená směrem k tělu chrání břicho, současně konce prstů ruky sahají zhruba před stehno druhé ruky, od těla je dlaň vzdálena opět na šířku dlaně, aby „vypružila“ případný náraz
- **kluzná prstová technika neboli trailing** (umožňuje pohyb ve známém prostředí bez hole, dobré kombinovat s horním bezpečnostním postojem)
  - ruka je zvednuta do výše pasu a předsunuta mírně před tělo, prsty ruky jsou ohnuté vzad, nehty kloužou po podložce
  - užívá se v interiéru, pokud se dá jít podél rovnoběžné linie, snadno se identifikují dveře, výklenky, překážky ve stěně
- **chůze s vidícím průvodcem** (průvodce může být stálý nebo náhodný)
  - vždy je nevidomý veden na bezpečnější straně
  - je upozorňován na překážky nebo změny v terénu, obrubníky, schody (slovo „pozor“ ničemu nepomůže)
  - nevidomý se drží zezadu paže průvodce nad loktem
  - při procházení úzkého prostoru se nevidomý zařadí za průvodce
  - stáhne paži mírně vzad a oba ruku natáhnou

- při usazování průvodce položí ruku na opěradlo židle, nevidomý svou volnou rukou sklouzne po dané ruce a sám židli odsune, prozkoumá výšku kolennem.

### 6.6.2 TECHNIKA DLOUHÉ HOLE

#### Technika dlouhé hole

Lidé s vrozeným zrakovým postižením jsou na užívání bílé dlouhé hole zvyklí, na rozdíl od později osleplých si běžně užívají. Lidé, kteří ztratili nebo ztrácejí zrak, mají s používáním dlouhé bílé hole vnitřní psychické zábrany. Technika dlouhé hole však poskytuje nevidomým lidem jistotu při chůzi, svobodu pohybu a nezávislost.

Bílá hůl má funkci:

- ochrannou (včas zjišťuje překážky a chrání nevidomého před nárazem, úrazem, poskytuje dostatek času na to se jí vyhnout)
- orientační (vyhledávání orientačních bodů)
- informativní (upozorňuje kolemjdoucí, řidiče dopravních prostředků, vyžaduje větší ohleduplnost)

Bílá hůl by měla být dlouhá tak, aby sahala ke spodnímu konci hrudní kosti.

Technika chůze s bílou holí:

- kluzná (klouzání hole po podložce, oblouk by neměl být širší než šíře ramen, nenadzvedává se nad podložku, vhodné pro začátečníky v interiérech)
- kyvadlová (obloukovitý pohyb hole nad podložkou, hůl se podložky dotýká jen na začátku a konci kyvadlového pohybu; měla by být 5 až 7 cm nad podložkou, šířka oblouku do šíře ramen)
- diagonální (používá se při chůzi do schodů a ze schodů, cílem je vykrytí plochy těla; při chůzi do schodů se hůl položí na první schod, přejde se do tužkového držení ve dvou třetinách délky hole, pak se diagonálně nakloní k rameni a druhý konec ke kolenu).

S výukou se nejprve začíná uvnitř, později se přechází do venkovních prostor a poté do silničního provozu. Nakonec se přistupuje k výuce pohybu v dopravních prostředcích. (Kroupová a kol., 2016)

### 6.7 Zásady komunikace s lidmi se zrakovým postižením

Vágnerová (2008) zdůrazňuje, že socializace osob s těžkým zrakovým postižením je ovlivněna tím, že nemají dostatečné zkušenosti a nemohou se vždy učit reagovat adekvátním způsobem. Poukazuje zvláště na specifickou neverbální komunikaci u nevidomých. Podle autorky mají nevýraznou mimiku a gestikulaci, částečně vidící často neudržují oční kontakt, projevy nemají obvyklý význam. Omezení je také v oblasti učení se nápodobou.

*„Zrakově postižený si neuvědomuje, že jeho vlastní neverbální projevy (např. držení těla, pohybové automatismy, výraz obličeje) mají pro vidícího určitou informační hodnotu. Nevěnuje jim pozornost, protože neví, že mohou mít tento význam.“* Obsah sdělení je o tuto

složku ochuzen i z druhé strany. Nemá možnost se v určitých sociálních situacích rychle zorientovat. (Vágnerová, 2008, s. 201)



## DEFINICE

Pro předejití nepříjemností ve vzájemném kontaktu jedinců se zrakovým postižením a intaktního okolí vytvořily organizace sdružující tyto jedince desatero komunikace, které její průběh mohou pozitivně ovlivňovat. Níže jsou citovány zásady komunikace pro kontakt s nevidomým, pro kontakt s nevidomým, kterého vede vodící pes a desatero pro komunikaci se slabozrakým. V rámci významu vypovídací hodnoty není text zkrácen, ale uveden v plné verzi.

### 6.7.1 DESATERO PRO KONTAKT S NEVIDOMÝMI

1. *Mějte na paměti, že nevidomí jsou zcela normální lidé, kteří mají různé přednosti i nedostatky jako každý jiný. I mezi nimi jsou lidé výjimeční, inteligentní i méně nadaní.*
2. *Při setkání s nevidomým se chovejte přirozeně a nevnučeně. Pomozte tam, kde je to nutné, a to způsobem taktním a nenápadným. Pomoc však nevnučujte.*
3. *Vyvarujte se projevům soucitu – o ten dnešní nevidomí naprosto nestojí. S velkým povděkem ale vždy uvítají i sebemenší pomoc, která jim přijde vhod ve ztížených podmínkách. Nepřipusťte ani podceňující nebo snižující výroky, vždyť nevidomí mají právo na úctu a uznání stejně jako všichni ostatní.*
4. *Nevidomého, kterého znáte, pozdravte vždy sami jako první, i když je mladší než vy, a k pozdravu připojte i jeho jméno, aby věděl, že pozdrav patří jemu.*
5. *Když vstoupíte do místnosti, kde se nachází nevidomý, dejte se zřetelně poznat. Pokud vás nepozná podle hlasu, povězte svoje jméno. Tichý pohyb neznámé osoby v jeho okolí působí pochopitelně nepříjemně. Rovněž upozorněte na to, že místnost opouštíte.*
6. *Velmi nepříjemně na nevidomého působí, projednáváte-li jeho záležitosti nikoli přímo s ním, ale s jeho průvodcem. Průvodce nevidomého pouze doprovází, nikoli zastupuje.*
7. *Když se nevidomí ocitne na ulici, na nádraží apod. v orientačních těžkostech, zeptejte se ho, zda mu můžete nějak pomoci. Velký hluk, prudký déšť i sníh velmi zhoršují nevidomému orientaci v prostoru. Potom stačí, když nevidomému nabídnete, aby se lehce zavěsil do vaší paže, protože takto může snadno jít krůček za vámi, sledovat směr vašich pohybů a na vše včas reagovat.*
8. *Při nástupu do dopravních prostředků netlačte nikdy nevidomého před sebou, ale jděte sami první. Nev tlačujte nevidomého na sedadlo, stačí, když položíte jeho ruku na opěradlo. Při vstupu do auta položte jeho ruku na horní rám dveří.*
9. *Když nevidomý vstoupí do restaurace bez průvodce, jistě ocení pomoc při vyhledávání věšáku a volného místa u stolu. S jídlem si poradí sám, stačí, když mu povíte, jak je jídlo na talíři uspořádané. Určitě uvítá informace o tom, co všechno je na stole (sklenice s vodou, váza, popelník atd.), a kdo u stolu sedí spolu s ním.*
10. *Když budete nevidomého doprovázet delší dobu, popište mu hlavní rysy okolí, vybavení místnosti a osoby, které se kolem nacházejí. Při popisování se nemusíte vyhýbat optickým dojmům a barvám.*



(Dostupné z: <https://www.knihovnahk.cz/pro-verejnost/pujcovny/zvukova-knihovna/zasady-komunikace-a-pomoci-nevidomym>)

### **6.7.2 DESATERO PRO KONTAKT S NEVIDOMÝM, KTERÉHO VEDE VODÍCÍ PES**

*Je nutné respektovat fakt, že nevidomý s vodícím psem má přístup do obchodů, restaurací, všech typů škol, školských a zdravotnických zařízení, úřadů a všech kulturních a sportovních zařízení.*

- 1. Nikdy vodícího psa nevyrušujte v jeho práci. Nikdy na psa nemlaskáme, nehvízdáme na něj, ani na sebe jiným způsobem neupozorňujeme.*
- 2. Nikdy na vodícího psa nesaháme, nehladíme jej a nemluvíme na něj bez vědomí majitele.*
- 3. Nikdy k sobě vodícího psa nevoláme.*
- 4. Nikdy psa nekrmíme bez vědomí majitele.*
- 5. Chceme-li pomoci člověku s vodícím psem, vždy oslovíme nejprve člověka.*
- 6. Pomáháme-li člověku s vodícím psem, nikdy nemanipulujeme se psem.*
- 7. Jdeme-li po ulici se svým vlastním psem, nikdy mu nedovolíme vodícího psa obtěžovat, očíhávat ho či jinak vyrušovat v práci.*
- 8. Mijíme-li vodícího psa se svým pánem, máme svého psa vždy na vodítku.*
- 9. Nastupujeme-li se svým psem do dopravního prostředku, vždy dáme přednost člověku s vodícím psem.*
- 10. V dopravním prostředku umožníme umístění vodícího psa – uvolníme místo.*

(Dostupné z: <https://www.knihovnahk.cz/pro-verejnost/pujcovny/zvukova-knihovna/zasady-komunikace-a-pomoci-nevidomym>)

### **6.7.3 DESATERO PRO KONTAKT SE SLABOZRÁKÝM ČLOVĚKEM**

*V naší zemi žije kolem 150 000 slabozrakých lidí. Zrak mají oslabený v různé míře a různým způsobem. Obtíže mívají při některých každodenních činnostech, v zaměstnání nebo při komunikaci s lidmi. K lepšímu porozumění jejich situace mohou přispět následující body:*

- 1. Zraková vada je někdy nápadná, jindy si jí nemusíme ani všimnout. Ne vždy platí, že čím více dioptrií člověk má, tím hůř vidí. Některým slabozrakým dioptrické brýle nepomáhají.*
- 2. Někteří jsou citlivější na silné osvětlení, mluvíme o světloplachosti, což je možné řešit nošením tmavých brýlí, použitím méně intenzivního osvětlení v místnosti nebo zatemněním oken. Jiným se výrazně zhorší vidění při nízké intenzitě osvětlení, mluvíme o šerosleposti, což se řeší silnějším osvětlením. Budme pozornější, když slabozraký vychází na sluncem zalitou ulici nebo když vstupuje do špatně osvětleného domu či obchodu.*
- 3. Přizpůsobení na změnu osvětlení může slabozrakým trvat velmi dlouho. Mohou se takzvaně rozkoukávat i hodinu tam, kde se zdravé oko adaptuje během několika vteřin.*
- 4. Výjimečně se můžeme setkat s člověkem, který vůbec nerozlišuje barvy, vidí černobíle. Častá je ale porucha rozlišování některých barev. Nebojme se upozornit slabozrakého na případné omyly.*

5. *Snížená zraková ostrost a omezení zorného pole způsobují slabozrakým mnoho praktických obtíží. Člověk se zúženým zorným polem má sníženou schopnost orientace v prostoru, při svém pohybu užívá bílou hůl. Někdy, při zachované zrakové ostrosti, může číst i běžný text. Při nízké zrakové ostrosti bývají problémy se čtením, rozlišováním drobných předmětů a s poznáváním lidí.*
6. *V dobře známém prostoru se slabozraký pohybuje zpravidla bez obtíží a bezpečně. V novém neznámém prostředí může mít ale velké potíže při orientaci a může potřebovat naši pomoc.*
7. *Nedivme se, když slabozraký člověk, v době přechodného zhoršení podmínek pro vidění, užívá postupů a pomůcek typických pro nevidomé: tmavé brýle, bílou hůl...*
8. *Umožněme slabozrakým přistoupit blíž k informačním tabulím, ke zboží v obchodě a k dalším prohlíženým předmětům. Vhodné je, mohou-li si věci vzít do ruky. Počítejme s tím, že pro vnímání zrakem potřebují více času a používají při tom různé pomůcky: speciální brýle, lupy, dalekohledy...*
9. *Odstraňujme architektonické a informační bariéry. Vyvarujme se nesprávného osvětlení, možných odlesků, nerovnoměrného rozptýlení světla. Dávejme přednost velkému tiskacímu písmu bez zbytečných okras před písmem psacím. Využívejme kontrastu: černý fix na bílém papíře, žlutá hrana na tmavém schodu... jasně čitelná by měla být i vyobrazení označující WC, sprchy, atp.*
10. *Nečekejme na to, až nás slabozrací požádají o pomoc. Tu nabízejme sami. Pozdravme raději jako první, přestože to nemusí odpovídat etiketě. Přečtěme jim špatně čitelný text. Upozorněme včas na věci, kterých si nemusejí ani všimnout. Potíže slabozrakých lidí jsou do značné míry individuální, neostýchejme se jich přímo zeptat, s čím bychom mohli pomoci.*

(Dostupné z: <https://www.knihovnahk.cz/pro-verejnost/pujcovny/zvukova-knihovna/zasady-komunikace-a-pomoci-nevidomym>)

## 6.8 Organizace podporující dospělé a seniory se zrakovým postižením

V dospělosti mohou lidé se zrakovým postižením využívat nestátní neziskové organizace, které se snaží pomáhat v různých oblastech. Zřizovateli jsou jak organizace postižených, ale i občanská sdružení rodičů nebo jedinců podporujících rozvoj postižených.

Tato sdružení se zaměřují především na:

- volnočasové aktivity (pravidelné i mimořádná setkání, týdenní rekondiční pobyt...
- sebeobsluha (např. u jedinců později osleplých)
- výuku samostatného pohybu (chůze s bílou holí, s vodícím nebo asistenčním psem)
- sociální poradenství ohledně sociálních dávek a příspěvků na kompenzační pomůcky
- výběr a doporučení pomůcek včetně nácviku práce s náročnými pomůckami

- další vzdělávání
- hledání práce
- podporované zaměstnávání
- chráněné dílny
- chráněné bydlení
- osvěta, fundraising.

Financovány jsou buď z měst, v nichž působí, ale také z různých grantů a dotací krajů, MŠMT, MPSV, MZ, evropských projektů, nadačních příspěvků, sponzorských darů, sbírkových akcí.

Příkladem takových organizací je např. Společnost pro nevidomé a slabozraké SONS, Tyfloservis, Tyflocentrum, Sdružení Kafira (Moravskoslezský kraj), Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina (Praha), Domov pro zrakově postižené (Praha), Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením, Slepohluchým pomáhá organizace LORM (Společnost pro slepohluché). Pro aktivní sportovce existuje Český svaz zrakově postižených sportovců.

## SHRNUTÍ KAPITOLY



Zrakové postižení může být různého typu (refrakční poruchy, postižení zorného pole, okulomotorické poruchy a poruchy zpracování zrakových informací), různé etiologie (vrozené, získané, orgánové, funkční). Každý stupeň zrakového postižení má svá specifika, která je třeba respektovat. Důležité v životě jedinců s těžkým zrakovým postižením je spolupráce nižších a vyšších kompenzačních mechanismů. Rodiny s dětmi se zrakovým postižením mohou hned od počátku využívat služeb rané péče, děti mohou navštěvovat buď speciální mateřské, základní a střední školy nebo mohou být za určitých podmínek a ve spolupráci se SPC zapojeni do hlavního vzdělávacího proudu. Existuje velmi mnoho organizací, které nabízí odborné služby i pro dospělé jedince se zrakovým postižením.

## KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Mohou být lidé, kteří mají výbornou zrakovou ostrost, klasifikováni jako osoby se zrakovým postižením? Pokud ano, jakého druhu mají zrakové postižení a jak je toto postižení omezuje?
2. S čím mají jedinci ve stupni slabozrací největší potíže? Jaká omezení by měla platit pro jedince s těžkou krátkozrakostí?
3. Jaké kompenzační pomůcky mohou lidé se zrakovým postižením využívat ve volném čase?
4. Vyjmenujte alespoň 5 zásad při komunikaci s nevidomým.



### KORESPONDENČNÍ ÚKOL

- Vyhledejte moderní kompenzační pomůcky, které pomáhají nevidomým v prostorové orientaci (ve veřejných budovách, prostředcích MHD, při cestování apod.). Rozsah: 3 NS.
- Zpracujte ze tří zdrojů téma Dovednosti sociálního kontaktu v profesním kontextu (využijte např. publikace Jana Michalíka: Zdravotní postižení a pomáhající profese). Rozsah: 3 NS.
- Vyhledejte organizace, které nabízejí dospělým jedincům a seniorům se zrakovým postižením aktivity volnočasové i vzdělávací. Zpracujte databázi včetně popisu nabídky služeb. Rozsah: 3 NS.



### PRO ZÁJEMCE

- Zjistěte, co je to Blind Friendly Web a popište jeho zásady, vyhledejte alespoň deset webových stránek, které nároky splňují. Uveďte kritéria, podle jakých jste to určili. Rozsah: 6 NS.



### DALŠÍ ZDROJE

BENEŠ, Pavel a VRUBEL, Martin. *Oftalmologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2017. ISBN 978-80-7315-264-2.

BUBENÍČKOVÁ, Hana, KARÁSEK, Petr a PAVLÍČEK, Radek. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012. ISBN 978-80-260-1538-3.

JESENSKÝ, Ján a kol. *Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně-edukačních pracovníků tyflopédického spektra*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5.

KIMPLOVÁ, Tereza a KOLAŘÍKOVÁ, Marta. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?: souhrn (nejen) psychologické problematiky*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-831-3.

KIMPLOVÁ, Tereza. *Ztráta zraku: úvod do psychologické problematiky*. Ostrava: Pedagogická fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. ISBN 978-80-7368-917-9.

KROUPOVÁ, Kateřina a kol. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5264-8.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie. 2., dopl. vyd.* Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.

MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

PROCHÁZKOVÁ, Lucie et al. *Speciální andragogika*. Brno: Paido, 2014. ISBN 978-80-7315-254-3.

RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše, a kol. *Speciální pedagogika*. 4Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., akt. a dopl. vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

VALENTA, Milan et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

WIENER, Pavel a RUCKÁ, Renata. *Terapie zrakového handicapu*. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006a. ISBN 80-239-6774-6.

WIENER, Pavel. *Prostorová orientace zrakově postižených*. 3., upr. vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006b. ISBN 80-239-6775-4.

## 7 SENIORŮ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM (problematika surdopedická)



### RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato kapitola je věnována problematice sluchového postižení. Bude vysvětlena podstata převodních a percepčních sluchových vad, stupně sluchového postižení ve vazbě na velikost ztráty v decibelech. Větší pozornost bude věnována nejtěžšímu stupni, tedy hluchotě a možným dopadům hluchoty na osobnost jedince. Zdůrazněny budou také možnosti a pravidla komunikace s neslyšícími. Současně bude popsána struktura péče o jedince se sluchovým postižením od dětství do stáří.



### CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly student pochopí rozdíl mezi převodními a percepčními sluchovými vadami, bude se orientovat ve stupních sluchového postižení vzhledem k rozsahu sluchové ztráty v decibelech. Větší pozornost bude věnována nejtěžšímu stupni – hluchotě. Student se bude orientovat v možných dopadech hluchoty na osobnost jedince, možnostech a pravidlech komunikace s neslyšícími. Současně dokáže popsat strukturu péče o jedince se sluchovým postižením od dětství do stáří.



### KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Surdopedie, převodní a percepční systém a jeho poruchy, stupně sluchového postižení (lehká nedoslýchavost, střední nedoslýchavost, těžká nedoslýchavost, praktická a úplná hluchota), kompenzace sluchových vad, technické pomůcky (sluchadla, bezdrátové naslouchací soupravy, kochleární implantát), vliv sluchové poruchy na psychiku, způsoby komunikace (orální řeč, znaková řeč, odezírání, artikulovaná řeč, prstová abeceda, totální komunikace, bilingvální přístup).



### ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

1. Ke studiu kapitoly bude potřeba odhadem asi 1 hodina.
2. Odpovědi na otázky: 20 minut.
3. Vypracování korespondenčního úkolu: 2 hodiny.
4. Vypracování úkolu pro zájemce: 4 hodiny.
5. Autoevaluační test: 5 minut.

## STUDIJNÍ TEXT

**Problematikou výchovy, vzdělávání, socializací, pracovním a společenským začleněním jedinců se sluchovým postižením se zabývá speciálně pedagogická disciplína **surdopedie**.** Její název vychází z latinského *surdus* = hluchý a *paidea* = výchova.

Surdopedie jako obor se vyčlenila z logopedie a od roku 1983 je samostatnou disciplínou. Surdopedie je právě disciplínou, kde to bez intenzivní spolupráce s jinými obory ani není možné. Nejčastěji spolupracují s foniatří, logopedií, ORL, technickými obory (kompenzační pomůcky). Podle posledního sběru dat k 31. 12. 2012 žije v České republice podle posledního 86 476 jedinců se sluchovým postižením (Výběrového šetření osob se zdravotním postižením, Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/10180/20543019/k3\\_260006-14\\_1.pdf/4384f318-fcae-4a20-941c-33f10d5a6324?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/10180/20543019/k3_260006-14_1.pdf/4384f318-fcae-4a20-941c-33f10d5a6324?version=1.0), cit. 2019-19-02.)

Sluch má pro člověka mimořádný význam při komunikaci, je základním předpokladem řeči a s tím souvisejícím myšlením, je významný pro orientaci v prostoru a jeho chybění nebo vážné poškození má nepříznivý dopad na rozvoj osobnosti těchto jedinců, jejich socializaci a uplatnění ve společnosti.

V současné době v České republice je u všech novorozenců prováděna vyšetření otoakustických emisí během 2. nebo 3. dne (po vstřebání ušního mazu nebo vody v ušním kanálu), které dokáže odhalit závažné poškození sluchu.

## 7.1 Sluchové vnímání a poruchy sluchu

Pro správné pochopení podstaty postižení je třeba si připomenout, jak funguje sluchový orgán a jaká poškození s tím mohou být spojena.

### 7.1.1 SLUCHOVÝ ANALYZÁTOR

Sluchovým podnětem je chvění vzduchu vyvolané chvěním předmětů.

Receptorem v lidském organismu je sluchový orgán, který se skládá ze čtyř částí:

- **vnějšího ucha** (boltec, zevní zvukovod, což je chrupavčitý kostěný kanál sloužící k vedení a koncentrování akustické kmitavé energie),
- **středního ucha** (za bubínkem se nacházející uzavřená dutina ve skalní kosti, která je vyplněna vzduchem a která obsahuje tři kůstky: kladívko, kovádlíku a třmínek, dva svaly a dvě ústí. Ploténka třmínku je spojena s oblastí vnitřního ucha oválným okénkem, čímž se přenáší mechanické chvění na tekutiny vnitřního ucha),
- **vnitřního ucha a sluchových drah** (vnitřní ucho tvoří hlemýžď, dvaapůlkrát stočený kanál v podobě ulity a labyrint, ve kterém je uloženo rovnovážné ústrojí. V hlemýždi jsou uloženy sluchové buňky, ke kterým se díky nitroušním tekutinám dostává mechanická energie, která se mění na energii bioelektrickou, tato energie je převáděna sluchovým nervem příslušnými drahami do mozku),
- **sluchové kůry**, do které dojde signál přes mozkový kmen (zde dojde ke křížení nervů z obou stran), dále signál postupuje přes podkorovou oblast šedé hmoty

do Heschlových závitů, centra sluchu umístěné v korové oblasti spánkových laloků. V podkorové oblasti jsou poznávány obecné zvuky a zvuky bez pojmového významu, např. smích, pláč, kašel apod. Rozumění řeči se odehrává v kůře mozkové (Lejska, 2003).



## DEFINICE

Tedy lze shrnout, že sluchový analyzátor je tvořen dvěma systémy, a to převodním a percepčním.

**Převodní systém** zesiluje a přenáší podněty k receptorům, v nichž vzniká počitek zvuku. Skládá se z vnějšího a středního ucha. Tento systém zvuk nejen převádí, ale i zesiluje.

**Percepční systém** je systém zahrnující vnitřní ucho, sluchové dráhy a sluchovou mozkovou kůru, který převádí zvuk na nervové impulsy až do příslušné části mozkové kůry, v níž vzniká počitek sluchu. (Renotierová, Ludíková, 2006)

### 7.1.2 SLUCHOVÉ POŠKOZENÍ

V závislosti na způsobu poškození sluchového aparátu mohou být různé funkce sluchu poškozeny různě.

#### PŘEVODNÍ PORUCHY

Podstatou je narušení schopnosti vnímat a diferencovat zvuky určité hlasitosti. Tato funkce bývá porušena poškozením vnějšího a středního ucha, jde o poruchu mechanické části sluchové dráhy. Mluvíme o tzv. vadě převodní, při níž dochází k zeslabení sluchového vjemu, nikoli k jeho zkreslení. Bývá postiženo vnímání melodie a dynamiky hlasu, což je významná složka neverbální komunikace. Převodní vady jde do určité míry kompenzovat zesílením zvuku. Člověk s tímto postižením s pomocí sluchadla slyší a rozumí mluvené řeči, pokud jej neruší šum dalších zvuků. Dosahuje stupně lehké až střední nedoslýchavosti. (Vágnerová, 2014; Renotierová, Ludíková, 2006)

#### PERCEPČNÍ PORUCHY

U percepčních poruch dochází k poškození funkce rozlišování tónů, melodií. Postižení se týká buněk v Cortiho orgánu vnitřního ucha, resp. sluchového nervu, způsobuje tzv. percepční vadu. Jejím důsledkem je nejenom snížení schopnosti vnímat zvuky, ale i podstatné zkreslení sluchových vjemů, hlavně vysokých tónů. V řeči se projeví různým stupněm diferenciací jednotlivých hlásek. Vnímání řeči je neúplné, chybí v ní některé zvuky, proto je obtížnější její porozumění. Zesílení zvuku nepomáhá, protože nepomůže zlepšit kvalitativní poruchu vnímání. Vágnerová (2014) navíc uvádí, že zesílení signálu při poškození Cortiho buněk je vnímáno jako velmi nepříjemné. Percepční poruchy jsou trvalé. Jde o postižení v rozsahu od střední nedoslýchavosti po hluchotu. (Vágnerová, 2014; Renotierová, Ludíková, 2006)

Podle Lechty a kol. (2016) je rozdíl mezi slovy „slyšet“ a „rozumět“. Uvádí, že např. jedinci s percepční poruchou slyší mluvené slovo, ale nerozumí všemu, a tak si obsah domýšlí na základě kontextu, prostředí.



## CENTRÁLNÍ PORUCHY

Centrální poruchy znamenají poruchu chápání obsahu a významu určitého zvukového komplexu. Tato porucha vzniká poškozením oblastí CNS, které se podílejí na zpracování zvukových podnětů, zvláště řeči. Projevuje se potížemi v poznávání jednotlivých zvuků a v určení jejich významu. Jde o tzv. sluchovou dysgnózi až agnozi. (Vágnerová, 2014; Renotiérová, Ludíková, 2006)

### 7.1.3 ETIOLOGIE SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ

Sluchové vnímání se vyvíjí již v prenatálním období, patří k velmi citlivým vůči působení teratogenních účinků, zvláště v prvním trimestru. Hned po narození je dítě schopno rozlišit hlas matky, intenzivní zvuky zpočátku vyvolávají úlek. Okolo 3. a 4. měsíce se začíná otáčet za zdrojem zvuku, reaguje na matčin hlas, i když ji nevidí. Postupně začíná dítě diferencovat tišší a vzdálenější zvuky. Kolem 1. roku věku dítě už dokáže podle melodie řeči, důrazu a barvy hlasu rozpoznat, zda je chváleno nebo káráno. Ke konci kojeneckého a během batolecího období je velmi rozvinuta nápodoba a tvorba slov, jednoduchých slovních spojení a vět. Pro obě tato období je správná funkce sluchu velmi důležitá. K větší diferenciaci zvuků a řeči dochází v předškolním období. Zdokonaluje se zaměření pozornosti, zvukové rozlišování figury a pozadí, záměrné naslouchání, sluchová analýza a syntéza. Se správnou výslovností souvisí sluchová diferenciacie, tedy rozvoj schopnosti rozlišovat jednotlivé hlásky, rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek souvisí s vnímáním rytmu. Pro zachycení, zpracování a uchování informací přijímaných sluchovou cestou nám slouží sluchová paměť.

Lechta (2016, s. 258) uvádí, že „mezi neslyšícími je známé tzv. pravidlo 90 %, tedy že 90 % neslyšících dětí se rodí slyšícím rodičům, 90 % neslyšících rodičů má slyšící děti a 90 % neslyšících se žení a vdává mezi sebou navzájem.“

Pokud dojde k poškození sluchu ještě během období ustalování řeči, hovoříme o prelingválně neslyšících, protože řeč se postupně rozpadne. (Novák, 1997)

#### 7.1.3.1 Prelingválně vzniklé sluchové poruchy

Příčiny mohou být:

- dědičné (po jednom nebo obou rodičích nebo výskyt v širokém příbuzenstvu – asi 20 %),
- vlivem prenatálního poškození (drogy, RTG, nekompatibilita PH faktoru, toxoplazmóza, zarděnky nebo jiná infekce),
- perinatálními vlivy (následek nezralosti novorozence, předčasné porody (riziko pod 1500 g), protrahované porody, při kterých může dojít ke krvácení do vnitřního ucha nebo mozkových center pro sluch, insuficience novorozenců, sepse, asfyxie či hypoxie dítěte delší než 5 minut, Rh-inkompatibilita matky s plodem, nebo anomálie hlavy a krku) (Sekeráková, Skybová, dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/01/11.pdf>)
- v období postnatálním (meningitida, encefalitida, úraz).

Hranice přijatelné sluchové funkce, nezbytné pro bezproblémové osvojení mluvené řeči je pásmo střední nedoslýchavosti (ztráta 56 až 60 dB). Pokud dojde k ohluchnutí po ukončení základního vývoje řeči (po 7. roce věku), řeč se již neztrácí, zůstává zachována, ale vyžaduje současnou péči.

### 7.1.3.2 Postlingválně vzniklé sluchové poruchy

Postlingválně vzniklé poruchy sluchu nemají zásadní vliv na řečový vývoj, i když u dítěte v předškolním a mladším školním věku může dojít k rozpadu řeči, zvláště pokud je současně poškozeno sluchové i řečové centrum v mozku. Odrazí se to na formální stránce řeči.

Poruchy vznikají nejčastěji:

- po prodělaných infekčních onemocněních (spalničky, neštovice, příušnice, meningitidy),
- ohluchnutí po explozích,
- poškozením sluchu při zánětech, nádorech, úrazech, cizích tělesech,
- při poruše cévního zásobení, iontových dysbalancích nitroušních tekutin, metabolických poruchách a degenerativních onemocněních. (Vágnerová, 2014; Renotierová, Ludíková, 2006).

### Ztráta sluchu

Ztráta sluchu působí problémy zvláště v komunikační rovině, v osvojování mluveného jazyka, čímž se vytváří velká komunikační bariéra mezi slyšícími a neslyšícími, která prorůstá i do psychiky člověka a má dopady na jeho sociální vztahy, práci, vzdělání. (Lechta a kol., 2016)

## 7.2 Stupně sluchového postižení

Podle Lechty a kol. (2016) je asi 10–15 % osob se sluchovým postižením opravdu neslyšících, zbývajících 80–90 % osoby s lehčími nebo středně těžkými ztrátami sluchu.



### DEFINICE

#### Medicínská kategorizace

Lechta (2016) uvádí orientační kategorizaci možných sluchových ztrát podle vymezení Světovou zdravotnickou organizací v roce 1980. Při audiometrickém hodnocení se sluch považuje za normální, pokud na žádné frekvenci není sluchová ztráta větší než 20 dB. Je-li na některé frekvenci sluchový práh vyšší než 25 dB, jde o nedoslýchavost, a to bez ohledu na to, zda si ji pacient uvědomuje, či nikoliv.

Žádná porucha	0–25 dB
lehká nedoslýchavost (podle WHO lehká ztráta sluchu)	26–40 dB (lepší ucho)
střední nedoslýchavost (podle WHO střední ztráta sluchu)	41–55 dB (lepší ucho)

těžká nedoslýchavost (podle WHO středně těžká ztráta sluchu)	56–70 dB (lepší ucho)
praktická hluchota /zbytky sluchu (podle WHO těžká ztráta sluchu)	71–90 dB (lepší ucho)
úplná hluchota (podle WHO hluchota)	nad 91 dB

**Pro potřeby speciálně pedagogické práce se člení jedinci:**

- neslyšící
- nedoslýchaví
- ohluchlí
- s kochleárním implantátem.

### 7.2.1 NEDOSLÝCHAVÍ

Podle Lechty (2010, 2016) jsou do této kategorie řazeni jedinci, které sice mají sluchové postižení, ale pomocí kompenzačních pomůcek a mechanismů dokážou (někdy omezeně, ale dokážou) vnímat mluvenou řeč sluchovou cestou, pochopitelně vždy závisí na typu sluchové poruchy.

Je velmi důležité rozpoznat včas, že má dítě potíže se sluchem. Pokud není dítě kompenzované, samo nemusí rozpoznat pokyn nebo zvukový signál a je pokládáno za apatické, nevšímavé nebo neposlušné. Ve škole je situace nedoslýchavého také složitá. Neumí zachytit slovní sdělení v úplnosti co do obsahu i výrazu. Selhává při pořizování písemných záznamů a při diktátech. Jestliže se naučí odezírat, pak může reagovat jedině v přímém zrakovém spojení. Se svou poruchou je nejisté mezi vrstevníky a vzájemné reakce mohou být neadekvátní. Nepoznaná nedoslýchavost může ovlivnit učitele i vrstevníky v hodnocení úrovně učebních předpokladů dítěte tím spíše, jestliže rodiče nemají povědomí o poruše nebo na ni neupozorní. (Lechta, 2010; Renotiérová, Ludíková, 2006)

#### DEFINICE



### 7.2.2 NESLYŠÍCÍ

Sluchová ztráta činí více než 91 dB, tedy tito lidé nemohou přijatelně vnímat zvukovou řeč ani s pomocí sluchadla. Mohou něco slyšet, ale nerozumějí, neumí tyto zvuky diferencovat. Do ztráty 110 dB mohou ještě slyšet hluky a hřmoty. Úplná hluchota je vymezena jako ztráta sluchu větší než 110 dB. (Lechta, 2010; Renotiérová, Ludíková, 2006)

### 7.2.3 JEDINCI S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM

Kochleární implantát se v ČR operuje od roku 1993. Je to elektronická smyslová náhrada (neuroprotéza), která se voperuje do vnitřního ucha a stimuluje zachovalá vlákna sluchového nervu. Vnitřní část je implantována do spánkové kosti a elektrody jsou zavedeny přímo do hlemýždě. Vnější část je nošena viditelně.

Dospělým kandidátem pro kochleární implantát je **člověk postlingválně ohluchlý s oboustrannou percepční ztrátou sluchu nad 85 dB.**

Je rozdíl, zda je nositelem kochleárního implantátu neslyšící od narození nebo ohluchlý. Ohluchlí totiž velmi rychle navážou na již osvojenou řeč, postupně se zlepšuje i rytmus a melodie řeči a poměrně rychle znovu získají plnou řečovou kompetenci, i když i ta podle Lechty (2016) nemusí být zcela bezchybná.

U prelingválně neslyšících musí nastoupit intenzivní rehabilitace, která postupuje od detekce zvuku (zjištění) přes diskriminaci (rozlišování) a identifikaci (rozeznávání) k porozumění běžné konverzaci bez nutnosti odezírat. (Lechta, 2010)

#### 7.2.4 OHLUCHLOST A SLUCHOVÉ POTÍŽE VE STÁŘÍ

Pokud dojde ke sluchové ztrátě v průběhu života větší než 91 dB, hovoříme o ohluchlosti. Vzhledem k chybějící zvukové kontrole zůstává řeč zachována, ale je zkrácená, má pomalé tempo, nepřirozenou melodii a rytmus. (Lechta, 2010; Renotiérová, Ludíková, 2006)

Procházková a kol. (2014) se věnuje specifičnosti života jedinců, kteří jsou postlingválně neslyšící v produktivním a postproduktivním věku. Ohluchnutí v produktivním věku znamená pro člověka velkou životní krizi, protože se musí vyrovnávat se změnami v komunikaci, práci, rodině, vztazích. V důsledku nedostačujících komunikačních schopností jedince mají tito lidé tendenci uzavírat se před okolím, do sebe, izolovat se od přátel, společnosti.

V období stáří se rozvíjí celá řada poruch sluchu, které nemusejí nutně končit hluchotou, ale dovedou velmi znepríjemnit život. Ne všechny se dají řešit sluchadly.

V postproduktivním věku se rozvíjí tzv. **presbyacusie** (stařecká nedoslýchavost). Je definována jako „*senzorineutrální nedoslýchavost projevující se zhoršením slyšení tónů vysokých frekvencí a zhoršováním porozumění řeči.*“ (Procházková a kol., 2014, s. 167)

Presbyakuzie bývá doprovázena těmito projevy:

- slyší pouze hlasitou řeč, ale nevnímá ji zřetelně a jednoznačně;
- v hlučném prostředí slyší špatně;
- potíže s porozuměním rychlé řeči, řeči v nářečí, řeči dětí;
- má potíže s komunikací ve ztížených podmínkách, např. přes okénko v bance, na poště, v kavárně.

Procházková a kol. (2014) dále popisuje ušní **šelest** (tinnitus), který se objevuje u každého druhého člověka nad 60–65 let. Ušní šelest je zvukový vjem, který vzniká bez zvukového podnětu. Bývá popisován jako hučení, pískání, bručení, syčení, mnoho seniorů to zatajuje před lékařem i rodinou. Není to nijak závažné, nicméně u 5 % osob, které trpí ušním šelestem, se objevují poruchy spánku, zvýšená únavnost, podrážděnost, horší schopnost koncentrace.

Kejklíčková (2011) také u seniorů hovoří o výskytu **hyperacusie** (hypersenzitivita čili přecitlivělost na silnější zvuky), jehož podstatou je příliš ostré slyšení při poškození sluchových buněk (např. zdravé ucho má hranici mezi prahem příjemného a nepříjemného slyšení

kolem 80–90 dB, u lidí s hyperakuzií to už může být kolem 40 dB). Vadí jim např. pouliční hluk, reproduktory v supermarketu, křik dětí. Obraz sluchové vady může být zkomplikován výskytem dalších faktorů jako je tinnitus nebo chronický zánět středouší.

#### **7.2.4.1 10 obvyklých omylů o ohluchlých osobách**

„Každý, kdo neslyší, používá znakový jazyk.“

Jejich prvním jazykem je mluvený jazyk. Pokud se rozhodnou učit se znakovat, preferují obvykle znakovanou češtinu. Znakovaná čeština se od znakového jazyka velmi liší. Naučit se český znakový jazyk je stejně obtížné jako naučit se jakýkoliv jiný cizí jazyk.

„Každý, kdo ohluchne, začne nosit sluchadlo.“

Když někdo neslyší, sluchadlo mu nepomůže, i u jedinců se zbytky sluchu je možnost použití sluchadla různá a nejistá.

„Každému, kdo ohluchne, může pomoci kochleární implantát.“

Přínos kochleárního implantátu je u každého člověka velmi individuální. Někdo se naučí s kochleárním implantátem i telefonovat a jiným naopak působí potíže i jen určit zdroj zvuku.

„Na ohluchlého člověka musíme mluvit hodně nahlas a zblízka.“

Ohluchlému člověku může snaha mluvit hlasitě a velmi zblízka působit problémy při snaze odezírat, protože jsou mluvní pohyby deformovány. Když jsme příliš blízko něj, nemůže na naše ústa zaostřit zrak, což mu odezírání znemožňuje.

„Když někdo ztratí sluch, automaticky se naučí odezírat.“

K odezírání musí mít člověk vrozené vlohy. Postupně se vloha rozvíjí, získáváním znalosti příslušného mluveného jazyka a podnětným prostředím si může člověk schopnost odezírání vypěstovat.

„Jestliže se někdo odezírat naučí, odezírá tak, jak to vidíme ve filmu.“

Herci, kteří ve filmu hrají ohluchlé osoby, znají scénář, vědí předem, kdo co bude povídat a většinou jsou sami slyšící. Běžný člověk v reálném životě nemůže bez pomoci sluchu úspěšně odezírat za všech podmínek.

„Ohluchlý člověk, který dovede odezírat, bude vždy rozumět, když zajistíme vhodné podmínky.“

Vhodné vnější podmínky pro odezírání, jako je například dobré osvětlení tváře mluvící osoby, zřetelná výslovnost při mluvení a podobně, jsou pouze částí předpokladů k úspěšnému odezírání. Schopnost úspěšného odezírání také blokuje únava, emoční napětí či obavy z komunikačního neúspěchu. Ve vyšším věku postupně dochází ke změnám, které schopnost odezírat snižují.

„Ohluchlý člověk, který hned neodpoví, nemá pohotové myšlení.“

Slyšící člověk potřebuje pouze malou část času na vnímání toho, co slyší, a většinu času při poslechu věnuje analýze obsahu slyšeného a už si předem připravuje odpověď. Ohluchlý člověk musí při komunikaci se slyšícím člověkem zvládnout mnoho složitých myšlenkových operací během velmi krátké doby, a tedy musí přemýšlet mnohem intenzivněji než člověk slyšící. Sto procent času věnuje jen na dešifrování toho, co mu druhá osoba asi říká (a za úspěch se považuje, když se mu to nemusí několikrát opakovat). Během dešifrování předchozí promluvy si musí zapamatovat další pohyby úst mluvící osoby a musí mít čas na zpětnou kontrolu, zda vše dešifroval správně. Teprve potom může přemýšlet nad obsahem řečeného, utvořit si vlastní názor a následně začít koncipovat odpověď.

„Kdyby došlo při vzájemné komunikaci k omylu, hned to poznáme.“

Zeptat se člověka se sluchovým postižením, zda nám dobře rozuměl, nestačí. Na otázku, zda rozuměl, odpoví odezírající člověk často kladně, a to i v případech, kdy rozuměl něco jiného a sám neví, že došlo k omylu. Mnohdy je nebezpečí vzájemného nedorozumění právě v tom, že ani jeden z komunikačních partnerů, tj. člověk ohluchlý ani slyšící, nemusejí rozpoznat včas, že k nějakému omylu došlo. Oba jsou mylně přesvědčeni, že si dobře rozumějí a že žádná informace ohluchlému člověku neunikla. Omyly v komunikaci v běžném životě neslyšícího člověka velmi poškozují, protože se takto může dostat i do velmi složitých životních situací.

„Odezírání je vlastně čtení ze rtů.“

Sluchem rozpoznáme přesně všechny hlásky, ale zrakem můžeme s jistotou rozlišit jen malou část z nich. Ohluchlý člověk se při odezírání jen snaží odhadovat, co kdo říká. Nejefektivnější způsob, jak zabránit případným omylům, je sdělení ohluchlému člověku napsat.

(Strnadová, 2009. Dostupné z: <https://www.upce.cz/studium/handicap/dalsi/sluch/10omylu.html>)

### 7.3 Kompenzační mechanismy a pomůcky

Při vážném poškození sluchu je významný včasný rozvoj kompenzačních mechanismů, zvláště zraku, hmatu, chuti, čichu. Nedostatek sluchových podnětů ztěžuje orientaci v prostředí, klade vyšší nároky na zrak, čímž v mnoha oblastech kvalitativně zlepšuje zrakové vnímání. Hmat a kinesteticko-motorické vjemy jsou dalším významným kompenzačním prvkem, který umožňuje získávat informace o okolním světě, např. prožitky různých kvalit materiálů a jevů, které podporují rozmanitost představ a tím rozvíjejí myšlení; hmat umožňuje také uvědomování si vlastních pohybů, odhmatávání vibrací apod.

Samozřejmě významnou součástí života jedince se sluchovým postižením je **využívání kompenzačních pomůcek**, které pomáhají lépe zvládat každodenní situace. Jsou využívány:

- individuální zesilovače zvuku = sluchadla, která účinněji přenáší zvuk do vnitřního ucha tím, že zvuk zesílí; můžeme je rozdělit:

- podle konstrukce se dělí na kapesní, brýlová, závěsná, boltcová, zvukovodová, kanálová,
- podle způsobu zpracování signálu na analogová a digitální,
- bezdrátové naslouchací soupravy,
- budíky se světelnou indikací, nebo s vibrátorem,
- signalizátory domovního zvonku,
- telekomunikační přístroje (např. zesílené telefony, tj. s přídavným adaptérem zvuku; psací telefony, mobilní telefony, telefony se světelnou signalizací, fax, počítač),
- indukční smyčky pro zesílení signálu z televize nebo obecně komunikaci (Kroupová a kol. (2016, s. 133) definuje indukční smyčku jako „*Kolektivní zesilovač zvuku, který spolupracuje s individuálními sluchadly. Mění analogový elektrický signál na elektromagnetické pole, které je sluchadlem zachycováno kdekoli uvnitř celé plochy, která je smyčkou ovinuta. Využívá se ve školách, v divadlech, kinech, koncertních sálech.*“

Více např. zde: <http://www.pomuckyproneslysici.cz/televize-komunikace/c1191>

Česká televize vysílá se skrytými titulky od roku 1993, skrytými titulky je opatřeno více jak 80 % pořadů různých žánrů, dramatické či dokumentární tvorby, převzatých pořadů, vysílání pro děti nebo živých zpravodajských relací.

## 7.4 Vliv sluchové poruchy na psychické funkce

Sluchová porucha je svou podstatou senzorickou deprivací. Nedostatek vnímání a pochopení zvuků z okolí významně ovlivňuje celý vývoj osobnosti. Vždy závisí na době vzniku a stupni postižení, osobních dispozicích a osobnostních vlastnostech daného jedince. Důsledky těžkých sluchových vad se odráží v oblasti poznávacích schopností, sociální oblasti a orientaci v prostoru.

### POZNÁVACÍ OBLASTI

Každé dítě se rodí s geneticky danými rozumovými předpoklady, které se na základě zrání rozvíjejí. Zvláště u neslyšících dochází k disproporčnímu rozvoji, kdy se neverbální složka inteligence rozvíjí na úrovni vrozených předpokladů, zatímco se verbální složka opožďuje. (Renotírová, Ludíková, 2006).

### MYŠLENÍ

Myšlení je vázáno na konkrétní činnosti (manipulaci s předměty, pozorování), je většinou statické a nepohotové. Rozvoj logických operací bývá pomalejší, zvládnou to většinou jen neslyšící s průměrnou inteligencí. Tím, že je narušena percepce řeči, existuje nebezpečí nepřesnosti pojmů, jsou velké potíže s abstrakcí; hůře vidí vztahy a obecnější souvislosti. Proto je pro neslyšící obtížnější tvořit obecné pojmy, které jsou často nepřesné.

## ŘEČ

Jedinci se sluchovým postižením mají menší slovní zásobu, nedostatečně osvojená mluvená řeč způsobuje nejvíce potíže s porozuměním čtenému textu, často neslyšící slovo znají, ale nerozumí plně jeho významu, jejich slovní zásoba je chudá. Znají slova, ale nepoznají ho v jiném tvaru, tedy mají problémy s tvaroslovím. Pokud se slova hláskově podobají, mohou význam nového slova zaměnit za jiný. Dále podle Lechty (2010) neznají hovorové výrazy, frazeologii a obrazová pojmenování chápou doslova.

Podobné problémy se objevují i v písemném projevu. Zájmena užívají většinou na začátku věty a užívají nesprávné kategorie. Příslovce nestupňují. „Citoslovce téměř vůbec nepoužijí, protože jsou vázána na emocionální oblast, jejíž hodnotu identifikuje sluchové vnímání. Nápadná je zejména frekvence výskytu podstatných jmen.“ (Tarcisová in Lechta, 2010, s. 227)

## MATEMATICKÉ SCHOPNOSTI

Potíže v matematice vycházejí z toho, že nemají dostatečné základy matematického jazyka a matematického systému. Kromě toho často zaměňují znaménka matematických operací, špatně chápou význam pozice čísla ve vícemístných výrazech, objevuje se nesprávná pochopení zadání úlohy, mají potíže se slovními příklady, užívají jednoduché strategie řešení, mechanicky vykonávají matematické úkony. Typický je nesoulad analýzy a syntézy, nedostatečná úroveň abstrakce a zobecňování. (Lechta, 2010)

## ORIENTACE V PROSTORU

Orientace v prostoru je omezena, popř. znemožněna. Jedinci s těžkým sluchovým postižením mají velké problémy s lokalizací předmětů v prostoru, často si nevšimnou náhlých změn v prostředí, což může být pro ně mnohdy nebezpečné. Psychologickými výzkumy bylo prokázáno, že ztráta zvukového pozadí způsobuje narušení pocitu sebejistoty a pocitu vlastního já, je snížen pocit osobní bezpečnosti a zvyšuje se pocit úzkosti. Osoba, která přišla o sluch, se cítí v prostředí jako nereálná v nereálném prostředí. (Vágnerová, 2014)

## SOCIÁLNÍ OBLAST

Jak kdysi řekla Helena Kellerová, „slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“ Sluch je významný právě v oblasti komunikace člověka s okolím. Neslyšící lidé jsou ochuzeni o náhodné, bezprostřední učení, protože pokud se nedívají, nemají informace. Primární socializaci ovlivňuje interakce v rodině, zvláště s matkou. Matka může znejistět, obávat se zvláštností miminka, méně je stimulovat, pocítovat menší uspokojení a kompetenci ve své mateřské roli. Dítě je vystavováno méně interakcím (6 leté dítě nejde nakoupit samostatně, neslyší hovory a pochvaly spolunakupujících...), je ochuzeno o mimovolní sluchové vnímání a chápání sociálních vztahů může být narušeno. Žijí v jakémsi světě rozděleném na úseky, kterému chybí kontinuita dění. Neslyšící často nechápou jednání svého okolí, neorientují se v sociálních vztazích, protože k nim sociální zkušenosti pronikají chaoticky. Je ochuzena i neverbální složka komunikace, protože např. nemohou slyšet citové zabarvení řeči.



Neslyšící často uvádějí, že se cítili vyčlenění z rodinného života, cítili se osamoceni. V situacích, kdy neslyšící dítě hůře chápe požadavky, které jsou na něj kladeny, nedokáže adekvátně vyjadřovat své názory, postoje, myšlenky, mohou se objevit pocity nejistoty, ohrožení, nízkého sebevědomí a podezřívavosti. Neúspěchy v komunikaci mohou způsobit to, že se uzavírají do sebe, jsou zlostní, nebo sebe litují, propadají melancholii, mají narušené sebevědomí. Může se projevit egoismus, vztahovačnost, nepřiměřená reaktivita a pohotovost k afektům. (Vágnerová, 2014; Renotierová, Ludíková, 2006)

## DOSPĚLOST A STÁŘÍ

U dětí a dospívajících sluchové postižení komplikuje především komunikační rovinu a kognitivní procesy, sluchové postižení v dospělosti a stáří má zase mnohem větší nepříznivý dopad na psychiku člověka. Pochopitelně to, jak jedinec situaci zvládne, záleží na mnoha faktorech, zejména na věku, individuálních vlastnostech, sociální opoře, závažnosti postižení. Postupně se rozvíjející vada může komplikovat sociální vztahy mnohem více, než náhle vzniklá hluchota. Lidé se zhoršujícím se sluchem vydávají mnohem více posluchačské námahy, pozornost zaměřují na úpornou snahu porozumět sdělovanému, celkově jsou z komunikace velmi frustrováni. Po delší době jsou unavení, podráždění, vyčerpaní, postupně ztrácejí zájem o své okolí a uzavírají se do sebe. Začínají se vyhýbat kontaktům s přáteli, neradi chodí na rodinné oslavy, upouštějí od volnočasových aktivit. Člověk, který ztrácí nebo ztratil sluch, se cítí nereálně v nereálném prostředí. Nedokáže se vyrovnat s chybějícím zvukovým pozadím.

Sociální interakce může být narušena také předsudky, díky nimž je někdy sluchové postižení zaměňováno za nastupující stařeckou demenci. Současně však byly zaznamenány i pozitivní emoce v souvislosti se ztrátou sluchu, a to posílení vztahu s komunikačními partnery, zlepšení vlastní koncentrace a kreativity a vytvoření vzájemných sympatií s dalšími osobami se sluchovou ztrátou, přičemž respondenti výzkumu kladně hodnotili redukované slyšení rušivých hlasitých zvuků. (Heffernan et al., 2016, in Sedláčková, 2018).

## 7.5 Způsoby komunikace osob s těžkým sluchovým postižením

Jedinci se sluchovým postižením používají „běžné komunikační prostředky odlišným způsobem nebo používají jiný komunikační systém, který lépe vyhovuje jejich potřebám a možnostem.“ (Vágnerová, 2014, s. 214)

### 7.5.1 KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY

Tarcisová (in Lechta, 2010) rozlišuje tři samostatné komunikační formy, které se vzájemně ovlivňují. Jsou to primární a sekundární komunikační formy a pomocné technické komunikační pomůcky a prostředí.

1. PRIMÁRNÍ KOMUNIKAČNÍ NORMY jsou samostatné jazyky
  - artikulovaná, orální řeč\*,
  - český znakový jazyk\*\*,

- písemná forma jazyka
2. SEKUNDÁRNÍ KOMUNIKAČNÍ FORMY nejsou samostatnými znakovými systémy, ale vážou se k mluvenému a znakovému jazyku, mezi ně řadíme bimodální formy znakové komunikace, např.
- kontaktní znakování\*\*\* (např. znakovaná čeština, která je simultánní formou zprostředkování současně v mluvené řeči a současně ve znakovém jazyce, vstupuje tedy do slovosledu, nikoli morfologie))
  - umělé znakové kódy (gramatika mluveného jazyka vstupuje i do morfologie znaku, tedy vznikají nové znaky pro předpony, přípony, vyjádření času, čísla, zájmena apod.)
  - Makaton (používá se v rámci AAK, jednou jeho složkou jsou znaky přirozeného znakového jazyka)
  - umělecké znakování (tlumočení uměleckých aktivit pro neslyšící, „zpěv ve znacích“)
  - prstová abeceda (uměle vytvořený systém, který neslyšícím zviditelní mluvenou řeč, patří sem např. prstová abeceda/neboli daktylotika /daktylní abeceda)
  - odezírání\*\*\*\*
  - neverbální komunikace (gestika, mimika, proxemika, posturika, haptika, kinetika, pohled, olfaktorika).
3. POMOCNÉ TECHNICKÉ KOMUNIKAČNÍ POMŮCKY A PROSTŘEDÍ zahrnují technická zařízení (akustické prostředky, naslouchací přístroje, infraporty) a podmínky prostředí (dostatečné osvětlení, akustika), které jsou nezbytné k tomu, aby se realizovaly primární a sekundární systémy. (Lechta, 2010)

#### \*ARTIKULOVANÁ, ORÁLNÍ ŘEČ



#### DEFINICE

Orální řeč spočívá ve výcviku běžné mluvené řeči u jedinců se sluchovým postižením. Je to pro neslyšící velmi náročný způsob dorozumívání, protože jim chybí zpětná kontrola vlastního projevu. Existují specifické metody a postupy jejího vyvozování, hlavní pozornost se věnuje cvičení dechu, cvičením zaměřeným na frekvenci, hlasitost, rytmus a nasazení hlasu a cvičení výslovnosti. Při vyvozování artikulace slouží artikulární zrcadlo, špachtle, sondičky. Využívá se vnímání vibrací při mluvení pomocí prstů a dlaní nebo pomocí přístrojů, tzv. indikátorů nebo fonátorů. Motivace zvládnout orální řeč co nejlépe je velká zvláště v případech, kdy chce být jedinec s těžkým sluchovým postižením zařazen do majoritní společnosti, učí se ji proto, aby nebyl ve společnosti izolován. Orální řeč je však významná pro stimulaci pojmotvorného procesu, zvládnutí psané podoby mateřského jazyka. (Vágnerová, 2014; Renotierová, Ludíková, 2006)

## **\*\*ČESKÝ ZNAKOVÝ JAZYK**

### **DEFINICE**

Df

Český znakový jazyk je přirozeným jazykem neslyšících. Je tvořen:

- manuální složkou znaku (specifické vizuálně-pohybové prostředky, mezi které patří znaky tvořené pomocí rukou, horní poloviny těla a hlavy)
- nemanuální složkou znaku (tzv. orální komponent a mimika, které jsou důležitou a neoddelitelnou částí většiny znaků;
  - orální složka je ta část znaku, která se tvoří ústy: vyslovené slovo, písmeno, postavení rtů
  - mimika tváře (postavení tváří, obočí, nafouknutí či vtáhnutí tváří), kterou se vyjadřuje:
    - stupňování (dobrý, lepší, nejlepší),
    - rozlišuje klad a zápor,
    - vyjadřuje se způsob věty (tázací, rozkazovací, oznamovací) apod.

Český znakový jazyk má svojí vlastní slovní zásobu, gramatiku a slovosled. Je to jazyk s vlastní historií, vývojem, pravidly a gramatikou, není to jazyk mezinárodní. Schopnost osvojit si znakový jazyk je nižší u slyšících než neslyšících, protože u neslyšících se od dětství systematicky a více (v porovnání s normou) rozvíjejí pozorovací a pohybové napodobovací schopnosti a zvláště paměť pro vizuálně-pohybové znaky. (Vágnerová, 2014; Renotiérová, Ludíková, 2006)

## **\*\*\*ZNAKOVANÁ ČEŠTINA**

### **DEFINICE**

Df

Znakovaná čeština je umělý jazykový systém, který usnadňuje dorozumívání mezi slyšícími a neslyšícími. Znakovaný jazyk (u nás znakovaná čeština) je stejný jazyk jako mluvený, používá stejný slovosled a pravidla jako jazyk mluvený, přičemž používá znaky „vypůjčené“ z českého znakového jazyka. Znakovaná čeština nepoužívá mimiku, tvář a mluvidla, takže při jejím použití lze normálně mluvit. Podle Valenty a kol. (2014) je tento jazyk lépe naučitelný jedincům postlingválně neslyšícím a těžce nedoslýchavým, protože spoléhají na dosavadní znalost jazyka a mohou komunikaci kombinovat s odezíráním. Více podrobností na [www.ruce.cz](http://www.ruce.cz))

## **\*\*\*\*PRSTOVÁ ABECEDA, DAKTYLOTIKA**

### **DEFINICE**

Df

Daktylotika je vizuálně motorická komunikační forma, při které se užívá různých poloh a postavení prstů a dlaně k vyjádření písmen abecedy. Pouze několik písmen je k naučení (b, h, ch, k, m, n, r, s, z), na většinu z nich přijde laik i sám, proto se hodně písmen dělá různě. Může být jednoruční, dvouruční, smíšená, dlaňový daktyl hluchoslepých – taktilní forma.

Prstová abeceda je založena na schopnosti analýzy a syntézy slova a pomáhá jedincům s těžkým sluchovým postižením pochopit a zapamatovat si strukturu slova.

Nevýhodou je nutná znalost jazyka v psané podobě, hláskování slova, věty, je pomalejší než mluvení, ovlivněna úrovní motoriky, problém mohou mít lidé s poruchou hybnosti.

Většinou se jejím prostřednictvím znakují cizí slova, jména, názvy.

Podrobnosti o této metodě <http://www.kochlear.unas.cz/prstovka/prstovka.html>

#### \*\*\*\*\*ODEZÍRÁNÍ



#### DEFINICE

Valenta a kol. (2014, s. 71) definuje odezírání jako „*přijímání informací zrakem a chápání jejich obsahu na základě pohybu mluvidel, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného.*“

V komunikaci se slyšícím partnerem využívá jedinec se sluchovým postižením náhradní způsob, tzv. odezírání kinémů (faciální obraz). Problémem však je, že pro české hlásky přitom existuje pouze 11 kinémů, 4 pro samohlásky a 7 pro souhlásky, takže mnoho hlásek je vizuálně nerozlišitelných. „*Zatímco izolované samohlásky (5 samohlásek má 4 kinémy) je možné z jejich podstaty odezírat poměrně jednoduše a přesně, ze souhlásek je možné zrakem přesně diferencovat pouze asi třetinu.*“ (Valenta a kol., 2014, s. 72)

Odezírání je tedy velmi obtížný způsob vnímání mluvené řeči. Předpokládá se, že odezíráním lze zachytit 30 % sdělení; odezírat bez přestávky je možné maximálně 30 minut.

Odezírání je vložka, která může (ovšem nemusí) být lidem vrozena v různé míře bez ohledu na jejich stav sluchu. Tuto vložku lze tréninkem zdokonalovat.

Aby odezírání opravdu splnilo svůj účel, je třeba splnit určité vnitřní a vnější podmínky.

Mezi vnitřní podmínky patří např.:

- fyziologické (vibrační vnímání, nepoškozené mentální funkce a zrak, schopnost využít zbytky sluchu, celkový stav organismu),
- psychické (kvalita pozornosti, paměti, vrozené předpoklady, sociální zralost aj.),
- verbální (slovní zásoba, znalost gramatiky užívaného jazyka, větného kontextu, dosažený stupeň dorozumívacích schopností).

Vnější podmínky pro odezírání:

- dostatečné osvětlení (intenzita, směr),
- poloha obličeje mluvčího, konverzační vzdálenost a úhel pohledu,
- zrakový kontakt,
- mluvní technika,
- způsob výslovnosti (krátké věty, správná, ale ne přehnaná artikulace),
- znalost tématu, o kterém se bude mluvit apod. (Krahulcová, 2002).

## BILINGVÁLNÍ PŘÍSTUP

V bilingválním systému jsou oba jazyky, národní mluvený a národní znakový, považovány za rovnocenné. Vzdělávací předměty jsou vyučovány ve znakovém jazyce, akcentuje se však práce s textem v psaném národním jazyce. Bilingvální metoda zdůrazňuje skutečnost, klade důraz na fakt, že dítě bude žít ve dvou světech s odlišnými jazyky a ve dvou kulturách, jejíž principy by mělo znát, umět používat, ale zároveň si uvědomovat jejich odlišnosti. (Krahulcová, 2002)

## TOTÁLNÍ KOMUNIKACE

Totální komunikace využívá všech komunikačních prostředků, pomůcek a přístrojů k optimálnímu rozvoji slovní řeči, zahrnuje znakový jazyk, orální řeč, prstovou abecedu, čtení, psaní, odezírání, mimiku, pantomimu, kresbu, film, divadlo a gesta.. Součástí osvojování totální komunikace je cvičení smyslů, zvláště hmatu, dále zrakové diferenciace, rozvíjí se jemná i hrubá motorika ruky. Totální komunikace představuje komplex manuálních a orálních způsobů komunikace, které jedincům se sluchovým postižením umožňují bezbariérový přístup k informacím a harmonický rozvoj. (Krahulcová, 2002)

### 7.5.2 PRAVIDLA KOMUNIKACE S LIDMI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

1. *S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem a s „prázdnými ústy“. Při mluvení by jednáající osoba neměla jíst, pít, kouřit, žvýkat, podpírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.*
2. *Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.*
3. *Neslyšící se dotýkají mnohem více než slyšící, např. při přerušení vzájemného hovoru, vyžádání si pozornosti. Vhodným je dotyk na rameno. Dotyk na hrud' není povolený a dotyk na záda může mít velmi hněvivou reakci.*
4. *Přerušování rozhovoru je také spojené s určitými pravidly. Pokud si dva neslyšící lidé povídají a třetí je chce přerušit, poklepe osobu, s níž chce mluvit, na ramenu a zároveň se podívá na druhou osobu a použije posunek „promiňte“.*
5. *Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu. Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30–40 %.*
6. *Pokud neslyšícímu nerozumíte, je vhodné ho požádat, aby zpomalil nebo větu zopakoval.*
7. *Znáte-li základy znakového jazyka či prstové abecedy, měli byste je používat.*
8. *Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.*
9. *Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.*
10. *Odvracení je při posunkování urážkou. Pokud se osoba musí odvrátit, musí se partnerovi omluvit, vysvětlit mu to. Nejčastěji se to dělá pomocí posunku „čekej“ nebo držení za rameno, pokud jsme odvráceni.*
11. *Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky.*

12. Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujištění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré ptát se, zda porozuměl, ale položit otázku, „co jste mi rozuměl?“ (Dostupné z <<http://nrzp.cz/upload/DESATERO.doc>>. [cit. 2019-04-10].)

## 7.6 Tlumočení

Tlumočení je jednou z cest, jak propojit světy slyšících a neslyšících, je definováno jako „převod sdělení z jednoho jazykového kódu do druhého při projevu nebo rozhovoru.“ (Kroupová a kol., 2016, s. 145) V ČR existuje tlumočení do českého znakového jazyka, znakované češtiny a vizualizace mluvené češtiny. Při tlumočení se tlumočnický musí řídit Etickým kodexem tlumočnicků. Tlumočnický je pasivním účastníkem, tlumočí v 1. osobě, doslovně převádí smysl sdělení, nic neupravuje, nevysvětluje, nemění způsob vyjádření, neradí. Za tlumočení je finančně odměněn, tedy není nijak zavázán, že zakázku přijme. Tlumočnický by měl důkladně zvážit, jestli je schopen tlumočení určitého tématu díky své kvalifikaci a přípravě zvládnout. Pokud je tlumočení nad rámec jeho schopností, měl by tlumočení odmítnout. (Hudáková et al., 2005)

***Když je přítomen tlumočnický českého znakového jazyka, pak platí tato základní pravidla:***

- *Vždy mluvte přímo na neslyšícího. Neobracejte se na tlumočnický a o neslyšícím nemluvte jako o nezúčastněné třetí osobě.*
- *Tlumočnický se při své práci řídí Etickým kodexem tlumočnický, který jim ukládá tlumočit vše, co řeknete, včetně vašich nahlas vyslovených poznámek, např.: „Tohle mu neříkejte.“, „Tohle by nepochopil.“, „Řekněte mu to nějak stručněji.“*

(Dostupné z: <http://www.cktjz.com/co-vas-zajima/znakovy-jazyk-a-komunikace-neslyšících/>)

### LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ NÁROKU NA TLUMOČENÍ

Nárok neslyšících a hluchoslepých osob na tlumočení zdarma vychází ze Zákona č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob (<http://www.klubpratel.wz.cz/pdf/sb138-08.pdf>, strana 6980).

Dle Listiny základních práv a svobod mají neslyšící právo dostávat informace ve svém mateřském jazyce, tedy v českém znakovém jazyce.

**Tlumočení v rámci sociálních služeb** upravuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. §56 ([https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon\\_o\\_socialnich\\_sluzbach-stav\\_k\\_1.\\_10.\\_2017.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf)).

**Tlumočení ve vzdělávání** upravuje zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školní zákon) a dále jej specifikuje vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Mezi povinnosti vysokých škol vyplývající z vysokoškolského zákona patří zajistit všechna dostupná opatření pro vyrovnávání příležitostí studovat na vysoké škole, mezi ně patří i tlumočení.

**Tlumočení u soudu** upravuje zákon č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících. Vyhledat soudního tlumočnicka lze v Evidenci znalců a tlumočníků Ministerstva spravedlnosti ČR.

## 7.7 Péče o jedince se sluchovým postižením

Pulda (2002) uvádí, že pouze u 30 % sluchově postižených dětí je vada diagnostikována do konce druhého roku života, do konce čtvrtého roku života méně než polovina sluchově postižených dětí.

### ZDRAVOTNICKÁ PÉČE

Důležitá je depistáž dětí s poškozením sluchu. Od roku 2012 je doporučeno v České republice vyšetřování sluchu u všech novorozenců (hradí VZP), dále jsou děti vyšetřovány ve věku 7–9 měsíců, 3. a 5. roce, ve školním věku při preventivních prohlídkách. Sluchové zkoušky po proděláním nemocí, které mohou způsobit sluchovou vadu (zánět středouší, meningitida, infekční onemocnění, po požívání léků s ototoxickými účinky). Důležité je vyšetření sluchu u dětí, v jejichž anamnéze se vyskytuje sluchová vada, je nutná spolupráce s ORL pracovištěm.

### SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ PÉČE

Speciálně pedagogická centra (dále jen SPC) se snaží zajistit ranou péči o děti se sluchovým postižením včasnou surdopedickou a logopedickou intervencí. Součástí práce není pouze depistáž, speciálně pedagogická práce, psychologické poradenství rodinám nebo technické poradenství týkající se základního servisu a prodeje kompenzačních pomůcek pro jedince se sluchovým postižením, ale hlavně nabídka komunikační strategie v rodině s postiženým dítětem. Nutné je zdůraznění potřeby neprodleně oboustranně srozumitelné komunikace. Během diagnostické rehabilitace pracovníci SPC sledují a podporují iniciativy dítěte a po dohodě s rodiči s ohledem na širší souvislosti poté volí a doporučují vedení dítěte převážně totální komunikací, orálně auditivní metodu (event. s kochleárním implantátem), znakovou češtinu, bilingvální výchovu. Současně rodiče mohou docházet na výuku znakového jazyka.

Příklady českých zařízení pro vzdělávání dětí a mládeže se sluchovým postižením:

<http://www.sluchpost-plzen.cz/> MŠ a ZŠ pro SP v Plzni,

<http://www.sssbrno.cz/zsdeafbrno/> MŠ a ZŠ pro SP v Brně

<http://www.val-mez.cz/> MŠ, ZŠ a SŠ ve Valašském Meziříčí

### SPECIÁLNÍ MATEŘSKÉ ŠKOLY

Mají dvě oddělení: surdopedické a logopedické. V MŠ plní výchovně vzdělávací program s rozšířením o specifické výchovy zaměřené na kompenzaci a reedukaci sluchového postižení, k nimž patří odezírání, reedukace sluchu, nácvik daktylní řeči a počátečního čtení, rozvoj orálních a manuálních komunikačních systémů. Zvláště u dětí předškolního věku, u

kterých se řeč teprve vytváří a není jasné, do jaké míry ji bude dítě schopno používat, se využívá znakový jazyk k budování pojmové slovní zásoby a zároveň se buduje orální řeč.

### SPECIÁLNÍ ZÁKLADNÍ ŠKOLY

Povinná školní docházka je devítiletá, s rozšířením docházky o jeden školní rok (od první do desáté třídy). Do první třídy jsou děti přijímány v šesti letech. Mají omezený počet žáků ve třídě. Od r. 1999 byl zařazen do rozvrhu hodin anglický jazyk jako volitelný předmět. Od roku 2005 se vyučují jako nepovinné předměty znakový jazyk a informatika.

Cílem je vytvořit pro děti se sluchovým postižením takové výchovně vzdělávací prostředí, aby po absolvování školy obstály v běžné komunikaci ve slyšící společnosti a byly připraveny na život systematickým pěstováním praktických dovedností. Důraz je kladen na rozvoj čtení s porozuměním a zvládnutí písemné komunikace využitelné při psaní SMS zpráv a práci s počítačem.

Školy pro sluchově postižené: Praha, Brno, Plzeň, Hradec Králové, České Budějovice, Olomouc, Ostrava, Valašské Meziříčí, Liberec, Kyjov, Ivančice.

### STŘEDNÍ ODBORNÉ UČILIŠTĚ, ODBORNÁ UČILIŠTĚ A PRAKTICKÉ ŠKOLY

Připravují jedince se sluchovým postižením v oborech strojní mechanik, malíř-lakýrník, krejčí, dámská krejčová, truhlář, kuchař, cukrář, elektrikář, zahradník, zámečnick, klempíř, čalouník

### STŘEDNÍ ŠKOLY

střední zdravotnická škola, střední průmyslová škola oděvní, střední pedagogická škola, střední průmyslová elektrotechnická škola, gymnázium, maturitní obor – elektronické počítačové systémy

### VYSOKÉ ŠKOLY

mohou se začlenit do integrované formy studia s individuálním studijním plánem

### ORGANIZACE A INSTITUCE PODPORUJÍCÍ SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ

- Česká unie neslyšících, [www.cun.cz](http://www.cun.cz), Havlíčkova 4, 111 00 Praha 1
- Českomoravská jednota neslyšících, Božetěchova 1, 612 00 Brno
- Český klub nedoslýchavých Help, Tomanova 3/5, 301 00 Plzeň – Bory
- Český klub ohluchlých, [www.sweb.cz/ohluchli](http://www.sweb.cz/ohluchli), Radlická 56, 150 00 Praha 5
- Federace rodičů a přátel sluchově postižených, Hábova 1571, 155 00 Praha 5
- Pevnost – České centrum znakového jazyka, Sokolovská 304, 190 61 Praha 9
- Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, Karlínské nám. 12, 186 03 Praha 8
- Dále vám doporučuji k nahlédnutí [www.neslysici.cz](http://www.neslysici.cz) a [www.ticho.cz](http://www.ticho.cz) .



## SHRNUTÍ KAPITOLY



Jedinci se sluchovým postižením se zabývá surdopedie. Důležitá je včasná depistáž a v případě zbytků sluchu včasná kompenzace, aby byly vytvořeny co nejlepší podmínky pro rozvoj řeči. Těžké sluchové postižení ovlivňuje celou osobnost, nejvíce však kognitivní procesy (zvláště abstraktní a logicko-deduktivní myšlení), orientaci v prostoru a sociální vztahy. Neslyšící mohou komunikovat verbálně (orální řeč, odezírání, písemný projev) nebo neverbálně (znakový jazyk, znakovaná čeština, daktylotika apod.). Pro zapojení do většinové společnosti je dobré rozvíjet totální komunikaci a bilingvální výchovu v rodině co nejdříve, aby byly nastaveny správné komunikační kanály od počátku a nedošlo k sekundárnímu narušení vztahů v rodině. Sluchové postižení a ztráta sluchu má vážné dopady na psychiku člověka. Prelingválně neslyšící jsou ohroženi sensorickou deprivací, mají potíže s komunikací a rozvojem kognitivních procesů. Postlingválně neslyšící v produktivním a postproduktivním věku mají velké psychické potíže, cítí se nereálně v nereálném světě, často se uzavírají před okolím.

## KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Jaké jsou důsledky ztráty sluchu pro dospělého člověka?
2. Jakému typu sluchové poruchy mohou pomoci sluchadla?
3. Jaký je rozdíl mezi českým znakovým jazykem a znakovanou češtinou?
4. Jaké dopady na psychiku může mít prelingválně vzniklé sluchové postižení?
5. Jaké dopady na psychiku může mít postlingválně vzniklé sluchové postižení u seniora?
6. Vysvětlete, jak je legislativně ukotven a praktikován systém tlumočení.
7. Patří odezírání mezi běžné dovednosti neslyšícího? Jaká jsou úskalí odezírání?
8. Vysvětlete princip fungování kochleárního implantátu.

## KORESPONDENČNÍ ÚKOL



- Vyhledejte, jak se vyvíjela legislativa v České republice ve vztahu k českému znakovému jazyku (dříve užívanému termínu znakové řeči). Rozsah: 3 NS.
- Dohleďte podrobnější informace vysvětlující rozdíl mezi digitálními a analogovými sluchadly, popište podrobně další kompenzační pomůcky pro jedince se sluchovým postižením. Rozsah: 4 NS.
- Najděte Etický kodex tlumočnicků, rozeberte existující zásady a napište esej na téma možného porušování etického kodexu. Rozsah: 5 NS.
- Zpracujte přehled všech existujících organizací pro neslyšící v ČR včetně nabízených služeb. Rozsah: 5 NS.



## PRO ZÁJEMCE

- Někteří lidé nemají pouze sluchové, ale mají i zrakové postižení, jsou tzv. slepohlouší. Vyhledejte v odborné literatuře nebo webových stránkách organizací informace o komunikačních systémech těchto jedinců a popište je v rozsahu min. 3 NS.
- V případě zvládnání ruského jazyka vyhledejte informace o systému péče o neslyšící v Rusku. Zpracujte v rozsahu min. 3 NS.



## DALŠÍ ZDROJE

ANTONOVA, Marika. *Rytmus jako prostředek jevištního projevu neslyšícího herce*. 1. vyd. Brno: Janáčková akademie múzických umění v Brně, 2011. ISBN 978-80-7460-008-1.

BARVÍKOVÁ, Jana a kol. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání: dílčí část*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4616-5.

FISCHER, Slavomil et al. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. ISBN 978-80-7290-619-2.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí: komplexní péče*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-623-6.

HRUBÝ, Jaroslav. *Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Tiché učení, 2010. ISBN 978-80-904786-1-9.

HUDÁKOVÁ, Andrea. *Ve světě sluchového postižení: informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Praha: Středisko rané péče Tamtam, 2005. ISBN 80-86792-27-7.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-2460-329-2.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra, 2014. ISBN 978-80-903863-2-7.

KROUPOVÁ, Kateřina a kol. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5264-8.

LANGER, Jiří. *Komunikace osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3674-6.

- LANGER, Jiří. *Student se sluchovým postižením na vysoké škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4214-3.
- LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
- LEONHARDT, Annette a VOGEL, Arno. *KI pro děti: [informace o kochleárních implantátech pro neslyšící a nedoslýchavé rodiče]*. Praha: Centrum kochleárních implantací u dětí ORL kliniky 2. LF UK, 2014. ISBN 978-80-260-5874-8.
- MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- NOVÁK, Alexej. *Foniatrie a pedaudiologie III.: základy fyziologie a patofyziologie řeči, diagnostika a léčba poruch řeči*. Praha: vlastní náklad, 1997. ISBN 80-238-1090-1.
- PANSKÁ, Svatava. *Aplikované pohybové aktivity osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3655-5.
- PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- POTMĚŠIL, Miloň a kol. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5184-3.
- RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše, a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- SEDLÁČKOVÁ, Kamila. *Specifika komunikace dospělých osob po kochleární implantaci*. Olomouc, 2017. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta.
- SKÁKALOVÁ, Tereza. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. ISBN 978-80-7435-628-5.
- VALENTA, Milan et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

## 8 SENIOŘI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM (problematika psychopedická)



### RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V této kapitole se seznámíte s terminologií, klasifikací a etiologií mentálního postižení. Pozornost bude věnována psychologickým a vývojovým zvláštěnostem osob s mentálním postižením, uvedeme si vzdělávací a poradenské instituce.



### CÍLE KAPITOLY

Student se bude po prostudování tohoto tématu orientovat v zásadách práce s jedinci s mentálním postižením. Bude umět odlišit mentální retardaci a demenci, orientovat se v příčinách vzniku mentálního postižení, bude umět charakterizovat jednotlivé stupně mentálního postižení v souladu s MKN-10 a znát možnosti jejich výchovy, vzdělávání a socializace.



### KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Psychopedie, mentální retardace a demence, příčiny mentálního postižení, stupně mentálního postižení (lehký, střední, středně těžký, hluboký), charakteristiky jednotlivých stupňů v různých oblastech (neuropsychický vývoj, přidružená somatická postižení, poruchy motoriky, poruchy psychiky, komunikace a řeč, poruchy citů a vůle, sociální dovednosti).



### ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

1. Ke studiu kapitoly bude potřeba odhadem asi 1 hodina.
2. Odpovědi na otázky: 20 minut.
3. Vypracování korespondenčního úkolu: 2 hodiny.
4. Vypracování úkolu pro zájemce: 4 hodiny.
5. Autoevaluační test: 5 minut.

## STUDIJNÍ TEXT

**Psychopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním, osobnostním rozvojem a socializací jedinců s mentálním postižením.**

Název psychopedie vznikl složeninou z řeckých slov psýché (duše), paidea (výchova). Jedinci s mentálním postižením jsou asi nepočtenější cílovou skupinou speciálních pedagogů. V populaci se udává 2–5 % výskyt osob s mentální retardací. (Renotiérová, Ludíková, 2006)

Podle posledního Výběrového šetření osob se zdravotním postižením žije v České republice 104 574 jedinců s mentálním postižením, z toho je 13.919 ve věkové kategorii 60–74 let a 17.703 ve věkové kategorii 75+. (<https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwvwsb>).

## 8.1 Vymezení pojmu mentální retardace a demence

### MENTÁLNÍ RETARDACE

#### DEFINICE



Americká asociace pro mentálně retardované (AAMR) definuje mentální postižení jako „podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností a současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, seburčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce“ (Hrušková, Matoušek, Landischová, 2005, s. 111)

Podle Švarcové (2011) je mentální postižení popisováno jako trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku nebo nedostatečné funkce centrální nervové soustavy.

Valenta a kol. (2014, s. 24) hovoří v případě mentální retardace o primárním mentálním postižení, které definuje jako „vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností.“

Mentální retardace je vývojová porucha integrace různých psychických funkcí s celkovou nižší inteligencí. Je provázena poruchami adaptace, tj. nižší schopností orientovat se v životním prostředí. To souvisí se zpomaleným, zaostávajícím vývojem s omezenými možnostmi vzdělání a nedostatečnou sociální přizpůsobivostí. (Renotiérová, Ludíková, 2006)

### DEMENCE

Demence je definována jako snížení intelektu a úbytek rozvinutých kognitivních schopností, většinou doprovázený poruchami paměti, úsudku, schopnosti učení, počítání, řeči, orientace a myšlení. Bývá provázeno nebo i předcházeno zhoršením sebekontroly, emoční labilitou, poruchami sociálního myšlení.



## DEFINICE

Podle Valenty a kol. (2014, s. 25) je demence sekundárně vzniklé postižení po 2. roce věku, pro které je charakteristické „závažné snížení inteligence vzhledem k předchozí kapacitě klienta, porucha paměti, orientace, úsudku a schopnosti abstraktního myšlení, porucha pozornosti a motivace.“

**Nejčastější příčinou demence** je Alzheimerova choroba, ostatní příčiny jsou např. multiinfarktová demence (způsobena většími nebo častějšími infarkty v mozku), Parkinsonova nemoc, Creutzfeld - Jacobova nemoc (způsobena infekcí), Pickova choroba, Korsakovova demence (alkoholici), Huntingtonova nemoc (dědičná porucha).

## 8.2 Klasifikace mentální retardace

V České republice platí od roku 1993 desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10). Stupeň mentální retardace je stanoven na základě posudku struktury inteligence, posouzení schopnosti adaptability, inteligence a míry zvládnutí sociálně-kulturních nároků.

Rozlišují se čtyři základní stupně:

- F70. Lehká mentální retardace, IQ mezi 50–69
- F71. Středně těžká mentální retardace, IQ mezi 35–49
- F72. Těžká mentální retardace, IQ mezi 20–34
- F73. Hluboká mentální retardace, IQ do 19 ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz))

Podle Vágnerové (2014) je rozložení mezi jednotlivé stupně mentální retardace zhruba takové, že 70–75 % tvoří lidé s lehkou mentální retardací, 20 % se středně těžkou mentální retardací a 5–10 % tvoří skupina jedinců s těžkou až hlubokou mentální retardací.

IQ	Stupeň inteligence	mentální věk	% lidí
0 – 20	hluboká mentální retardace	mentální věk pod 3 roky	0,1
20 - 34	těžká mentální retardace	v dospělém věku rozumové úrovni 3- 6 roků	0,5
35 - 49	střední mentální retardace	v dospělém věku rozumové úrovni 6 – 9 let	1,9
50 - 69	lehká mentální retardace	v dospělém věku rozumové úrovni 9 - 12 let	5
70 – 90	podprůměrná inteligence	slaboduchost	25
91 – 110	<b>průměrná inteligence</b>	<b>vyšší/nížší průměr</b>	50
111 – 120	lehce nadprůměrná		18
121 – 130	značně nadprůměrná		18
131 – 140	vysoká		11
140 a výše	„genialita“		1,5

V souvislosti s těžkou mentální retardací se používá dělení podle druhu chování na

- typ eretický (neklidný)
- typ torpidní (netečný).

### 1.1.1 PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE

Vznik mentálního postižení může mít mnoho různých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají nebo spolupůsobí. Podle Valenty a kol. (2014) ještě stále není věda schopna určit příčinu mentálního postižení u třetiny jedinců.

#### PRENATÁLNÍ PŘÍČINY (asi 80 %)

- dědičnost (nejen dědičnost nedostatku vloh a intelektových předpokladů, ale i dědičnost např. metabolických poruch (př. fenylketonurie), které postupně vedou k mentální retardaci)
- chromozomální mutace a aberace (např. Downův syndrom)
- genetické příčiny podmíněné poruchou pohlavních hormonů (Klinefelterův syndrom (XXY), Turnerův syndrom (XO))
- genetická odlišnost struktury autozomů (syndrom kočičího křiku způsobený ztrátou jedné části 5. chromozomu)
- působení škodlivých faktorů v prenatálním období (dlouhodobé hladovění, chemické vlivy)
- endokrinní poruchy matky (např. poruchy štítné žlázy, diabetes mellitus)
- intoxikace matky (kokainový syndrom, fetální alkoholový syndrom, intoxikace olovem, následky fyzikálního ozáření, benzodiazepiny)
- získaný defekt imunity (AIDS)
- onemocnění matky v těhotenství (zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplazmóza, otravy, zneužívání návykových látek (FAS))
- nedostatek plodové vody (oligohydromnion)

#### PERINATÁLNÍ PŘÍČINY (5 %)

- perinatální encefalopatie (organické poškození mozku; může dvacetinou či desetinou způsobit mentální retardaci)
- mechanické poškození mozku při porodu
- hypoxie či asfyxie
- předčasný porod a malá porodní váha
- nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka (bilirubin neodchází z těla a působí toxicky na nervovou soustavu při nesouladu Rh faktorů)

### POSTNATÁLNÍ PŘÍČINY (15 %)

Podle MKN bylo dohodou stanoveno, že do mentální retardace (vrozeného postižení) se budou řadit jen jedinci, u nichž vznikla a rozvinula se porucha do 18. měsíce věku.

- zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida)
- mechanické vlivy jako traumata
- mozkové léze při nádorovém onemocnění
- krvácení do mozku
- degenerativní onemocnění mozku (Alzheimerova choroba: asi 2/3 všech demencí, Parkinsonova choroba)
- alkoholové demence
- schizofrenie, epileptické demence.

(Valenta a kol., 2014; Fischer a kol., 2014; Michalík a kol., 2011; Vágnerová, 2008)

### 8.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení

Zvláštnosti psychických procesů jsou pro jedince s mentálním postižením specifické, modifikované vzhledem k charakteru, hloubce a nerovnoměrnosti postižení. Uvedené příznaky tvoří celistvý syndrom, který musí být vždy přítomen u každého mentálně retardovaného.

Níže jsou sesumírovány základní charakteristiky jednotlivých stupňů mentální retardace, primárně zpracované ze Švarcové, 2011, Lečbycha, 2008.

#### LEHKÁ mentální retardace 80 %

Neuropsychický vývoj	omezený, opožděný,
Somatická postižení	ojedinělá
Motorika	<ul style="list-style-type: none"><li>• poruchy motoriky jsou jen ojedinělé,</li><li>• motorický vývoj je opožděný,</li><li>• nedostatky jsou v jemné motorice,</li><li>• mohou se objevit i nedostatky v pohybové koordinaci</li></ul>
kognitivní schopnosti	<ul style="list-style-type: none"><li>• paměť mechanická, logická s chybami,</li><li>• myšlení konkrétní (dle Piagetovy klasifikace), potíže s abstrakcí,</li><li>• oslabena je schopnost usuzování (mají problémy v nečekaných situacích, neumějí rychle najít adekvátní řešení),</li><li>• specifické problémy se čtením a psaním, zvláště proto, že vážně analýza a syntéza,</li><li>• nerovnoměrný vývoj</li></ul>
Komunikace a řeč	<ul style="list-style-type: none"><li>• opožděný vývoj řeči,</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• malá slovní zásoba v porovnání s normou,</li> <li>• poruchy formální stránky řeči, výskyt minimálně dyslálie,</li> <li>• řeč je srozumitelná, vyjadřují se v jednoduchých souvětích, někdy agramatická stavba vět,</li> <li>• řeč používá ke komunikaci, dorozumí se, vyjádří své potřeby</li> </ul>
Poruchy citů a vůle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• afektivní labilita, impulsivnost,</li> <li>• citová nezralost,</li> <li>• úzkostnost,</li> <li>• neadekvátnost citů vzhledem k podnětům,</li> <li>• nízká sebekontrola,</li> <li>• zvýšená sugestibilita,</li> <li>• popudlivost</li> </ul>
Sociální dovednosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zpomalený rozvoj sociálních dovedností,</li> <li>• v nenáročném prostředí mohou být bez problémů,</li> <li>• snížená schopnost vyrovnat se s požadavky partnerství, manželství, výchovy dětí, obtíže řešit problémy, jež vyplývají z nezávislého života dospělého člověka</li> </ul>
Možnosti vzdělávání a rozvoje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vzdělávání na základě speciálního vzdělávacího programu Základní škola praktická, po úspěšném absolvování získá základní vzdělání,</li> <li>• možno v běžném vzdělávacím proudu,</li> <li>• absolvování další vzdělávání cesty,</li> <li>• život v rámci nukleární rodiny, i když partnerská a rodičovská role může být velmi komplikovaná,</li> <li>• zcela samostatné bydlení,</li> <li>• život v rámci rodiny a možnost využívání některé ze sociálních služeb (denní stacionáře, centra denních služeb, podporované bydlení, domovy pro osoby),</li> </ul>

#### **Středně těžká mentální retardace 12 %**

neuropsychický vývoj	<ul style="list-style-type: none"> <li>• omezený, výrazně opožděný,</li> </ul>
Somatická postižení	<ul style="list-style-type: none"> <li>• častý výskyt epilepsie,</li> <li>• u značné části osob je přítomen dětský autismus nebo jiné vývojové poruchy</li> </ul>
Motorika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• výrazné opoždění, ale ještě mobilní,</li> <li>• motorický vývoj omezený,</li> <li>• nápadná je nekoordinovanost pohybů,</li> <li>• neschopnost jemných úkonů,</li> <li>• opoždění týkající se sebeobsluhy, soběstačnosti, ale lze intenzivní pedagogickou prací dosáhnout částečné samostatnosti</li> </ul>

Kognitivní oblast	<ul style="list-style-type: none"> <li>• výrazně opožděný kognitivní vývoj,</li> <li>• mechanická paměť, ale malá kapacita, pružnost...</li> <li>• nízká koncentrace pozornosti, nezáměrná pozornost,</li> <li>• zhoršená schopnost kombinace a usuzování,</li> <li>• rozvoj názorného myšlení, je schopen myšlenkově operovat s názorem</li> </ul>
Komunikace a řeč	<ul style="list-style-type: none"> <li>• narušení komunikační schopnosti (exprese i percepce),</li> <li>• úroveň rozvoje řeči je variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce i komunikace,</li> <li>• verbální projev často bývá chudý,</li> <li>• ve slovním projevu jsou jednoduchá slovní spojení nebo jednoduché věty,</li> <li>• agramatismy a špatná artikulace</li> </ul>
Emoce a vůle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nestálost nálady,</li> <li>• značná labilita,</li> <li>• impulsivita,</li> <li>• zkratkovitě jednání</li> </ul>
Sociální dovednosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dominantní úlohu při volbě dalšího života v dospělosti zde sehraávají zákonní zástupci,</li> <li>• pracovní uplatnění spíše směrem k chráněnému pracovnímu trhu,</li> <li>• schopny vykonávat jednoduchou samostatnou práci,</li> <li>• potřeba partnerského vztahu se nevytváří, partnerská role je zastoupena spíše potřebou fyzické blízkosti člověka</li> </ul>
Možnosti vzdělávání a rozvoje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• na základě vzdělávacího programu Základní škola speciální,</li> <li>• při kvalitním pedagogickém vedení osvojí základy trivie,</li> <li>• po 10 letech docházce získá tzv. ZÁKLADY VZDĚLÁNÍ,</li> <li>• život v rámci nukleární rodiny,</li> <li>• služba podporované bydlení,</li> <li>• život v rámci rodiny a možnost využívání některé ze sociálních služeb (denní stacionáře, centra denních služeb, podporované bydlení, domovy pro osoby se ZP)</li> </ul>

#### **Těžká mentální retardace 7%**

neuropsychický vývoj	Celkově omezený
Somatická postižení	Častá, neurologické příznaky, epilepsie
Motorika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• časté stereotypní automatické pohyby,</li> <li>• výrazné potíže v hrubé motorice,</li> <li>• špatná koordinace pohybů, značná pohybová neobratnost,</li> <li>• narušen vývoj jemné motoriky, sebeobsluha velmi omezená</li> </ul>

Kognitivní schopnosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• výrazně omezená úroveň všech schopností,</li> <li>• nedostatečná koncentrace pozornosti,</li> <li>• malá kapacita paměti,</li> <li>• senzomotorické myšlení</li> </ul>
Komunikace a řeč	<ul style="list-style-type: none"> <li>• komunikace převážně nonverbální,</li> <li>• rozvoj komunikativních dovedností a řeči minimální,</li> <li>• řeč je primitivní nebo není vytvořena,</li> <li>• projev tvoří je neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova</li> </ul>
Sociální dovednosti	částečná socializace, poznává blízké osoby
Poruchy citů a vůle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• celkové poškození afektivní sféry,</li> <li>• časté sebepoškozování</li> </ul>
Možnosti vzdělávání a rozvoje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vytváření dovedností a návyků,</li> <li>• rehabilitační třídy</li> <li>• při dlouhodobém tréninku je někdy možné vytvořit základní návyky sebeobsluhy</li> </ul>

#### Hluboká mentální retardace 1 %

Neuropsychický vývoj	Výrazně omezený
Somatická postižení	<ul style="list-style-type: none"> <li>• velmi časté,</li> <li>• neurologické příznaky,</li> <li>• vyskytují se kombinované vady tělesné i smyslové,</li> <li>• jsou často inkontinentní,</li> <li>• zcela nebo částečně imobilní</li> </ul>
Motorika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu,</li> <li>• nápadné stereotypní automatické pohyby,</li> <li>• sebepoškozování</li> </ul>
Poruchy psychiky	<ul style="list-style-type: none"> <li>• těžké poruchy všech funkcí,</li> <li>• minimální kapacita v oblasti senzomotorické</li> </ul>
Komunikace a řeč	<ul style="list-style-type: none"> <li>• těžko rozumí řečovému projevu, požadavkům, instrukcím,</li> <li>• komunikace nonverbální často beze smyslu,</li> <li>• neartikulované výkřiky, příp. echolálicky opakovaná jednotlivá slova,</li> <li>• někdy lze dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům</li> </ul>
Poruchy citů a vůle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• těžké poškození afektivní sféry,</li> <li>• potřebují stálý dohled,</li> <li>• nepoznává okolí</li> </ul>
Sociální vztahy	• je omezena svéprávnost
Možnosti vzdělávání a rozvoje	• velmi omezené, potřebují stálý dohled,

	<ul style="list-style-type: none"><li>• možnost využívat nabídky zařízení, ve kterém se většinou nachází (bazální stimulace, snoezelen, logopedická terapie, senzomotorická terapie apod.)</li></ul>
--	--

## 8.4 Specifika osobnostního vývoje

Osobnost jedince s mentálním postižením je pochopitelně závislá na typu a stupni postižení, přidružených problémech, dosavadního osobnostního vývoje a podpory okolí.

V každém případě je důležité při práci s nimi uvědomit několik významných skutečností:

- infantilita, dětinskost  
*Dospělý člověk či senior může u svého okolí vyvolat rozpaky nad poněkud zvláštním chováním. Mnoho lidí je považuje za „přerostlé děti“, ale to není správně, jsou to dospělí a seniori se specifickými projevy, ale adekvátně dlouhou životní historií.*
- fixace na známé prostředí
- zhoršená adaptace
- rigidita chování
- pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- narušená komunikační schopnost
- poruchy pozornosti, záměrná pozornost je velmi nestálá, snadno unavitelná, neumějí ji rozdělit mezi více činností
- paměť spíše mechanická, osvojují si pomalu, potřebují mnohokrát opakovat, pak si stejně vybavují nepřesně nebo zapomínají, vědomosti neumějí uplatnit v praxi
- nedokonalé vnímání času a prostoru, horší orientace v prostoru
- ulpívání na detailech, potíže s usuzováním, analýzou, syntézou
- nerovnováha mezi úrovní aspirace a výkonu, potřeba velké motivace
- zhoršení pohybové koordinace, vizuomotoriky, potíže se sebeobslouhou
- většinou jsou odkázáni na pomoc, podporu, péči, nezvládají řešit běžné starosti
- jsou zvýšeně sugestibilní, nedokážou domýšlet důsledky svých činů, proto se dají snadno zneužít
- typická spontánnost a otevřenost, větší emocionální reaktivita jakoby kompenzovala sníženou racionalitu, což neznalé okolí může zaskočit
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí
- zpomalení psychosexuálního vývoje
- specifickým problémem je dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle, neschopnost zahájit činnost)
- specifická aspirace (vždy se přiklání k jednomu z extrémů, tedy buď k podhodnocování se, nebo nadhodnocování se)

- city jsou neadekvátní svojí dynamikou a intenzitou k podnětům, někdy je reakce nevýrazná, přičemž se jedná o důležitý podnět a někdy naopak se dostaví velmi silná reakce na bezvýznamný podnět, narážku (Lechta a kol., 2016, Valenta a kol., 2014)

## 8.5 Zásady při práci s jedincem s mentálním postižením

- respektovat individuální tempo
- používat konkrétnost při práci
- využívat názornost
- jasně strukturovat učení i komunikaci
- používat metou malých kroků
- používat přiměřené množství podnětů
- zapojovat všechny smysly, prožívání
- hodně využívat pracovní činnost, rozvíjet hrubou a jemnou motoriku
- respektovat komunikační úroveň, echolálie, dysgramatismus
- rozvíjet jejich talent či vlohy, protože mentální postižení není kontraindikací pro kreativitu, tedy hraní divadla, výtvarná produkce, hudební činnosti (Lechta a kol., 2016; Valenta a kol., 2014)

Theunissen (in Procházková a kol., 204, s. 95) shrnul devět základních principů, jak přistupovat k dospělým a seniorům s mentálním postižením. Patří mezi ně vhodné oslovování, partnerský způsob jednání, dobrovolnost, možnost volby, sebeurčení; zaměření na subjekt a individualizace; celostní a integrativní princip; učení blízke životu; časová kontinuita a pravidelnost; princip vývojovosti; neuropsychologický princip učení.

### VHODNÉ OSLOVOVÁNÍ

Je důležité se k dospělým a seniorům s mentálním postižením nechovat jako k dětem, neznámí lidé jim běžně tykají, což není důstojné.

### PARTNERSKÝ ZPŮSOB JEDNÁNÍ

Důležité je respektovat jedince, akceptovat jej takového, jaký je, uznávat jeho osobnost. Neznamená to, že by mělo dojít ke zrušení sociálních rolí (pracovník-klient), je možno být partnerem i autoritou.

### MOŽNOST VOLBY a SEBEURČENÍ

Důležité je s jedincem jednat tak, aby měl možnost volby, aby se rozhodl dobrovolně, podle svých osobních důvodů. Existuje mnoho povinností, ale musí se najít cesta, aby tuto povinnost dospělý přijal sám, považoval ji za smysluplnou a potřebnou. „Každá, i když dobře míněná povinnost odporuje statusu dospělého.“ (Theunissen in Procházková a kol., 2014, s. 96)

### VYJÁDŘENÍ POTŘEB A PŘÁNÍ

Je důležité zjišťovat a ověřovat, co si lidé opravdu přejí, jestli vybraná nabídka odpovídá jejich zájmu. Lidé s mentálním postižením mívají potíže vyjádřit své přání a potřeby, ale musí se najít cesta, nelze rozhodovat za ně.

### ROZHODOVÁNÍ

Lidé s mentálním postižením se neumí rozhodovat. Bojí se, že se rozhodnou špatně, nemají rádi nejistotu. Je třeba je to učit, postupně, po malých krocích. Měli by mít zpočátku na výběr ze dvou různých aktivit, např. na oběd bude dezert a dotyčný si má vybrat jeden ze dvou koláčů. V každém případě by měli být vybízeni k rozhodování v situacích, které zvládnou, neměli by se vybízet v pro ně nepřehledných a složitých situacích nebo situacích, kterým neporozuměli.

### INDIVIDUALIZACE

Člověk s postižením by měl vždy být vnímán jako subjekt, proto nabídka vzdělávání, volnočasových aktivit, pracovních činností má být upravena dle potřeb, zájmů, možností a aktuální životní situace klienta.

### CELOSTNÍ A INTEGRATIVNÍ PRINCIP

Do plánování práce s člověkem musí být zahrnuta jeho předchozí životní zkušenost (z dětství, rodiny, školy, zařízení) a konkrétní životní situace člověka, osoby z jeho okolí, prostředí, kde žije. Podstatné není jen to, co je teď a tady, ale i to, co bylo předtím a co život člověka ovlivňuje, i když si to neuvědomuje a není to vidět.

### UČENÍ BLÍZKÉ ŽIVOTU

Obsah učení musí mít vazbu na reálný, skutečný život. Je důležité nacvičovat nové dovednosti ve skutečném prostředí (obchodě, autobusu), protože to, že je to naučíme v učebně, je pro ně problém, protože naučené neumějí v praxi použít. Pokud si to zažijí, lépe si zapamatují.

### ČASOVÁ KONTINUITA A PRAVIDELNOST

Není vhodné pracovat pod tlakem, musí mít prostor pro to, nové informace a dovednosti zažít, vyzkoušet si je, poupravit, hledat jiné řešení, důležité je nic neuspěchat.

### PRINCIP VÝVOJOVOSTI

Učební proces, pomůcky, materiály, didaktické prostředky by měly respektovat vývojovou úroveň člověka. I když se jako „malí“ chovají, není důvod jim dávat hračky pro pochopení něčeho nového. Můžeme se pak setkat tak maximálně se zpupností a nechotou něco dál dělat.

## NEUROPSYCHOLOGICKÝ PRINCIP UČENÍ

Vychází z poznání, že je každý schopen učení a rozvoje. Může docházet ke zpomalení procesu učení, zpomalení přijímání a zpracování nových informací, ale jde to. (Procházková a kol., 2014)

## 8.6 Systém péče o mentálně retardované

### SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM

Stěžejním úkolem SPC je pravidelná a dlouhodobá práce s postiženým dítětem od nejranějšího věku až do ukončení školní docházky a s jeho rodiči, která se provádí buď ambulantně v centru, ve škole nebo v rodině.

### PŘEDŠKOLNÍ VĚK

Děti s lehkou mentální retardací mohou navštěvovat bez potíží běžnou mateřskou školu. U těžšího stupně mentálního postižení rodiče častěji zvažují umístění do speciální mateřské školy. Kromě plnění pedagogických cílů je využíváno pobytu k diagnostice, reedukaci, kompenzaci, rehabilitaci, terapeutickým aktivitám a respitní péči o rodiče. (Valenta a kol., 2014)

### ZÁKLADNÍ ŠKOLSTVÍ

Děti mohou navštěvovat v souladu s aktuální legislativou základní školu v běžném vzdělávacím proudu nebo se rodiče mohou rozhodnout a nechat dítě vzdělávat ve speciálním školství. Zde se rozlišují:

- základní školy praktické (primárně určené dětem s lehkou mentální retardací)
- základní školy speciální (primárně určeno dětem se středně těžkou i těžkou mentální retardací).

#### *ZÁKLADNÍ ŠKOLA PRAKTICKÁ (dříve tzv. zvláštní školy)*

Základní škola praktická je vnitřně členěna do 3 stupňů: nižší stupeň 1.–3. ročník, střední stupeň 4.–6. ročník, vyšší stupeň 6.–9. ročník. Název praktická je odvozen od toho, že součástí vzdělávacího programu je mnoho hodin pracovního vyučování, součástí školy jsou různé dílny, kuchyně, pozemky, zahrada, skleníky. Struktura učebního plánu se příliš neliší od „běžné“ základní školy, liší se však kvantitativně (mají i předměty jako chemie, fyzika, cizí jazyk, ale neučí se v takovém rozsahu, jako se učí vrstevníci bez postižení. (Valenta a kol., 2014).

#### *ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ (DŘÍVE TZV. POMOCNÉ ŠKOLY)*

Základní škola speciální je desetiletá, strukturálně rozdělena na stupně nižší (3 roky), střední (3 roky), vyšší (2 roky) a pracovní (2 roky).

Základní škola speciální se již od běžné školy odlišuje obsahem i strukturou. Je nutný zcela individuální přístup, vyučovací hodina je rozdělena do více jednotek, struktura učebního

plánu respektuje hlavně rozvoj kompetencí komunikačních, sociálně-personálních, pracovních. Absolvent této školy **nezíská základní vzdělání, ALE základy vzdělání.** (Valenta a kol., 2014)

#### PROFESNÍ PŘÍPRAVA

Po ukončení povinné školní docházky v základní škole praktické nebo žáků začleněných na běžných základních školách mají možnost pokračovat v odborných učilištích a praktických školách s 1, 2, nebo 3 letou přípravou.

Do roku 2000 se mohli dostat na běžnou SŠ za předpokladu složení rozdílových zkoušek mezi ZŠ a zvláštní školou, v současné době se mohou dostat na jakoukoli SŠ, pokud složí přijímací zkoušky.

**DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM** (dříve tzv. ústavy sociální péče), které poskytují bydlení, zaopatření, zdravotní péči, rehabilitaci, kulturní a rekreační péči, přiměřené pracovní uplatnění, výchovu a vzdělávání.

Jsou s denním, týdenním nebo celoročním provozem.

#### NESTÁTNÍ NEZISKOVÉ ORGANIZACE

NNO se zaměřují primárně na

- pracovní seberealizaci (hledání práce, podporované zaměstnávání, chráněná pracovní místa)
- samostatnost (chráněné bydlení, institucionalizace a podpora samostatného bydlení)
- sociálně terapeutické dílny
- volnočasové aktivity (sportovní, divadelní, hudební)
- pro rodiče nabízejí možnost tzv. respitní péče.

Zajímavé jsou aktivity Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice



#### SHRNUTÍ KAPITOLY

Psychopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním, sociálním a pracovním začleněním jedinců s mentálním postižením. Mentální postižení lze podle MKN-10. revize rozčlenit do čtyř stupňů: lehká, středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace. Každý stupeň má svá specifika v oblasti neuromotorického vývoje, komunikace, samostatnosti, kognitivních schopností a emočního prožívání. Jedinci s mentálním postižením mohou být vzděláváni inkluzivně nebo ve speciálních školách (Základní škola praktická, Základní škola speciální). V dospělosti se o kvalitu jejich života a podporuje je v sociálním začleňování mnoho neziskových organizací.



## KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Jaký je rozdíl mezi mentálním postižením a demencí?
2. Popište jednotlivé stupně mentálního postižení z hlediska neuropsychického vývoje, motoriky, kognitivních schopností, komunikace, emočních procesů, sociálních dovedností, vzdělávání a péče.
3. Komu je primárně určena základní škola speciální a komu základní škola praktická?
4. V jaké speciální škole získá absolvent základy vzdělání?
5. Vyjmenujte alespoň 10 znaků osobnosti jedince s mentálním postižením.
6. Jaké jsou zásady pro práci s dospělým a seniorem s mentálním postižením?
7. Jaké možnosti rozvoje se nabízejí v dospělém věku a stáří?

## KORESPONDENČNÍ ÚKOL



- Vyhledejte organizace, které nabízejí sociální služby pro dospělé a seniory s mentálním postižením a zjistěte jejich poslání, dostupnost a cílovou skupinu. Rozsah: 4 NS.
- Zjistěte rozdíl mezi podporovaným zaměstnáváním a chráněným pracovním místem. Popište tyto služby v rozsahu 3 NS.
- Vyhledejte informace o fetálním alkoholovém syndromu a popište v rozsahu 3 NS.
- Zpracujte podrobně alespoň 5 syndromů zahrnujících také mentální postižení v rozsahu 3 NS.

## PRO ZÁJEMCE



- Zpracujte práci o Alzheimerově chorobě, možnostech, současném stavu a doporučeních pro práci. Použijte alespoň jeden zahraniční zdroj. Rozsah: 5 NS.

## DALŠÍ ZDROJE



ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Základy speciální pedagogiky*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2007. ISBN 978-80-7044-855-7.

JEŠINA, Ondřej a kol. *Úvod do didaktiky aplikovaných pohybových aktivit žáků s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3939-6.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, KREJČÍŘOVÁ, Olga a MÜLLER, Oldřich. *Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3716-3.

KREJČÍŘOVÁ, Olga, KOZÁKOVÁ, Zdeňka a MÜLLER, Oldřich. *Teoretická východiska speciální pedagogiky u osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3715-6.

KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Metodická specifika počátečního vzdělání jedinců s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3713-2.

KŘÍŽKOVSKÁ, Petra a kol. *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3375-2.

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.

PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení = From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7581-8.

PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Social inclusion of people with intellectual disabilities*. 1st ed. Brno: Masaryk University, 2015. ISBN 978-80-210-7726-3.

PIVARČ, Jakub. *Poznámky o žákovských prekonceptech mentálního postižení v kontextu proměny paradigmatu současného vzdělávání*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2017. ISBN 978-80-7290-952-0.

RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše, a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

SOLOVSKÁ, Vendula a kol. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta, 2012. ISBN 978-80-7320-176-0.

VALENTA, Milan et al. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

MKN-10, aktualizovaná 2. verze k 1. 1. 2009. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/mkn.pdf>>. [cit. 2017-04-18].

## 9 SENIOŘI S TĚLESNÝM A ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM (problematika somatopedická)

### RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



V této kapitole se seznámíte s disciplínou somatopedie, do níž jsou kromě jedinců s poruchami hybnosti řazeni také lidé dlouhodobě nemocní a zdravotně oslabení. V kapitole jsou probrány základní typy tělesného postižení, přičemž pozornost je věnována dětské mozkové obrně. Ze skupiny dlouhodobých nemocí se zaměříme podrobněji na epilepsii. Pozornost bude také věnována psychologickým zvláštnostem osob s tělesným postižením a komunikaci. Seznámíte se s kompenzačními pomůckami a získáte základní přehled o vzdělávacích a poradenských institucích.

### CÍLE KAPITOLY



Po prostudování kapitoly student:

- dokáže charakterizovat cílovou skupinu somatopedie, tedy jedince pohybově postižené, dlouhodobě nemocné a zdravotně oslabené
- zvládne se orientovat v jednotlivých stupních porušení hybnosti a možných kompenzačních pomůckách
- pochopí vzájemnou souvislost somatopedické a logopedické problematiky
- ujasní si specifika komunikace s touto cílovou skupinou
- bude se orientovat v možnostech poradenství, vzdělávání, pracovního uplatnění a sociálního začlenění této cílové skupiny.

### KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Somatopedie, stupně porušení hybnosti, vrozená tělesná postižení, dětská mozková obrna, infekční obrna, získaná tělesná postižení, roztroušená mozkomíšní skleróza, epilepsie, Parkinsonova choroba, zásady komunikace s tělesně postiženými, kompenzační pomůcky pro tělesně postižené

### ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



1. Ke studiu kapitoly bude potřeba odhadem asi 1,5 hodiny.
2. Odpovědi na otázky: 20 minut.
3. Vypracování korespondenčního úkolu: 3 hodiny.

4. Vypracování úkolu pro zájemce: 4 hodiny.
5. Autoevaluační test: 5 minut.

## STUDIJNÍ TEXT

### 9.1 Zdravotní a tělesné postižení

Vědní obor somatopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním a osobnostním rozvojem jedinců s postižením hybnosti, dlouhodobě nemocných a zdravotně oslabených.

Termín somatopedie vznikl složeninou z lat. slov Soma = tělo, Paidea = výchova. Původní název oboru byl defektologie ortopedická, současný termín je užíván od roku 1956. Podle posledního Výběrového šetření osob se zdravotním postižením žije v České republice 500.167 jedinců s tělesným postižením a 716.993 jedinců s vnitřním postižením. (dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/10180/20543019/k3\\_260006-14\\_1.pdf/4384f318-fcae-4a20-941c-33f10d5a6324?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/10180/20543019/k3_260006-14_1.pdf/4384f318-fcae-4a20-941c-33f10d5a6324?version=1.0), cit. 2017-19-11.)

Somatopedie spolupracuje s celou řadou jiných oborů, zejména z oblasti lékařství (somatologie, neurofyzologie, somatopatologie, pediatrie, dětská ortopedie, dětské chirurgie, neurologie), společenských věd jako psychologie, ostatní disciplíny pedagogiky, sociologie, ale také např. s kineziologií nebo ortopedickou protetikou.

#### 9.1.1 POHYBOVÉ (TĚLESNÉ) POSTIŽENÍ

Fischer a kol. (2014, s. 57) definují tělesné postižení jako „*přetrvávající nebo trvalé nárpadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony.*“ Základními projevy je poškození motoriky anebo omezení hybnosti.



#### DEFINICE

Podle Fischera a kol. (2014) lze rozlišit primární a sekundární poruchy.

Primární poruchy zahrnují poškození nervové soustavy nebo přímo hybného aparátu, sekundární pak vznikají v důsledku jiné nemoci, např. srdce, diabetu, revmatického onemocnění, onkologických chorob, artritid apod.

#### STUPNĚ PORUŠENÍ HYBNOSTI

- lehká porucha hybnosti (mobilní jedinec, je schopen samostatného pohybu)
- střední porucha hybnosti (částečně mobilní jedinec, který je při chůzi odkázán na pomoc další osoby, případně na různé typy ortopedických a technických pomůcek – hole, berle, ležítka, chodítka)

- těžká porucha hybnosti (imobilní jedinec, není schopen pohybu ani s dopomocí. Někteří částečně mobilní a imobilní jsou schopni zvládnout řízení invalidních vozíků různého typu). (Renotiérová, Ludíková, 2006)

Tělesná postižení se dále člení na vrozená, získaná po úraze, získaná po nemoci.

#### **9.1.1.1 VROZENÁ TĚLESNÁ POSTIŽENÍ**

Vrozené tělesné postižení je zapříčiněno faktory, které působí v době prenatalní, perinatální nebo časně postnatální.

- **prenatální** příčiny: infekce a virová onemocnění plodu i matky, např. toxoplazmóza, zarděnky, opar; vliv léků, rentgenového záření, geneticky podmíněné odchylky vývoje,
- **perinatální** příčiny: porodní komplikace, dlouhý porod spojený s nedostatečným zásobením plodu kyslíkem a glukózou, poruchy pupeční šňůry, předčasné odloučení placenty, krvácení do mozku vlivem zranitelnosti mozkových cév hlavně u nedonošenců, abnormalita porodních cest.
- **časně postnatální** příčiny: infekce, zánětlivá onemocnění, úrazy, nádorová onemocnění, jiná poškození spojená především s centrálním nervovým systémem v raných stádiích vývoje dítěte – např. porucha metabolismu, závažné poruchy endokrinního systému (Renotiérová, Ludíková, 2006; Vágnerová, 2008, Fischer, Škoda, 2014).

#### **PŘÍKLADY VROZENÝCH POSTIŽENÍ**

- VROZENÉ VADY LEBKY (předčasný srůst lebečních švů, jejichž důsledkem jsou deformace lebky);
- PORUCHY VELIKOSTI LEBKY (makrocefalus – nadměrná velikost hlavy, mikrocefalus – malá velikost lebky);
- ROZŠTĚPY LEBKY, RTŮ, ČELISTI, PATRA, PÁTEŘE
- VROZENÉ VADY KONČETIN (amélie – vrozené nevyvinutí končetin, dysmélie – vrozená tvarová odchylka končetin)
- CENTRÁLNÍ A PERIFERNÍ OBRNY.

#### **DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA**

Dětská mozková obrna je porucha centrální kontroly hybnosti, která se projevuje v prvních letech života (obvykle do 4 let) a v dalším průběhu se už nezhoršuje. Není dědičná ani nakažlivá (jako např. poliomyelitida). Příznaky jsou velmi individuální, nejčastěji bývá postižen svalový tonus (zvýšený nebo snížený) a svalová koordinace. Pravděpodobnost narození dítěte s DMO se odhaduje asi na 2 promile. (Fischer a kol., 2014)

#### **DEFINICE**



#### SPASTICKÉ FORMY DMO

- diparetická
- hemiparetická
- kvadraparetická

#### NESPASTICKÉ FORMY DMO

- dyskinetická
- hypotonická

(Vítková, 2004, in Fischer a kol., 2014)

#### **SPASTICKÝ TYP DMO (60 %)**

„Vzniká v důsledku poškození centrálních motorických neuronů, které se projevuje poruchou aktivní volní hybnosti, svalovou hypertonií a stereotypními pohyby.“ (Fischer a kol., 2014, s. 66)

Při této formě je svalové napětí zvýšené (hypertonie), je narušena vzájemná souhra svalů mezi napětím a uvolněním. Svalstvo je ztuhlé a existuje zvýšená reflexní pohotovost.

##### • DIPARETICKÝ TYP

Diparetický typ je nejčastější porucha, která vzniká poškozením temenního laloku mozku, nejčastěji při předčasném narození, při krvácení u těžkých porodů, přerušování zásobování mozku kyslíkem. Postižené bývají nejčastěji obě dolní končetiny, nohy jsou slabší v bérkách, nataženy v kolenou a pozice chodidel je do tzv. plantární flexe (špičkami dolů). Ve výjimečných případech bývají postiženy horní končetiny.

Chůze je nemotorná, obtížná, dolní končetiny se kříží, kolena dotýkají, toto je popisováno jako tzv. nůžkovitá chůze. „Při chůzi dochází k předsouvání ramen, předklánění pánve a trupu, našlapování na špičky.“ (Fischer a kol., 2014, s. 67)

Při včasné rehabilitaci a méně zásadních projevech spasticity dochází k uvolnění napětí a k možnosti návratu k „normální“ hybnosti. Není poškozen intelekt. (Fischer a kol., 2014; Renotierová, Ludíková, 2006)

##### • HEMIPARETICKÝ TYP

Příčinou hemiparetického typu DMO bývá krvácení do mozku v postranních komorách mozkové kůry. Hemiparetický typ DMO znamená postižení hybnosti levé nebo pravé poloviny těla, přičemž více bývá postižena horní končetina. Horní končetina slábne, stává se spastickou (v křeči) a zaujímá typickou pozici dlaní dolů. Činnost oběma rukama současně je nemožná nebo velmi ztížená, jsou velké problémy s jemnou motorikou (pohyby prstů), je sice možná volná chůze, ale je narušena rovnováha. Objevuje se jednostranné držení hlavy, ústa se otevírají asymetricky, jazyk směřuje ke zdravé polovině těla. (Fischer a kol., 2014; Renotierová, Ludíková, 2006)

- **OBOUSTRANNÁ HEMIPARÉZA**

Oboustranná hemiparéza vzniká poškozením mozku v obou hemisférách koncového loku. Jsou postiženy všechny čtyři končetiny, doprovodnými jevy je snížená inteligence a epileptické záchvaty. (Fischer a kol., 2014)

- **KVADRUPARETICKÝ TYP**

Kvadruparetický typ vzniká poškozením rozsáhlých částí senzomotorické oblasti neokortexu. Kvadruparetický typ DMO znamená postižení celého těla, tedy všech končetin, trupu, hlavy (častá bývá dysartrie způsobená porušením hybnosti jazyka a svalů úst), svěračů. Časté jsou také smyslové poruchy a mentální retardace.

### ***NESPASTICKÉ FORMY DMO***

#### ***DEFINICE***



Pro nespastické formy DMO je typická absence svalového napětí. Rozlišuje se dyskinetický a hypotonický typ.

- **DYSKINETICKÝ TYP**

Dyskinetický typ DMO je způsoben poškozením bazálních ganglií. Hybnost není rušena obrnou, ale vůlí nepotlačitelnými, mimovolnými, pomalými, kroutivými a nekoordinovatelnými pohyby. Potíže jsou často s řečí, která je celoživotně poškozena přerývaným, nepravidelným dýcháním, způsobeným nedostatečnou koordinací dýchacích svalů a mluvidel. Je velmi stigmatizující a působí jako mentální retardace, ta ale přítomna není. (Renotiérová, Ludíková, 2006; Pipeková, 2010; Michalík a kol., 2011)

- **HYPOTONICKÝ TYP**

Hypotonická forma DMO se objevuje v souvislosti s poškozením mozečku, postihuje vnímání rovnováhy a tzv. hlubokou citlivost. Motorické projevy jsou velmi chudé, je typická celková svalová pasivita, u malých dětí je zvýšená pohyblivost v kloubech. Malé děti musejí být krmeny sondou, protože chybí některé reflexy pro příjem potravy. Kolem 3. roku (po dozrání mozku) přechází ve formu dyskinetickou nebo spastickou. Je s tím spojena porucha duševního vývoje. (Renotiérová, Ludíková, 2006; Pipeková, 2010; Michalík a kol., 2011)

#### ***9.1.1.2 ZÍSKANÁ TĚLESNÁ POSTIŽENÍ***

Získané tělesné postižení může vzniknout v kterémkoli věkovém období. Příčinami získaných tělesných postižení mohou být různé typy úrazů a řada nemocí.

#### **ZÍSKANÁ PO ÚRAZE**

Úrazy vznikají při dopravních nehodách, při zasažení elektrickým proudem, živelných pohromách, výbuchem munice, pády z výšky, apod. Může dojít k poškození mozku, míchy, periferních nervů, končetin.

- POŠKOZENÍ MOZKU

Obecným znakem mozkové pohybové poruchy jsou abnormální svalové napětí a narušená koordinace pohybových dějů. Cerebrální pohybové poruchy mohou vzniknout v pozdějším věku (traumatické úrazy mozku, mozkové záněty, mozkové příhody, mozkové nádory, degenerativní onemocnění CNS).

- TRAUMATICKÉ OBRNY

PORANĚNÍ MOZKU můžeme rozlišit otřes, zhmoždění a stlačení. Při poranění mozku je nebezpečný nitrolební útlakový proces, který může způsobit nevratné poškození mozku. PORANĚNÍ MÍCHY se vztahuje k luxacím a zlomeninám páteře, krvácení do míchy nebo traumatickým zúžením míšního kanálu. Nejtěžším případem je přerušení míchy, která byla rozdrcena a mícha přestala být vyživována. Nedovoluje pohyb a je nevratná, na rozdíl od přechodného stavu „pouhého“ zhmoždění nebo stlačení míchy. Nejtěžší případy nastávají při poranění krčních obratlů, které mohou vést až ke kvadruparéze. Zlomeniny obratlů mívají za následek poškození míchy, při kterém se okamžitě projevují poruchy hybnosti, citlivosti i vegetativních funkcí (mikce a defekace). (Michalík a kol., 2011)

- PERIFERNÍ OBRNY

Periferní obrny „postihují pouze jednotlivé tělní, resp. orgánové periferie (např. končetiny, svaly, obličej, např. obrna faciálního nervu) a jsou následkem hlubších poranění, zánětů, úrazů, otevřených zlomenin nebo některých nervosvalových i jiných onemocnění.“ (Michalík a kol., 2011, s. 205) V důsledku toho může dojít k přechodné nebo částečné obrně, při níž je zasažena v určitém rozsahu pohyblivost a svalová síla.

- AMPUTACE

Amputace je umělé odnětí části končetiny od trupu (v důsledku úrazu, radikálního chirurgického zákroku, např. kvůli nádoru v končetině, infekci, cévnímu onemocnění). (Renotiérová, Ludíková, 2006; Pipeková, 2010; Michalík a kol., 2011)

## ZÍSKANÁ PO NEMOCI

- REVMATICKÉ ONEMOCNĚNÍ

např. revmatická horečka (příčinou bývá streptokoková infekce, postihuje velké klouby, nejzávažněji poškozuje srdce) nebo vleklý kloubní revmatismus (omezení hybnosti až úplnou kloubní ztuhlost)

- INFEKČNÍ OBRNA (poliomyelitis)

onemocnění, které postihuje děti i dospělé; její projevy jsou podobné jako u DMO, ale jsou zapříčiněny nikoli poškozením mozku, ale virem, který napadá části míchy, které souvisí s aktivací motorického svalstva. Projevy jsou horečka, křeče, spasticita končetin vedoucí až k perifernímu až centrálnímu ochrnutí. V ČR bylo onemocnění epidemiologicky zvládnuto v 60. letech 20. století, ale v současnosti se může u neočkovaných nebo migrantů zase vyskytovat. (Michalík a kol., 2011)



- MYOPATIE (progresivní svalová dystrofie)

geneticky podmíněné onemocnění, které začíná nejčastěji v dětství, méně již v adolescenci. Onemocnění je způsobeno mutací genu kódujícího protein dystrofin, který způsobí zvýšenou lámavost svalových buněk. Postupně narůstá pohybová omezenost. (Renotierová, Ludíková, 2006, Fischer, a kol., 2014)

## ZÍSKANÉ DEFORMACE

Získané deformace mohou vzniknout v důsledku nesprávného držení těla, přičemž vadné držení těla se projevuje buď změnami v zakřivení páteře, nebo labilním a nestálým držení těla. Příčiny vadného držení těla mohou být podle Pipekové (1998) vnitřní (dědičné, nerovnoměrný růst, nedostatečná výživa apod.) nebo vnější (nedostatek pohybu, předčasné posazování kojence, obezita, předčasná sportovní specializace, měkké lůžko apod.).

„Člověk se získaným postižením musí najít nový smysl svého života, nový cíl svého směřování, s tím souvisí změna jeho životních hodnot i jeho sebepojetí.“ (Vágnerová, 2008, s. 181)

### 9.1.1.3 Specifika života jedinců s tělesným postižením

Široká škála možných poškození a omezení neumožňuje uvést běžné charakteristiky tak, jak je to u jiných typů postižení, kde můžeme najít řadu společných prvků. U závažnějších typů tělesného postižení je velké riziko podnětové deprivace, učení a sociální zkušenosti. Je třeba vytvořit vhodné podmínky pro rozvoj poznávacích procesů. Zvláště přísun podnětů, ke kterým by se kvůli rozsahu handicapu nemusel dostat, začleňování do prostředí „intaktní“ společnosti od počátku, nevyhýbat se sociálním kontaktům a žít v izolaci. Časté poruchy řeči (tzv. dysartrie) mají vliv na kvalitu komunikace a sociální adaptace. (Říčan, Krejčířová, 2006)

## DEFINICE



Michalík a kol. (2011, s. 215) uvádějí následující **specifika života jedinců s tělesným postižením**:

- ztížení nebo ztráta schopnosti pohybu a případné omezení běžných životních svobod
- problematická koordinace pohybů
- atypické, až patologické pohybové stereotypy a užívání takových kompenzačních úkonů, pohybů a souhybů, které následně vedou k druhotnému zdravotnímu postižení (např. dlouhodobé používání berlí vede např. k poškození kloubů horních končetin)
- narušení jemné motoriky
- individuálně zvýšená závislost na technických pomůckách či opatřeních a na externí fyzické pomoci

- nutnost dlouhodobého respektování určité životosprávy nebo specifických zdravotních opatření léčebné rehabilitace
- ohrožení citovou, podnětovou, resp. informační deprivací
- možné působení výkonové deprivace (nesplnění toho, co by chtěl dělat)
- potíže při zvládnutí procesu osamostatňování se
- možné poruchy sebepojetí
- případná emoční labilita, neadekvátní prožívání a sebeprožívání
- nedostatečné dovednosti v sociálních vztazích, snížená sociabilita
- komunikační bariéry (např. z důvodu spasticity nebo jinak narušených mluvidel či kvůli stigmatizujícím projevům)
- menší zkušenost v mezilidských a partnerských vztazích
- možné oslabení motivace a vůle k seberozvoji a sociální adaptaci, vůle k překonávání překážek a problémů
- zkreslené neadekvátní hodnocení sociálním okolím.

### 9.1.2 ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ

Nemoc bývá charakterizována jako porušení rovnováhy organismu s jeho prostředím s důsledky v anatomických a funkčních změnách v organismu. „*Pro chronické choroby je charakteristický jejich dlouhodobý nepříznivý vliv na celou osobnost člověka, přičemž primární postižení v tělesné oblasti se sekundárně projeví i v psychické oblasti.*“ (Pipeková, 2010, s. 144)



#### DEFINICE

Příčinou řady chronických chorob jsou nepříznivé podmínky prostředí (znečištění, špatná strava, stres...), což se nejvíce projevuje v nárůstu alergických chorob (alergická rýma, astma, kožní alergie – atopický ekzém, kontaktní ekzém), víceorgánové alergie (pylová přecitlivělost, lékové alergie, alergie na hmyzí bodnutí, anafylaktický šok).

Dalším častým onemocněním, které může významně ovlivňovat kvalitu života, jsou diabetes různého typu, ischemické choroby srdeční, epilepsie a další. (Pipeková, 2010)

Fischer a kol. (2014, s. 105) specifikoval skupinu poruch, které způsobují zdravotní znevýhodnění. Typickými nemocemi jsou:

- kardiovaskulární poruchy
- onemocnění respirační soustavy (průduškové astma, cystická fibróza, tuberkulóza)
- poruchy imunitního systému (alergie, astma bronchiale, AIDS, roztroušená mozkomíšni skleróza)
- kožní onemocnění (ekzémy, lupenka)
- metabolické poruchy (diabetes, dna, onemocnění ledvin, infekční onemocnění jater)
- onkologická onemocnění (benigní a maligní nádory, leukemie)

- záchvatovitá onemocnění (epilepsie)
- poruchy psychiky a chování.

Zdravotní znevýhodnění se vyvíjí až v průběhu života a může se rozvinout až do tělesného postižení. Společně s léčebnou rehabilitací je třeba také aplikovat pracovní a sociální rehabilitaci. Příkladem onemocnění je epilepsie a roztroušená mozkomíšní skleróza.

### 9.1.2.1 EPILEPSIE

Epilepsie je závažnou neurologickou poruchou, která se projevuje opakovanými záchvaty. Z hlediska příčin epilepsie se rozlišují tři typy:

- symptomatická (objeví se v důsledku úrazů hlavy, po infekci mozku, důvodem mohou být mozkové nádory nebo odchylky normálního mozku),
- idiopatická epilepsie (je určitá „vrozená dispozice“ trpět epilepsií)
- kryptogenní (příčina zcela nejasná).

Epilepsie je chronické onemocnění provázené nervovými záchvaty, které jsou způsobeny poruchami v činnosti mozku, v němž dochází k náhlým výbojům nervových buněk. Harmonii, která je přirozeným stavem mozku, rozloží tyto výboje opakovanými monotónními impulsy. Složitá harmonie se tak vytratí a je nahrazena jednoduchou monotónností. Tomu potom odpovídá i chování člověka. Pohyby se zjednodušují, stávají se primitivními (křeče, napětí), dochází k pádu na zem a mozek se přestává ovládat (bezvědomí).

- Záchvat může vycházet z ohraničeného ložiska v mozku a mohou pak nastávat pouze částečné změny v projevech člověka (záškuby končetin, ztráta smyslové ostrosti, výpadky pozornosti, změny nálady, prudké změny chování atd.) – tzv. záchvat PETIT MAL.
- Pokud vznikne záchvat v celém mozku, dochází k celkovému záchvatu, tzv. GRAND MAL. Je provázen bezvědomím, křečemi, objevuje se pěna u úst. (Renotierová, Ludíková, 2006; Fischer, Škoda, 2008)

Podle frekvence záchvatů můžeme hovořit o pacientech kompenzovaných (neměli min. 3 roky záchvat a nemají nasazenou medikamentózní léčbu), epileptici s občasnými záchvaty (pravidelně užívají antiepileptika a musí dodržovat přísný režim) a epileptici dekompenzovaní (trpí častými záchvaty, které mají negativní vliv na rozvoj psychických funkcí). (Říčan, Krejčířová, 2006)

### 9.1.2.2 Roztroušená mozkomíšní skleróza (*sclerosis multiplex, RS*)

„Jedná se o autoimunitní onemocnění, jehož podstatou je skutečnost, že imunitní systém napadá vlastní buňky organismu.“ (Fischer a kol., 2014, s. 119)

#### DEFINICE

Při tomto onemocnění dochází k poškození nebo rozpadu obalu nervových vláken, což způsobuje poruchu vedení nervových impulsů v rámci CNS a jednotlivých tělesných orgánů nebo končetin.



Uvádí se, že prevalence postižení je 38–150 případů na 100.000 obyvatel. U každého jedince se projevuje různě, někdy jsou jen mírné ataky, které se ztratí, u jiných jsou to akutní ataky s trvalými následky.

Mezi neurologické příznaky tohoto onemocnění patří optická neuritida (různá porucha zraku a bolesti bulvy při pohybu), poruchy chůze, těžké obrny končetin, poruchy citlivosti (nejčastěji taktilní, hluboké), okulomotorické poruchy (nystagmus), neuralgií (nejč. na trojklaném nervu), poruchy močení a sexuální poruchy, únava, kognitivní a afektivní poruchy (asi 10 % končí demencí), bolesti hlavy, epileptické záchvaty apod. (Fischer a kol., 2014; Michalík a kol., 2011)

### **9.1.2.3 Parkinsonova choroba**

Druhá nejčastější neurodegenerativní porucha (je uváděn 1 případ na 1.000 obyvatel, ve věkové skupině nad 60 let 1 případ na 100 obyvatel), u níž není dosud nalezena základní příčina. Onemocnění se projevuje hyperkineticko-hypertonickým syndromem s dalšími příznaky. Základními symptomy jsou třes, svalová ztuhlost, celková zpomalenost, chudost pohybů, zhoršení stoje a chůze, které bývají doprovázeny bolestí a únavou. V souvislosti s rigiditou se zhoršuje mimika (hypomimie), při řeči se začíná postupně rozvíjet monotónnost (aprozódie) a hypofonie (malá hlasitost), což může postupně přejít až téměř na nesrozumitelnost. Dalšími příznaky jsou potíže se spánkem, gastrointestinálním traktem, kognitivními a senzorickými procesy. U jedinců bez rozvinuté demence lze vysledovat drobné kognitivní poruchy, např. poruchy pracovní paměti, pozornosti, schopnosti rychlé změny vnitřní strategie. (Kolář, 2009) Riziko rozvoje demence je u „parkinsoniků“ 1,7–5,9x vyšší než v běžné populaci. (Rektor, 2003).

### **9.1.3 SPECIFIKA V KOMUNIKACI S JEDINCI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM**

Socializace je založena velmi pevně na komunikaci. Komunikace jedinců s tělesným postižením má své specifické znaky, vyskytuje se mnoho odlišností, které jsou způsobeny narušením různých funkcí, a které mohou být nesprávně interpretovány.

#### **9.1.3.1 ODLIŠNOSTI V NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACI**

Míra tělesné odlišnosti, resp. nápadnost zevnějšku postižených, předem ovlivní očekávání komunikačního partnera. Mimické projevy mohou být odlišné, mají nestandardní význam. V závislosti na typu postižení mohou být projevy minimalizovány, nebo neadekvátně aktivizovány nebo deformovány, což může být příčinou zkreslení celkového hodnocení postiženého. Postiženému člověku nemusí chybět zájem o komunikaci, přestože tento zájem neodráží ve své mimice. Pantomimické projevy mohou být také redukovány nebo neadekvátně aktivizovány. Komunikační partner těmto projevům nerozumí, protože nemá s tělesně postiženými dostatečnou zkušenost, má tendenci interpretovat tak, jak je obvyklé ve společnosti zdravých, jako by měly nějaký informační význam. Vzájemné postavení komunikačních partnerů (stojící zdravý a tělesně postižený na vozíku nebo trpasličího

vzrůstu) není symetrické. Symbolicky stojící jedinec má nadřazené postavení. (Vágnerová, 2008)

### **9.1.3.2 ODLIŠNOSTI VERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

Jedinci mají potíže nejen s hrubou a jemnou motorikou, ale také s motorikou mluvidel. Verbální komunikace je často nepříznivě ovlivněna v důsledku formálního narušení verbálního projevu v rámci poruchy plynulosti řeči (vyražení slabik a slov) a v důsledku artikulčních poruch. Nejčastěji se setkáváme s:

- dyslálií
- verbální dyspraxií (postižena schopnost získávat řečově-pohybové vzory)
- dysartrií až anartrií
- dysfázií, afázií (motorická, senzorická).

V některých případech je třeba nasadit systém alternativní a augmentativní komunikace. (Michalík a kol., 2011)

Při komunikaci s lidmi s těžkým zdravotním postižením je třeba dodržovat několik důležitých pravidel, které zpracovala Národní rada zdravotně postižených. S ohledem na obsah kapitoly jsou vybrány některé z nich (<https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ostatni/komunikace-s-pacienty-se-zdravotnim-postizenim>).

#### **ZÁSADY KOMUNIKACE S JEDINCÍ S POHYBOVÝM POSTIŽENÍM**

- Komunikovat vždy s jedincem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho případným doprovodem.
- Při nezbytné manipulaci s klientem (uložení na lůžko aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat.
- Dbáme, aby klient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu a pocit soběstačnosti.
- Při delším pobytu v zařízení zjistit, které bariéry brání relativně samostatnému pohybu klienta a snažit se je odstranit.

(<https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ostatni/komunikace-s-pacienty-se-zdravotnim-postizenim/desatero-komunikace-s-pacienty-s-pohybovym-postizenim>)

#### **ZÁSADY KOMUNIKACE S JEDINCEM PO ÚRAZU MOZKU**

- Snažit se, pokud to jde, odstranit rušivé vlivy v okolí.
- Snažit se udržovat oční kontakt.
- Mluvit jednoduchým a jasným způsobem, pokládat přímé otázky, nepodávat velké množství informací najednou.
- Po chvíli zopakovat, k čemu jste společně již došli.
- Pokud dotyčný odbíhá od tématu, vracet ho zpět.

- Nepředstírat, že rozumíte, pokud to tak není a nebojte se požádat o zopakování již vyřčeného, pokud je to nutné, opakujte jednoduché věty a při nemožnosti porozumění nabídněte alternativu odezírání ze rtů nebo napsání informace.
- Buďte trpěliví, dejte dotyčným čas k sebevyjádření, v případě nutnosti nabídněte slova nebo výrazy, které by mohly pomoci.
- Využívejte gestikulaci.
- Ignorujte nevhodné chování, zůstaňte co nejvíce v klidu.
- Nemluvte s dotyčným jako s malým dítětem nebo s chudákem, kterého je třeba litovat.

(dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-služby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp.html>)

## 9.2 Kompenzační pomůcky

Důležité je vybavit člověka s tělesným postižením vhodnými kompenzačními pomůckami a naučit ho s nimi pracovat.

Mezi základní pomůcky lze podle Michalíka a kol. (2011, s. 259) patří opory (hole, berle, chodítka), mechanické a motorové vozíky, ortézy a korzety, protézy, ortopedická protetika, speciální prostředky.

Mezi speciální prostředky patří:

- zařízení umožňující pohyb na schodech s vozíkem (schodišťové plošiny, výtahy, nájezdové rampy, schodolezy)
- pomůcky pro rehabilitaci (vertikalizační stojany)
- upravené prostředí vlastní domácnosti (upravená kuchyňská linka, speciální kuchyňské náčiní)
- kvalitnější sezení při práci (speciální židle)
- upravený počítač (klávesnice, ovládání počítače)
- různé drobné pomůcky (držáky, zvedače, navlékače ponožek)
- alternativní ovládání automobilu
- pomůcky pro polohování
- sportovní pomůcky (pro sledge hokej, lyžovací monoski, handbike, tříkolka, upravený kajak, freeride ski).

Více informací např. na <http://www.ligavozic.cz/ip/pomucky.php?oblast=9000019>

## 9.3 Systém péče a vzdělávání

### RANÁ PÉČE

Systém rané péče dosud není zdárně vyřešen, neexistuje legislativní propojenost mezi zdravotnickým a školským systémem. Děti s poruchami hybnosti jsou od narození nebo po zjištění postižení v péči odborných specializovaných poraden, které jsou převážně zřízeny při nemocnicích nebo větších zdravotnických zařízeních. Podle potřeby zajišťují neurologické, psychologické, psychiatrické, ortopedické a další specializované vyšetření. Při zjiš-

tění diagnózy DMO je dětem poskytnuta časná léčebná rehabilitace. Institucionální výchova dětí raného věku může být zajišťována rehabilitačními stacionáři, které poskytují komplexní a diferencovanou péči léčebně preventivní, rehabilitační, sociální, pedagogicko-výchovnou zpravidla od 1–3 let, ve spolupráci se školským resortem až do 6 – 7 let (do nástupu do školy). Rozvoj této služby je až od 90. let 20. století, do té doby byly rodiny pouze v péči lékařů.

### PŘEDŠKOLNÍ VĚK

Tělesně postižené děti předškolního věku (3 – 6 let) mohou využívat nabídky služeb SPC, které mj. zaměřuje činnost na rozvoj motoriky, poradenství v oblasti komunikace a řeči (náhradní komunikační systémy), na terapii (muzikoterapie, terapie na vodním lůžku, cvičení s prvky jógy, míčková masáž, automasáž, rodinná terapie), snoezelen, práci se speciálními pomůckami a půjčování kompenzačních pomůcek, metodických materiálů a odborné literatury, práci na počítači, stimulační programy (Portage – pro mentálně postižené děti, výukové programy pro děti s kombinovaným postižením, předcházení vývojovým poruchám učení).

Speciální mateřské školy, kam mohou rodiče zařadit dítě na denní nebo týdenní pobyt, kromě péče výchovně vzdělávací nabízí péči zdravotní, rehabilitační, psychologickou, logopedickou – odborná vyšetření. Např. [www.skola-kocianka.cz](http://www.skola-kocianka.cz) (Mateřská škola a Základní škola pro tělesně postižené, Kociánka 6, Brno)

### ŠKOLNÍ VĚK

Rodiče mohou využít buď speciálního školství s dlouhou tradicí, připraveným systémem rozvoje reedukačních aktivit (nicméně rizikem sociální izolace dětí od intaktních vrstevníků), nebo může vstoupit do běžného vzdělávacího proudu.

- Speciální školy nebo běžný typ školy (za intenzivní spolupráce SPC)
- Speciální školy, které mají vzdělávací program rozšířený o dorozumivací dovednosti.

### PROFESNÍ PŘÍPRAVA

Speciální učební obory: prodavač a výrobce lahůdek, provoz služeb, krejčí, mechanik elektronických zařízení, brašnář, zahradník ...

SŠ s maturitou: Veřejnosprávní činnost, Gymnázium, obchodní akademie, Strojírenství – projektování a konstruování na počítači, Technologické programování...

### DOSPĚLOST A STÁŘÍ

#### **oblast zdravotní péče**

Zahrnuje nezbytné zdravotnické postupy, které by měly co nejlépe řešit situaci člověka z hlediska farmakoterapie, operační terapie, konzervativní terapie, terapie podpůrně-stabilizační, případně paliativní péči.

#### **oblast vzdělávání**

Zahrnuje různé možnosti terapeutických aktivit (animoterapie, ergoterapie, expresivní terapie), profesní rekvalifikaci, různé formy celoživotního učení, které mj. zahrnují výuku a kurzy pro práci s různými kompenzačními pomůckami.

#### **oblast sociální práce a péče**

Z hlediska dostupnosti se rozdělují sociální služby na obligatorní (nárokové, dostupné všem) a fakultativní (nenárokové, poskytované individuálně).

Do této oblasti spadají poradenské služby, služby sociální péče (osobní asistence, podpořované a chráněné bydlení, odlehčovací služby) a služby sociální prevence (např. sociálně aktivizační služby, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti, sociálně-terapeutické činnosti).

#### **další možnosti**

- centrum denních služeb
- domovy a penziony pro seniory a domovy pro občany se zdravotním postižením,
- pečovatelská služba
- stacionář. (Michalík a kol., 2011)



## **SHRNUTÍ KAPITOLY**

Stárnutí a stáří s sebou přináší riziko vzniku mnoha onemocnění a poškození, které mohou mít dopad na pohyblivost člověka. Do skupiny seniorů s tělesným postižením řadíme samozřejmě také ty, kteří se s tělesným postižením narodili. Je důležité uvědomovat si, jaké dopady má tělesné postižení nebo zdravotní znevýhodnění na život jedince, uvědomit si rizika, která jsou evidentní zvláště v socializačních procesech. Úspěšnost v socializaci je mj. ovlivněna také komunikačními dovednostmi, které však bývají u osob s tělesným nebo zdravotním znevýhodněním poškozeny. Nejčastěji se setkáváme s různými typy dyslálií, afázií, dysartrií či poruchami zvuku řeči. Z důvodu komplikovanějšího způsobu komunikace se však musí respektovat osobnost člověka a jeho práva, proto jsou v kapitole zařazeny zásady komunikace. Pro začlenění a kvalitní život člověka se znevýhodněním je důležité, aby se orientoval v možnostech dalšího vzdělávání, volnočasových aktivitách, aby dokázal vyhledat, pořídit si a používat patřičné kompenzační pomůcky.



## **KONTROLNÍ OTÁZKY**

1. Jaká jsou nejtypičtější vrozená tělesná postižení?
2. Jaký je rozdíl mezi primárním a sekundárním tělesným postižením?
3. Co je příčinou vrozeného a získaného tělesného postižení?
4. V čem spočívá specifičnost života člověka s trvalým tělesným postižením?
5. Vyjmenujte zásady komunikace s jedincem, který má těžké tělesné postižení.



6. Jaká specifika neverbální komunikace komplikují lidem s DMO komunikační rámec?
7. Popište alespoň dva příklady nemoci, která způsobuje dlouhodobé zdravotní znevýhodnění.
8. Jaký je rozdíl v projevech epileptického záchvatu grand mal a petit mal.
9. Vyjmenujte alespoň 10 pomůcek pro jedince s tělesným postižením.
10. Jaké typy sociálních služeb mohou senioři s tělesným postižením využívat?

### KORESPONDENČNÍ ÚKOL



- Jaké architektonické úpravy, kompenzační pomůcky, úpravu prostředí by měl mít domov pro seniory zajištěn, aby se v něm mohl pohybovat senior na invalidním vozíku. Popište v rozsahu 4 NS (nezapomeňte případně na odkaz na příslušný stavební zákon a vyhlášky)
- Vyhledejte informace ohledně poskytnutí první pomoci u epileptického záchvatu grand mal. Vytvořte přehled postupu první pomoci v deseti bodech (včetně uvedení zdroje informací). Rozsah min. 3 NS.

### PRO ZÁJEMCE



Vyhledejte v české i zahraniční odborné literatuře podrobnější informace o vybraném onemocnění (infekční obrna, progresivní svalová dystrofie, rozštěpové vady, apod.) a zpracujte v rozsahu 5 NS.

### DALŠÍ ZDROJE



BENDO VÁ, Petra. *Základy somatopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2620-4.

FISCHER, Slavomil et al. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

HANKOVÁ, Magdalena a VÁVROVÁ, Soňa. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0012-5.

JANKŮ, Kateřina a HARČARÍKOVÁ, Terézia. *Multidimenzionalita tělesného postižení z pohledu komplexní rehabilitační péče*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2016. ISBN 978-80-7464-886-1.

JEŠINA, Ondřej a kol. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2946-5.

KANTOR, Jiří a kol. *Psychosociální aspekty omezení hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3708-8.

KOLÁŘ, Pavel a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KUDLÁČEK, Martin a kol. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3938-9.

MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

REKTOR, Ivan a kol. *Centrální poruchy hybnosti v praxi: Movement Disorders*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-418-7.

RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše, a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

## 10 JEDINCI S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ (problematika logopedická)

### RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Narušená komunikační schopnost může být v rovině foneticko-fonologické, morfologicko-syntaktické, lexikálně sémantické, pragmatické, verbální i neverbální. Schopnost komunikovat je úzce vázána na sociální vztahy, proto narušená komunikační schopnost může být rizikovým faktorem pro sociální vyloučení. Každý typ poruchy (centrální poruchy řeči, poruchy zvuku řeči, poruchy fluence, poruchy artikulace či poruchy hlasu) má typické projevy a vhodné postupy, jak dopad komunikační poruchy na jedince zmírnit. V každém případě je nutné dodržet klidnou atmosféru a nevyvolávat záměrně stresové situace.

### CÍLE KAPITOLY



Student bude po prostudování kapitoly umět:

- definovat narušenou komunikační schopnost včetně všech komunikačních rovin
- popsat centrální poruchy řeči a doporučené postupy v komunikaci
- popsat poruchy zvuku řeči a doporučené postupy v komunikaci
- popsat poruchy plynulosti řeči a doporučené postupy v komunikaci
- popsat poruchy artikulace a doporučené postupy v komunikaci
- popsat poruchy hlasu a doporučené postupy v komunikaci

Student bude umět vlastními slovy jednotlivé poruchy vysvětlit a logicky provázat projevy poruchy s dopady do běžného života. Současně bude umět navrhovat řešení pro usnadnění komunikace a zmírnění handicapu.

### KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Jazykové roviny, centrální poruchy řeči, poruchy zvuku řeči, poruchy fluence, poruchy artikulace, poruchy hlasu.

### ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



1. Ke studiu kapitoly bude potřeba odhadem asi 3 hodiny.
2. Odpovědi na otázky: 20 minut.
3. Vypracování korespondenčního úkolu: 4 hodiny.

4. Vypracování úkolu pro zájemce: 6 hodin.
5. Autoevaluační test: 5 minut.

## STUDIJNÍ TEXT

Narušená komunikační schopnost zahrnuje velmi široké spektrum poruch s různými příčinami i projevy. Pro pochopení specifčnosti jednotlivých druhů poruch a s tím souvisejících doporučení bude tato kapitola strukturována podle typů poruch. Narušená komunikační schopnost se netýká pouze stránky špatné výslovnosti, jak se mylně laická veřejnost domnívá, ale postihuje jednu nebo více rovin komunikační dovednosti. Může být narušena rovina:

- foneticko-fonologická
- morfologicko-syntaktická
- lexikálně sémantická
- pragmatická
- verbální
- neverbální. (Valenta, 2014)

### 10.1 Centrální poruchy řeči

Centrální poruchy řeči zahrnují poruchy komunikačních dovedností, které jsou přímo spojeny s centrálním zpracováním řečového signálu nebo jsou vázány na psychogenní spouštěč.

#### 10.1.1 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

Vývojová dysfázie je vrozená porucha, tzv. vrozená nemluvnost. Bývá diagnostikována v případě, že dítě má potíže s užíváním řeči pro běžnou komunikaci, přičemž má přiměřenou inteligenci a přiměřeně stimulující prostředí. Podle Valenty a kol. (2014, s. 51) vývojová dysfázie zahrnuje „*potíže v sémantickém zpracování pojmů, vět, kontextu. Narušeno bývá porozumění mluvené, čtené, psané řeči, slovním úlohám, delším větám a textům, odborným výrazům, pracovním postupům.*“ Bývá poškozena i stavba věty (slovosled), převládají podstatná jména, jsou problémy s tvarováním slov, objevují se dysgramatismy.

Podle Vágnerové (2014) patří mezi příčiny vrozené abnormality příslušných částí mozku, odlišná strukturální nebo funkcionální diferencovanost CNS, která je typická tím, že při verbální aktivitě je levá hemisféra málo aktivována.

#### DOPORUČENÍ PŘI KOMUNIKACI

- trpělivost, udržovat oční kontakt
- názornost sdělovaného
- vždy je nutné se ujistit, jestli dítě opravdu rozumělo našemu sdělení

- využívat alternativní a augmentativní komunikaci
- pomáhá, pokud je zpomalené tempo řeči
- je důležité otázky i pokyny formulovat jednoznačně, ověřovat si, zda nám jedině porozuměl
- mezi větami, otázkami, které jedinci s vývojovou dysfázií sdělujeme, ponechat určitý čas, aby mohl zpracovat sdělené informace
- pokud je zřejmé, že sdělení neporozuměl, neboť neodpovídá adekvátně na otázku, znovu otázku zopakovat, pokyn nebo sdělení zkusit zformulovat jinak, zaměřit se na klíčová slova.
- efektivní je počkat na odpověď, případně na neverbální reakci dítěte, byť následuje s latencí a není přesná – přesto má svou výpovědní hodnotu. (Mlčáková, 2011)

### 10.1.2 AFÁZIE

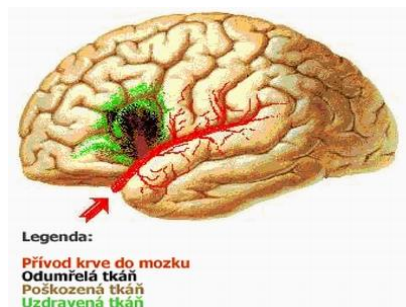
Afázie nebo tzv. získaná nemluvnost je získaná porucha, při níž se existující zafixovaná komunikační dovednost (užití i rozumění řeči) rozpadne. Nejčastěji bývá příčinou cerebrovaskulární onemocnění, cévní mozkové příhody nebo mozkové léze, může ale vzniknout také jako následek encefalitidy, meningoencefalitidy, intoxikace mozku plyny, abúzem drog, alkoholu. (Valenta, 2014)

Cséfalvy (2007, in Valenta a kol., 2014) pojmenoval několik základních projevů afázie:

- neologismy (novotvary)
- anomie (neschopnost vybavit si pojem, porucha pojmenování)
- parafrázie (nahrazování jiným výrazem, „obcházení“)
- poruchy porozumění řeči
- perseverace (ulpívání)
- agramatismus
- porucha plynulosti řeči, někdy až logorhea.

Existuje několik typů afázií, jejich příznaky jsou odlišné v závislosti na místě a rozsahu poškození mozku. Společně s problémy v komunikační oblasti se může vyskytovat porucha řízení naučených cílených pohybů mluvidel či končetin (apraxiemi), porucha rozeznávání zvuků, objektů či tváří (agnózie).

Po mozkovém onemocnění/poruše některé části mozku odumrou, jiné jsou sice poškozeny, ale mohou se uzdravit.



Mozková centra řeči ([http://www.klubafasie.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2:co-je-afazie&catid=1:afasie&Itemid=4](http://www.klubafasie.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2:co-je-afazie&catid=1:afasie&Itemid=4))

### 10.1.3 DOPORUČENÍ PRO KOMUNIKACI

Pokyny pro komunikaci

- využívat dalších komunikačních schopností, které zůstaly zachovány
- respektovat, že zvláště těsně po poškození může být narušeno porozumění řeči, dotyčný může chápat pouze některá slova ve větě (nemusí být ta klíčová a může pak docházet k nepříjemným nedorozuměním)
- vždy je pro konverzaci nutný dostatek času
- důležité je navázání kontaktu očima
- mluvit je vhodné pomalu, krátkými větami, zdůrazňovat nejdůležitější slova věty (je vhodné je napsat)
- podporovat komunikaci ukazováním, gestikulací, kresbou nebo psaním a zkusit totéž požadovat od dotyčného (zeptat se, jestli i on může ukazovat, gestikulovat, kreslit nebo psát)
- používat kapesní slovník nebo konverzační knihu.

Pokud Vám osoba s afázií chce něco sdělit,

- nejprve si musíte ujasnit, o čem bude vyprávět, o koho se jedná, co se děje nebo co se stalo a kde nebo kdy se událost děje či uskutečnila. Je velmi důležité pokládat správné otázky
- je vhodné se vždy se pokoušet ptát vícemožnostními otázkami.

(Dostupné z: <http://www.afasie.nl/aphasia/pdf/21/brochure1.pdf>. Cit. 2018-03-29)

### 10.1.4 MUTISMUS

Termín mutismus (z lat. Mutus: němý; v češtině oněmění), ztrátu schopnosti komunikovat na psychogenním podkladě. Jde o poruchu užívání jazyka.

*Elektivní mutismus* spadá do kategorie úzkostných poruch, podle MKN-10 je řazen do kapitoly F94.0 Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání a je definován jako „stav, který je charakterizován mlčením v určitých situacích. Je výrazně emočně determinován a dítě demonstruje, že za určitých situací je schopno mluvit, ale za jiných definovatelných situací mluvit přestane. Tato porucha je obvykle sdružená s určitými rysy osobnosti, jako je sociální úzkost a otažitost, citlivost nebo odpor.“

Dítě není schopno hovořit v určitých situacích nebo s určitými lidmi, přičemž pro potvrzení diagnózy je třeba, aby příznaky trvaly minimálně 4 týdny. Hartman, Lange (2008) poukazuje také na to, že dítě nejen že nemluví, ale neprojevuje se u něj ani zvuk smíchu, pláče, kašle, dechu, snaží se na sebe v té situaci ničím nepoukazovat. Autoři popisují tyto typické fyzické projevy:

- strnulá mimika,

- zavřená ústa,
- sevřené rty,
- přitisknuté končetiny k tělu.

Klenková (2006) rozlišuje lehčí případy elektivního mutismu, u kterých dítě komunikuje alespoň neverbálně, v podstatě se chová normálně, „jen nemluví“. U těžších případů autorka popisuje situace, v nichž dítě sedí přitisknuté na židli, tváří se vyděšeně, je bledé, svaly jsou zjevně ve velkém napětí, někdy až bledé. Doporučuje se systematická terapie, která zahrnuje psychoterapii rodinnou, individuální, případně skupinovou.

Podle Heese (in Tichá, 2009) se první řečové projevy žáka s elektivním mutismem objevují při skupinové práci. Je důležité akceptovat všechny projevy komunikace, přičemž šepot je považován za mezistupeň ve směru k běžné komunikaci. Podle Tiché (2009) děti s elektivním mutismem mohou mít strach z vlastního zvuku hlasu, proto nejdříve začnou šeptat ve skupině šeptajících, pak ve dvojici, a až následně sám.

#### DOPORUČENÍ PRO SPRÁVNOU KOMUNIKACI

- respektovat, pokud jedinec s elektivním mutismem nemluví, nepřehánět vůči němu aktivitu, chybou je nadměrný zájem
- přehnaně nechválit, neprojevat zjevné čekání na odpověď
- nereagovat bouřlivě, pokud jedinec konečně promluví (může se tím zaleknout a zase upadnout do poruchy)
- neslibovat odměnu za verbální projev
- jednat s jedincem jako rovnocenným partnerem
- dovolit mu používat náhradní způsob komunikace,
- zachovat klid a trpělivost. (Kutálková, 2005; Tichá, 2009)

## 10.2 Narušení zvuku řeči

Tvorba zvuku řeči, hlas každého člověka, závisí zvláště na orgánovém stavu rezonančních dutin (hrtanová, hltanová, ústní, nosohltanová, nosní), kudy prochází přerušovaný a vibrující sloupec vzduchu z prostoru nad hlasivkami. Rezonance závisí na objemu a tvaru dutiny, jejího vstupního a výstupního otvoru i vzájemném uspořádání dutin. Zvuk řeči a míru nosní rezonance (nazality) ovlivňuje především správná funkce patrohltanového uzávěru, ale také průchodnost a prostornost dutin, poloha jazyka, čelistní úhel, intenzita výdechového proudu vzduchu a stupeň tlaku vzduchu v okolí nad, pod i v úrovni hlasivek, v nosohltanu a v hltanu za dutinou ústní. (Vokurka, Hugo, 2016)

### 10.2.1 HUHŇAVOST (RINOLALIE)

Huhňavost je projevem poruchy nosní rezonance, která může být patologicky zvýšená nebo snižená. Příčinou je nedostatečná funkce patrohltanového uzávěru, díky níž dochází k porušení rovnováhy mezi oralitou a nazalitou a výsledným akustickým dojmem je, že člověk

mluví výrazně „přes nos“ (hypernazalita) nebo se naopak nazální rezonance téměř nezapojuje (hyponazalita).

- OTEVŘENÁ HUHŇAVOST (s hypernazalitou)

K patologicky zvýšené nosovosti dochází, pokud jsou nosní a ústní dutina při tvorbě orálních hlásek propojeny a artikulační proud směřuje do úst namísto do nosu. Vnitřními příčinami mohou být různé periferní či centrální obrny, rozštěpy tvrdého a měkkého, zkrácené měkké patro, nedostatečný/nepřavidelný vývoj či patologická činnost svalstva měkkého patra. Toto postižení může být i získané, způsobené např. perforací měkkého či tvrdého patra způsobené atrofií tkáně, defekty patra po chirurgickém zásahu v dutině ústní, nádory apod. (Vokurka, Hugo, 2016) Otevřená huhňavost se projevuje neznelým vyslovováním samohlásek, čímž se mluvní projev stává velmi nesrozumitelným.

- ZAVŘENÁ HUHŇAVOST (s hyponazalitou)

K patologicky snížené až chybějící nosovosti dochází, pokud nosový výdechový proud vzduchu z důvodu zavřeného patrohltanového uzávěru nebo jiné překážky v nose nemůže nosem procházet. Artikulační vzduchový proud prochází dutinou ústní a ztrácí se tím nosovost. Nosové hlásky m, n, ň znějí jako b, d, d'.

Příčinami zavřené huhňavosti jsou chronické či alergické záněty nosní sliznice, polypy, deformace nosní přepážky, vrozené úzké nosní průduchy, nádory, orofaciální deformity apod.

Problémy se řeší v první fázi operativně, následuje logopedická péče s cílem nácviku dýchání nosem a správnou artikulaci nosovek. Při hypernazalitě se užívá cvičení ke zlepšení funkce patrohltanového uzávěru a tím i k lepší rezonanci. (Vokurka, Hugo, 2016)

### 10.2.2 PALATOLÁLIE

Palatolalie je porucha řeči, která doprovází rozštěp patra, případně rozštěp patra a rtu, řeč se vyvíjí na vývojově chybném základě. Příčiny jsou multifaktoriální, dochází ke kombinaci vlivů:

- endogenních (genetický přenos, 40% dědičnost)
- exogenních (virové, bakteriální, parazitní infekce v prvním trimestru, chemické látky, hypo či hypervitaminóza, negativní působení fyzikálních vlivů: rentgenové, ionizační, radioaktivní záření, mechanické poškození embrya, špatná životospráva matky, její vyšší věk (nad 38 let), diabetes, metabolické poruchy, psychická traumata).

Objevují se specifické poruchy rezonance a artikulace, nejčastěji je narušena výslovnost samohlásek (hypernazální zabarvení).



## 10.3 Narušení fluence řeči

### 10.3.1 KOKTAVOST (BALBUTIES)

Příčiny koktavosti nebyly dosud uspokojivě vysvětleny, existuje mnoho různých příčin, jedná se o poruchu s multifaktoriální příčinou.

Příčinou koktavosti je ve vysokém procentu dědičnost (uvádí se 30–40 %), dyskoordinace mozkových hemisfér a následná pravoemisférová dominance pro řeč, zvýšená aktivita pravé oblasti pro řeč, úloha neurotransmiterů, acidobazická rovnováha krve. (Valenta a kol., 2014, Lechta, 2009).

Lechta (2010) popisuje tři oblasti symptomů:

- dysfluence při mluvení (bývá narušována buď repetitivními částmi slov, celých slov, slovních zvrátů nebo prolongacemi, tj. prodlužováním hlásek a slabik),
- nadměrná námaha při artikulaci (projevuje se nebezpečnými pohyby hlavou, ztrátou zrakového kontaktu při dysfluenci, spasmy na krku, vegetativními příznaky),
- psychické napětí (uvědomuje si potíže, vzpomíná na podobné situace, očekává dysfluenci, obává se nebo se musí vyrovnávat se stigmatizací).

Objevují se slovní vmetky, parafráze, tiché pauzy, přerušovaná slova.

Balbuties se obecně projevuje zpomaleným verbálním projevem, vědomí neschopnosti fluentního projevu zvyšuje emoční napětí balbutika a fluence se ještě více zpomaluje nebo je narušována. Podle Vágnerové (2014) nejsou schopni koordinovat řeč s dechem, nápadné mohou být i mimické a pantomimické projevy, které jsou svázány snahou co nejplynuleji promluvit.

#### DOPORUČENÍ PRO KOMUNIKACI:

- klid, vytvoření bezpečného komunikačního prostředí, v němž nedává druhý partner najevo netrpělivost a nezvyšuje tím zátěžovost situace,
- je důležité udržovat oční kontakt, dává se tím najevo zájem, neubližovat soucitem,
- pozorně naslouchat, neupadat do rozpaků při doprovodných grimasách, dechových spasmech apod.,
- všimnout si, v jakých situacích se koktavost zhoršuje nebo zlepšuje, každý balbutik je jiný,
- při dysfluenci poskytnout dostatek času bez projevů netrpělivosti a dokončování vět, neopravovat řeč, nenapovídat, není jisté, že chce říct právě to, co si myslíte vy,
- nevyvolávat pocit časové tísně, nepřerušovat jeho projev, vyčkat, až balbutik řekne vše, co chtěl,
- vyhýbat se doporučením typu: „Ještě jednou.“, „Nadechni se.“, „Uvolni se.“ Čím více se zaměří na vlastní mluvní projev, tím hůře mluví. Může tak vzniknout až blokáda řeči,

- hovořit klidným, uvolněným, ale ne extrémně pomalým tempem řeči,
- je vhodné nevyzývat je přímo hovořit před celou skupinou,
- se souhlasem balbutika informovat jeho okolí o potížích, aby se problém ne-tabuizoval, např. ve školní třídě. (Lechta, 2010, Peutelschmiedová, 2001)

### 10.3.2 BREPTAVOST (TUMULTUS SERMONIS)

Podstatou poruchy je příliš rychlé tempo řeči, které může způsobit až nesrozumitelnost sdělovaného. Artikulace je setřelá, nedbalá, časté vynechávání slabik, spojování několika slov do jednoho. „*Dítě vyráží rychlý, ale nerytmický, trhavý proud řeči, často se přerývá, artikulace se stává nezřetelnou a řeč je pro okolí obtížně srozumitelná.*“ (Říčan, Krejčířová, 2015, 193).

Působí všemi směry, nejen na komunikaci, ale také čtení, psaní (může být dezintegrované, dysgrafické), rytmus, hudebnost, chování, doprovází ji většinou motorický neklid. Jedinci s tumultus sermonis nebývají dobrými posluchači. Na rozdíl od koktavosti mohou být projevy ovlivněny volným úsilím, alespoň na krátkou dobu.

Příčiny nejsou zcela jasné. Částečně hraje roli dědičnost, dále organický podklad (nedostatečná zralost CNS, minimální poškození v podkorové oblasti, drobné patologické změny na EEG).

#### DOPORUČENÍ PRO KOMUNIKACI:

- Při komunikaci je vhodné, aby byl jedinci s breptavostí poskytnut řečový a hlasový vzor, čímž lze nepřímo ovlivnit tempo mluvy. Je vhodné zpomalit vlastní tempo řeči, vokalizovat (lehké prodloužení vokálů, ale musí to znít ještě přirozeně), mluvit relaxovaně, s měkkým hlasovým začátkem.
- Pokud člověk s breptavostí zpomalí tempo řeči a koncentruje se na svůj mluvní projev, zpravidla se nadměrná akcelerace jeho tempa řeči snižuje, plynulost a srozumitelnost řeči se zlepšuje. (Mlčáková, 2011)
- Je vhodné také neverbálně komunikovat v přátelském tónu, udržovat zrakový kontakt.
- Zaměřit se na to, co nám jedinec říká, nechat ho dokončit promluvu, poskytnout mu dostatek času na formulaci myšlenek.
- Snažit se porozumět řečenému hned napoprvé, popř. reprodukovat sdělené, čímž si vzájemně ujasníme porozumění,
- Vytvořit klidnou, neuspěchanou atmosféru, dostatečný časový prostor pro formulaci odpovědi člověka s breptavostí.
- Jakmile domluví, je vhodné chvíli počkat, zda nechce něco dodat (Mlčáková, 2011)

## 10.4 Narušení článkování řeči (poruchy artikulace)

### 10.4.1 DYSLALIE (PATLAVOST)

Nejrozšířenější narušení komunikační schopnosti, jejíž podstatou je neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupinu hlásek podle příslušných jazykových norem. Narušena je především jazyková rovina foneticko-fonologická.

Podstatou poruchy je obecně interference mezi strukturou a funkcí řečových a sluchových mechanismů mozku.

#### DEFINICE

Df

Projevuje se vynecháváním hlásek (eliminace, mogilalie), nahrazováním obtížné hlásky hláskou jinou, artikulačně blízkou (substituce, paralalie), vadnou výslovností (r: rotacismus, l: lambdacismus, s: sigmatismus, atd.).

Dyslalie se nejvíce vyskytuje u dětských klientů a většinou také ještě v dětství dochází ke korekci. Dospělý člověk na svou výslovnost už navykl a reedukace se většinou již nepodaří.

### 10.4.2 DYSARTRIE

Dysartrie je porucha motorické realizace řeči na základě organického poškození centrálního nervového systému.

#### DEFINICE

Df

Objevuje se v souvislosti s dětskou mozkovou obrnou nebo může vznikat v průběhu života, např. v důsledku poranění mozku, nádorů, úrazů, encefalitidy, meningitidy, intoxikace, cévního onemocnění, zánětlivého onemocnění mozku, traumat hlavy, degenerativní onemocnění CNS, mozkových nádorů.

V různé míře jsou přítomny i poruchy respirace, fonace, rezonance a prozódie.

#### DOPORUČENÍ PRO KOMUNIKACI

U jedinců s dysartrií mnohdy může být mluva obtížně srozumitelná, proto se doporučuje:

- být tolerantní k pomalejší promluvě a omezení mluvy,
- poskytnout dostatek času, nemluvit netrpělivě,
- podporovat kratší úseky v komunikaci, protože při dlouhém sdělení se řeč zpravidla zhorší,
- sledovat pozorně osvětlená ústa mluvícího, dát najevo snahu rozumět,
- lze opakovat srozumitelnou část sdělení, otázkou usměrnit další projev,
- je-li osoba fyzicky schopna psát, využít i písmo, poskytnout podmínky pro psaní. (Neubauer, 2007)

## 10.5 Poruchy hlasu

„O poruchách hlasu mluvíme tehdy, když se hlas jedince odlišuje od hlasu jiných lidí stejného věku, pohlaví a společensko-kulturního prostředí v jeho jednotlivých attributech, jako jsou výška, síla, kvalita, rezonance, barva a flexibilita hlasu.“ (Lechta a kol., 2016, s. 336).



## DEFINICE

Poruchy hlasu mohou být orgánové nebo funkční. Funkční poruchy hlasu vznikají nejčastěji z přemáhání hlasu, psychogenní poruchy nebo hlasové neurózy. (Jedlička, 2003)

Poruchy hlasu vznikají spolupůsobením anatomických, fyziologických, psychických a environmentálních faktorů.

Z realizovaných výzkumů je zjevné, že poruchy hlasu děti vnímají velmi citlivě, spojují je s prožitkem smutku, hněvu, starší děti dokonce s nervozitou a rozpaky doprovázejícími verbální komunikaci. V období dospívání mohou tato vnímaná omezení ovlivnit výběr povolání. (Lechta, 2016)



## SHRNUTÍ KAPITOLY

Komunikační schopnost může být narušena v mnoha rovinách, má mnoho symptomů a velmi často je spojena se stigmatizací jedince, pokud se s ním nepracuje adekvátním způsobem ve správném období. Mezi základní typy narušené komunikační schopnosti patří poruchy centrální (vývojová dysfázie, afázie, mutismus), poruchy zvuku řeči (huhňavost, palatolálie), poruchy fluence (balbuties a breptavost), poruchy artikulace řeči a poruchy hlasu.

Široké spektrum poruch má různé příčiny, projevy, a s tím spojená i různá doporučení pro komunikaci. Jedno však mají všichni společné: při komunikaci je nutné vytvářet bezpečné prostředí, působit klidně a nespěchat, nedat najevo netrpělivost nebo soucit. Tím se komunikace výrazně usnadní.



## KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jaký je rozdíl mezi vývojovou afázií a dysfázií?
2. Co můžeme zařadit mezi centrální poruchy řeči a jak se jednotlivé typy poruch od sebe odlišují z hlediska příčin?
3. Co bývá příčinou poruch zvuku řeči a jaké možnosti řešení se nejčastěji využívají?
4. Jaký je zásadní rozdíl mezi balbuties a tumultus sermonis?
5. Jaká existují doporučení při komunikaci s koktavým a v čem se liší od doporučení pro komunikaci s breptavým?
6. Jaké bývají nejčastější typy dyslálií?
7. Co bývá největším problémem při komunikaci s osobou s dysartrií?



## KORESPONDENČNÍ ÚKOL

- Popište v rozsahu 3 NS zásady práce s člověkem se získanou afázií.

- Zpracujte soubor doporučení pro práci s afatiky. Rozsah: 3 NS. Vycházejte minimálně z 3 odborných zdrojů, řádně citujte a parafrázujte.
- Porovnejte odborné informace o podstatě poruchy balbuties z 80. let 20. století a současnosti. Vyhledejte deset pravidel pro komunikaci s dospělým balbutikem a deset zásad pro balbutiky samotné. Rozsah: 3 NS. Vycházejte minimálně z 3 odborných zdrojů, řádně citujte a parafrázujte.

### PRO ZÁJEMCE



- Vyhledejte svépomocné české i zahraniční spolky nebo organizace (nikoli logopedické poradny), které podporují kvalitu života u jedinců s narušenou komunikační schopností. U každé organizace uveďte název, statut, cílovou skupinu a základní nabízené služby. (Minimálně 3 zdroje, 1 zahraniční, rozsah 5 NS)

### DALŠÍ ZDROJE



HUGO, Jan a VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-464-7.

JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-056-9.

LECHTA, Viktor a kol. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1123-5.

LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.

LECHTA, Viktor. *Zajakavosť*. In KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

MLČÁKOVÁ, Renata. *Osoby s narušením komunikační schopnosti*. In: MICHALÍK, Jan. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, s. 409–497. ISBN 978-80-7367-859-3

NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Čtení o koktavosti*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-003-0.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0258-0.

ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., akt. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

TICHÁ, Erika. Mutizmus. In: KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia. a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009, s. 273–289. ISBN 978-80-223-2574-5.

VÁGNEROVÁ, Marie *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

## 11 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE

### RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Komunikace je významnou lidskou potřebou, která ovlivňuje rozvoj osobnosti člověka, možnosti jeho vzdělávání a socializace. Mnoho jedinců má tak těžký stupeň postižení, že nejsou schopni komunikovat běžnými prostředky, dochází u nich k narušení nebo až zne-možnění komunikačního procesu. Mnoho osob je odkázáno na systémy alternativní a aug-mentativní komunikace (AAK), jejichž cílem je minimalizovat možnost vzniku komuni-kačního deficitu a vytvořit nový podpůrný či náhradní komunikační kanál, jenž umožní jedincům s narušenou komunikační schopností stát se rovnocennými komunikačními part-nery. Rozvoj těchto systémů nastal až v 90. letech 20. století.

### CÍLE KAPITOLY



Student pochopí podstatu užití augmentativní a alternativní komunikace. Ujasní si různé způsoby členění systémů podle hlediska způsobu přenosu informace, podle druhu senzorického kanálu, který informaci zprostředkovává; podle konečnosti počtu znaků a podle užití speciálních pomůcek. Pochopí dále podstatu vybraných komunikačních systémů (TA-DOMA, Znak do řeči, MAKATON, piktogramy, systém BLISS).

### KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Alternativní komunikace, augmentativní komunikace, Lormova abeceda, TADOMA, Znak do řeči, MAKATON, piktogramy, systém BLISS.

### ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



1. Ke studiu kapitoly bude potřeba odhadem asi 1 hodina.
2. Odpovědi na otázky: 20 minut.
3. Vypracování korespondenčního úkolu: 2 hodiny.
4. Vypracování úkolu pro zájemce: 4 hodiny.
5. Autoevaluační test: 5 minut.

## STUDIJNÍ TEXT

**11.1 Zdůvodnění užívání alternativní a augmentativní komunikace**

Alternativní a augmentativní komunikace se užívá u jedinců, u kterých se vyskytla závažná porucha komunikace, a to nejčastěji v důsledku:

- vrozených poruch (dětské mozkové obrny, těžké sluchové postižení, těžké vývojové vady řeči, mentální postižení, autismus, kombinované postižení)
- získaných poruch (po mozkové cévní příhodě, úrazech mozku, nádorech mozku, získaného těžkého sluchového postižení, získaných kombinovaných postižení)
- degenerativních onemocnění (sklerózy multiplex, muskulární dystrofie, amyotrofické laterální sklerózy, Parkinsonovy choroby, Huntingtonovy choroby, Alzheimerova syndromu).

Bendová (2011) považuje alternativní a augmentativní komunikaci za multidisciplinární rozvíjející se oblast, která umožňuje osobám s postižením být rovnocennými komunikačními partnery, nabízí možnost dorozumívat se, komunikovat s okolím, vyjádřit své přání, pocity, reagovat na podněty, dosáhnout svých práv či porozumění.

Podle Řičana, Krejčířové (2015) je také výhodou možnost samostatného rozhodování, zapojení osob s postižením do činnosti a možnost zapojení všech do konverzace, tedy rozšíření možností aktivní komunikace. Klenková (2006) zdůrazňuje význam spočívající ve zmírnění dopadu frustrace z nepochopení.

- Alternativní (náhradní) komunikace slouží jako náhrada mluvené řeči v případě nevyvinuté řeči nebo ztráty schopnosti verbálně komunikovat.
- Augmentativní (z lat. augmentare, rozšiřovat, zvětšovat) zase podporuje stávající komunikační schopnosti a dovednosti. Tyto schopnosti a dovednosti jsou však nedostačující pro dorozumívání, proto rozšiřující komunikační systémy ulehčují porozumění řeči a podporují schopnost vyjádřit se (Klenková, 2006).

Podle Millera a Scotta (in Šarounová, 2014) většina osob využívajících alternativní a augmentativní komunikaci používá více komunikačních prostředků, které podle potřeby kombinují, doplňují komunikaci gesty, pomůckami technickými i netechnickými. V alternativní a augmentativní komunikaci jde o to nalézt cestu, způsob či formu, jak komunikovat a podpořit konkrétního člověka. Do systému lze zařadit také oční kontakt, mimiku, gesta, znakový jazyk či prstovou abecedu. Využívají se obrázky a piktogramy, ale i reálné fotografie, předměty, symboly, počítače ovládané zrakem, pomůcky s hlasovým výstupem (Klenková, 2006).

*„Podpora metodami augmentativní a alternativní komunikace se obvykle užívá pro děti i dospělé s těžkými komunikačními poruchami na podkladě různých diagnóz, nejčastěji dětské mozkové obrny (DMO), dnes také nazývané mozková obrna (MO), poruchy autistického spektra (PAS), mentálního postižení, kombinovaného postižení, cévní mozkové příhody*



(CMP- tzv. mozková mrtvice), progresivních neurologických onemocnění atd. Mohou ji využívat lidé, kteří mají velmi dobrý kognitivní potenciál, ale i lidé s těžkým mentálním postižením nebo demencí“ (Šarounová, 2014, s. 12-13).

Krejčířová (2011) doplňuje výčet poruch o těžké sluchové postižení, vývojové vady řeči a získané poruchy způsobené úrazem, nádory mozku a nevynechává ani degenerativní onemocnění.

## 11.2 Charakteristika systémů alternativní a augmentativní

AAK lze dělit z několika různých směrů:

1. z hlediska způsobu přenosu informace:
  - statické (např. piktogramy, Bliss systém)
  - dynamické (založeny na aplikaci znaků a gest, např. znaková řeč, Makaton)
2. podle druhu sensorického kanálu, který informaci zprostředkovává:
  - akusticko-taktilní (Braillovo písmo, písmo na dlaň a prsty ruky...)
  - optické (mimicko-gestikulační komunikace, znaková řeč, daktylotika, písmo, znakové systémy)
  - opto-akustické a vibrační systémy (orální komunikace, totální komunikace, komunikace pomocí vibračních zařízení)
3. podle konečnosti počtu znaků:
  - uzavřené (znak má vždy jeden a týž slovní i obsahový význam)
  - otevřené (nekonečný počet znaků, jejich kombinací vznikají nové významy). (Ludíková, 2005)
4. podle užití speciálních pomůcek:
  - a. **systémy, které při komunikaci nevyžadují pomůcky:**
    - cílený pohled, výrazy obličeje, gesta, držení těla,
    - manuální znaky a systémy
      - znakový jazyk, znakovaná čeština, prstová abeceda,
      - LORMOVA ABECEDA: dlaňová abeceda vhodná především pro prakticky či totálně hluchoslepé osoby. Jednotlivé doteky do dlaně hluchoslepé osoby odpovídají konkrétním písmenům.
      - metoda TADOMA (u slepohluchých, jde o hmatové čtení řeči; *ruka komunikanta se dotýká obličeje a krku komunikátora tak, že se palcem dotýká rtů, cítí i pohyby čelistí a jazyka. Ostatní prsty ohmatávají vibrace na tvářích, čelistech a hrdle.*
      - Znak do řeči využívá řeči těla, tj. přirozená gesta a mimiku. Janovcová (2010, s. 25) uvádí, že „pomocí řeči těla můžeme vyjádřit až 80 procent našich pocitů, přání a nejrůznějších sdělení“. Šarounová a kol. (2014) popisuje, že znaky jsou rozděleny do 15 okruhů, rodina, lidé a povolání,

domácnost, oblečení, jídlo, škola, barvy, zvířata, příroda, vlastnosti, činnosti, doprava, čas, předložky, příslovce a další slova, věty, říkanky, písničky a pohádky.

b. **systémy vyžadující pomůcky:**

- **netechnické (jednoduché pomůcky, které nemají hlasový výstup)**
  - **MAKATON** (je tvořen manuálními znaky a symboly), základ tvoří 350 symbolů a slov, které jsou pohybově snadné s jasně rozpoznatelným významem. Systém je seřazen podle obtížnosti vzestupně s ohledem na koordinaci pohybů při provádění. Individuální slovník obsahuje zhruba 35-40 slov. Zavádění Makatonu do praxe je spjato se znakováním klíčových slov, rytmizací mluvené řeči, mimikou a demonstrací symbolů. (Bendová, 2011).
  - **PIKTOGRAMY** (obrázkové symboly) jsou maximálně zjednodušené nákresy, které zobrazují zákazy, omezení, varování nebo jsou informačního charakteru. Při zavádění piktogramů (symbolů) je dle Kubové (1996) nutné postupovat pomalu, postupně, až poté, co jsou první symboly bezpečně upevněny, je možné zavádět symboly další. Těžištěm práce je jejich používání v praktickém životě. Symboly jsou sestavovány do tzv. komunikačních tabulek, které vycházejí z možností a potřeb uživatele, odpovídají jeho zvyklostem při organizaci symbolů v ploše, v prostoru, různá velikost tabulky, velikost a umístění symbolů, vyhledávají barevný kontrast, zohledňuje rovněž jazykové potřeby (Laudová, 2014).
  - **Systém BLISS** je vhodný pro jedince s poruchou komunikace osob s centrálními poruchami motoriky, s dysartrií, anartrií, afatiky, autisty, mentálně postižené. (Janovcová, 2010) Bliss systém je univerzální obrázková řeč s vnitřní systémovou logikou. Systém, který se skládá z poměrně abstraktních symbolů, geometrických tvarů, jejichž různá velikost, orientace a poloha demonstrují i diferencované pojmenování. Symboly jsou sestaveny z 26 jednoduchých grafických (geometrických) prvků, ze kterých vzniklo 2300 symbolů (slov). Pro každého uživatele se zpracovávají do individuálních komunikačních tabulek.
- **technické pomůcky** (elektronické komunikační pomůcky a počítače jednoúčelové pomůcky pro komunikaci a počítač), které mají:
  - možnost hlasového výstupu (nahrávka na mikrofon nebo v podobě syntetického hlasu),
  - možnost zobrazení jednotlivých prvků sdělení (formou obrázku či fotografie v papírové či elektronické podobě),
  - možnost zobrazení hotového sdělení (komunikační řádek),
  - možnost přehrání sdělení přímým stiskem tlačítka i prostřednictvím externího spínače (Šarounová, 2014).

Výběr jednotlivých dorozumívacích systémů je zcela individuální, jejich volba záleží na době vzniku postižení, na charakteru a závažnosti postižení, na věku, vývojové úrovni a na psychickém a fyzickém stavu jedince s postižením. (Renotierová, Ludíková, 2006)

## SHRNUTÍ KAPITOLY



Augmentativní a alternativní komunikace je nutná využívat u těžkých poruch komunikačních dovedností z důvodu zachování kvality života jedince s postižením, pochopení jeho potřeb a přání. Augmentativní komunikace slouží k doplnění a podpoře rozvoje již existujících, ale pro běžné dorozumívací potřeby nedostatečně rozvinuté komunikační kompetence. Alternativní systémy se používají jako náhrada přirozeného jazyka.

Systémy AAK se člení podle hlediska způsobu přenosu informace, podle druhu senzorickeho kanálu, který informaci zprostředkovává; podle konečnosti počtu znaků a podle užití speciálních pomůcek. V praxi se nejčastěji setkáme s těmito komunikačními systémy: metodou TADOMA, Znakem do řeči, systémem MAKATON, piktogramy, systémem BLISS.

## KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Jaký je rozdíl mezi alternativní a augmentativní komunikací?
2. Pro jakou skupinu osob má AAK přínos?
3. Vyjmenujte čtyři způsoby členění systémů AAK.
4. Vysvětlete podstatu metody TADOMA.
5. Vysvětlete podstatu Lormovy abecedy.
6. Vysvětlete podstatu metody MAKATON.
7. Vysvětlete podstatu metody Znak do řeči.
8. Vysvětlete podstatu metody BLISS systém.

## KORESPONDENČNÍ ÚKOL



- Vyhledejte informace o existujících systémech AAK, které vyžadují technické pomůcky. Zpracujte přehled využívaných technických pomůcek v České republice. Rozsah: 3 NS. Vycházejte minimálně z 3 odborných zdrojů, řádně citujte a parafrázujte.

## PRO ZÁJEMCE



- Popište podrobně jednu z metod AAK. (Minimálně 3 zdroje, 1 zahraniční, rozsah 5 NS)



**DALŠÍ ZDROJE**

BENDO VÁ, Petra. *Základy somatopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2620-4.

HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN: 978-80-7372-789-5

JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN: 978-80-210-5186-7

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

LAUDO VÁ, Lucie. *Alternativní a augmentativní komunikace*. ŠKODOVÁ, Eva a kol. *Klinická logopedie*. 2., akt. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 565–585. ISBN 978-80-7367-340-6.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. Olomouc: Studio Nakladatelství Olomouc, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9

ŠAROUNOVÁ, Jana a kol. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0

KREJČÍŘOVÁ, Olga a kol. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb*. Vsetín: Vzdělávací a komunitní centrum Integra, 2011. ISBN 978-80-260-0059-4.

KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*: [metodická příručka]. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.

RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše, a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

## LITERATURA

1. ANTONOVA, Marika. *Rytmus jako prostředek jevištního projevu neslyšícího herce*. 1. vyd. Brno: Janáčkova akademie múzických umění v Brně, 2011. ISBN 978-80-7460-008-1.
2. BARVÍKOVÁ, Jana a kol. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání: dílčí část*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4616-5.
3. BENDO VÁ, Petra. *Základy somatopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2620-4.
4. BENEŠ, Pavel a VRUBEL, Martin. *Oftalmologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2017. ISBN 978-80-7315-264-2.
5. BUBENÍČKOVÁ, Hana, KARÁSEK, Petr a PAVLÍČEK, Radek. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012. ISBN 978-80-260-1538-3.
6. ČERMÁK, Michal. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. ISBN 978-80-87181-08-9.
7. ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.
8. *Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání*. Podpůrná opatření – výčet, členění, příklady [online]. Praha: COSIV, 2018 [cit. 21. 2. 2019]. Dostupné z: <https://cosiv.cz/cs/2017/03/01/podpurna-opatreni-vycet-cleneni-priklady/>.
9. *Český statistický úřad*. Výběrové šetření zdravotně postižených osob – 2013 [online]. Praha: CSÚ, 2014 [cit. 2. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvsb>.
10. ERIKSON, Erik H. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-380-8.
11. FISCHER, Slavomil et al. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.
12. HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. ISBN 978-80-7290-619-2.
13. HANKOVÁ, Magdalena a VÁVROVÁ, Soňa. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0012-5.
14. HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

15. HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí: komplexní péče*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-623-6.
16. HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN: 978-80-7372-789-5
17. HRUBÝ, Jaroslav. *Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Tiché učení, 2010. ISBN 978-80-904786-1-9.
18. HUDÁKOVÁ, Andrea. *Ve světě sluchového postižení: informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. Praha: Středisko rané péče Tamtam, 2005. ISBN 80-86792-27-7.
19. HUGO, Jan a VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-464-7.
20. JANKŮ, Kateřina a HARČÁŘIKOVÁ, Terézia. *Multidimenzionalita tělesného postižení z pohledu komplexní rehabilitační péče*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2016. ISBN 978-80-7464-886-1.
21. JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN: 978-80-210-5186-7
22. JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
23. JESENSKÝ, Ján a kol. *Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně-edukačních pracovníků tyflopédického spektra*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5.
24. JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
25. JEŠINA, Ondřej a kol. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2946-5.
26. JEŠINA, Ondřej a kol. *Úvod do didaktiky aplikovaných pohybových aktivit žáků s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3939-6.
27. KANTOR, Jiří a kol. *Psychosociální aspekty omezení hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3708-8.
28. KIMPLOVÁ, Tereza a KOLAŘÍKOVÁ, Marta. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?: souhrn (nejen) psychologické problematiky*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-831-3.
29. KIMPLOVÁ, Tereza. *Ztráta zraku: úvod do psychologické problematiky*. Ostrava: Pedagogická fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. ISBN 978-80-7368-917-9.
30. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
31. KOLÁŘ, Pavel a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
32. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, KREJČÍŘOVÁ, Olga a MÜLLER, Oldřich. *Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3716-3.

33. KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra, 2014. ISBN 978-80-903863-2-7.
34. KREJČÍŘOVÁ, Olga a kol. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb*. Vsetín: Vzdělávací a komunitní centrum Integra, 2011. ISBN 978-80-260-0059-4.
35. KREJČÍŘOVÁ, Olga, KOZÁKOVÁ, Zdeňka a MÜLLER, Oldřich. *Teoretická východiska speciální pedagogiky u osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3715-6.
36. KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Metodická specifika počátečního vzdělání jedinců s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3713-2.
37. KROUPOVÁ, Kateřina a kol. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5264-8.
38. KRŽÍKOVSKÁ, Petra a kol. *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3375-2.
39. KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí: [metodická příručka]*. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.
40. KUDLÁČEK, Martin a kol. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3938-9.
41. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-056-9.
42. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2., dopl. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.
43. LANGER, Jiří. *Komunikace osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3674-6.
44. LANGER, Jiří. *Speciálněpedagogická andragogika a gerontoandragogika*. In *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 79-85. ISBN 80-244-1479-1.
45. LANGER, Jiří. *Student se sluchovým postižením na vysoké škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4214-3.
46. LAUDOVÁ, Lucie. *Alternativní a augmentativní komunikace*. ŠKODOVÁ, Eva a kol. *Klinická logopedie*. 2., akt. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 565–585. ISBN 978-80-7367-340-6.
47. LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
48. LECHTA, Viktor a kol. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1123-5.
49. LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.
50. LECHTA, Viktor. *Zajakavost'*. In KEREKRÉTIOVÁ, A., a kol. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

51. LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
52. LEONHARDT, Annette a VOGEL, Arno. *KI pro děti: [informace o kochleárních implantátech pro neslyšící a nedoslýchavé rodiče]*. Praha: Centrum kochleárních implantací u dětí ORL kliniky 2. LF UK, 2014. ISBN 978-80-260-5874-8.
53. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. Olomouc: Studio Nakladatelství Olomouc, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
54. MICHÁLEK, Michal. *Lidská práva a zrakové postižení* [online]. Praha: Sdružení Okamžik, 2011 [cit. 21. 3. 2019]. Dostupné z: [http://www.okamzik.cz/view/okamzik/Kurzy\\_zp/Studijni\\_materialy\\_osvetovy\\_pracovnik/M.Michalek\\_Lidska\\_prava\\_a\\_zrakove\\_postizeni.pdf](http://www.okamzik.cz/view/okamzik/Kurzy_zp/Studijni_materialy_osvetovy_pracovnik/M.Michalek_Lidska_prava_a_zrakove_postizeni.pdf).
55. MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
56. mkn.pdf>. [cit. 2017-04-18].
57. MKN-10, aktualizovaná 2. verze k 1. 1. 2009. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/>
58. MLČÁKOVÁ, Renata. Osoby s narušením komunikační schopnosti. In: MICHALÍK, Jan. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, s. 409–497. ISBN 978-80-7367-859-3
59. MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD, 2017. ISBN 978-80-7392-260-3.
60. MÜLLER, Oldřich. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0231-9.
61. MÜLLER, Oldřich. Expres jako prostředek rozvoje osobnosti a terapie. In FRIEDLOVÁ, Martina, ed. a LEČBYCH, Martin, ed. *Expresivní terapie jako podpora kvality života u různých klientských skupin*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, s. 13-37. ISBN 978-80-244-4599-1.
62. MÜLLER, Oldřich. Služby osobám se specifickými potřebami v dospělosti a stáří. In POLÁCHOVÁ VAŠŤATKOVÁ, Jana, ed., VYHNÁLKOVÁ, Pavla, ed. a KUČEROVÁ, Anna. *Moderní trendy ve speciální pedagogice s přesahem do sociální sféry*. Olomouc: Hanex, 2008, s. 53-61. ISBN 978-80-7409-014-1.
63. MÜLLER, Oldřich. *Speciálněpedagogická gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3688-3.
64. NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
65. NOVÁK, Alexej. *Foniatrie a pedaudiologie III.: základy fyziologie a patofyziologie řeči, diagnostika a léčba poruch řeči*. Praha: vlastní náklad, 1997. ISBN 80-238-1090-1.
66. NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
67. PANSKÁ, Svatava. *Aplikované pohybové aktivity osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3655-5.



68. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Čtení o koktavosti*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-003-0.
69. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0258-0.
70. PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie: základní informace o oboru pro všechny pracovníky v rehabilitaci*. Praha: Rehalb, 2001. ISBN neuvedeno
71. PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
72. PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení = From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7581-8.
73. PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Social inclusion of people with intellectual disabilities*. 1st ed. Brno: Masaryk University, 2015. ISBN 978-80-210-7726-3.
74. PIVARČ, Jakub. *Poznátky o žákovských prekonceptcích mentálního postižení v kontextu proměny paradigmatu současného vzdělávání*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2017. ISBN 978-80-7290-952-0.
75. POTMĚŠIL, Miloň a kol. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5184-3.
76. PROCHÁZKOVÁ, Lucie et al. *Speciální andragogika: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2014. ISBN 978-80-7315-254-3.
77. REKTOR, Ivan a kol. *Centrální poruchy hybnosti v praxi: Movement Disorders*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-418-7.
78. RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše, a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
79. ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015.
80. SEDLÁČKOVÁ, Kamila. *Specifika komunikace dospělých osob po kochleární implantaci*. Olomouc, 2017. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta.
81. SKÁKALOVÁ, Tereza. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. ISBN 978-80-7435-628-5.
82. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9
83. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.
84. SOLOVSKÁ, Vendula a kol. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.
85. ŠAROUNOVÁ, Jana a kol. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0
86. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a STEINOVÁ, Danuše. *Trénování paměti: metodická příručka*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009. ISBN 978-80-87142-08-0.
87. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

88. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta, 2012. ISBN 978-80-7320-176-0.
89. TICHÁ, Erika. Mutizmus. In: KERÉKRÉTIÓVÁ, Aurélie. a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009, s. 273–289. ISBN 978-80-223-2574-5.
90. VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
91. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
92. VALEČKOVÁ, Hana. *Základy psychologie osobnosti: studijní opora*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, 2011. ISBN 978-80-7248-667-0.
93. VALENTA, Milan a kol. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.
94. VALENTA, Milan et al. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
95. VALENTA, Milan et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
96. WIENER, Pavel a RUCKÁ, Renata. *Terapie zrakového handicapu*. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006a. ISBN 80-239-6774-6.
97. WIENER, Pavel. *Prostorová orientace zrakově postižených*. 3., upr. vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006b. ISBN 80-239-6775-4.

## SHRnutí STUDIjNÍ OPORY

Studijní opora předmětu zabývajícího speciální pedagogikou zaměřenou na seniory všem studentům humanitně zaměřených studijních programů, kteří se mohou ve své budoucí profesi setkat s klienty – seniory.

Studijní text nabízí řadu témat, která jsou zpracována dle aktuálních poznatků mnoha vědních disciplín, zvláště speciální pedagogiky, somatologie, psychologie. Podrobným studiem získáte nezbytný základ pro pochopení všech souvisejících či navazujících předmětů, ale také pochopíte specifičnost reakcí seniorů, kterým laik nemusí přesně rozumět.























Důležité je studium nepodcenit.

V textu najdete i řadu podnětů v rámci úkolů pro zájemce či korespondenčních úkolů, z nichž řada může být podnětem pro Vaši bakalářskou práci. I když je to předmět prvního ročníku, je opravdu základním stavebním kamenem.

Jsem ráda, že jste dočetli až sem a mám naději, že nám to společně při výuce či zkoušení půjde hladce a sami mne budete obohacovat tím, co nastudujete kromě tohoto oporou daného základu.

Marta Kolaříková

## PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Název: **Speciální gerontagogika**

Autor: Marta Kolaříková

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě  
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 181

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.