



**SLEZSKÁ  
UNIVERZITA**  
FAKULTA VEŘEJNÝCH  
POLITIK V OPAVĚ

---

Základy speciální pedagogiky

---

**DISTANČNÍ STUDIJNÍ TEXT**

**Marta Kolaříková**

**Opava, 2017**

**Studijní opora:** je vhodná pro podporu distanční formy studia studentů studijních programů Sociální patologie a prevence, Učitelství pro střední školy, Veřejná správa a sociální politika

**Klíčová slova:** vypsát abecedně vybraná slova z jednotlivých kapitol paradigma speciální pedagogiky, pedagogické disciplíny, psychopedie, logopedie, etopedie, tyflopédie, surdopedie, somatopedie, speciální pedagogika osob s vícečetným postižením, speciální pedagogika jedinců se specifickými vývojovými poruchami učení a chování; defektologie, nápravná pedagogika, defektní děti, defekt, postižení, handicap, edukace, reedukace, kompenzace, rehabilitace, socializace, resocializace, inkluze, prevence, Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MFK)

**Anotace studijní opory:** Cílem je poskytnout studentům ucelené informace o pedagogické disciplíně speciální pedagogika, jejím postavení v systému věd a aktuálních trendech. Studenti získají přehled o jednotlivých druzích postižení a poruch, o rodině s postiženým jedincem, o specifčnosti vývoje jedinců s různým typem postižení, jejich začlenění do vzdělávací soustavy v rámci speciálního školství nebo individuálních vzdělávacích programů, o profesním uplatnění a zapojení do života společnosti. Současně je cílem podat informace o speciálně-pedagogické diagnostice, terapii a prevenci.

**Výstupy z učení** Oborové znalosti: Student umí definovat podstatu a cíle základních disciplín speciální pedagogiky, umí charakterizovat jednotlivé druhy postižení, zná možnosti jejich kompenzace, vzdělávání a poradenské práce.

Oborové dovednosti: Student se dokáže orientovat ve specifčnostech vyplývajících z jednotlivých druhů a stupňů postižení, dokáže zvažovat možnosti individuálního rozvoje jedince, zná nabídku vzdělávacích a poradenských služeb. 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 osob s postižením, dokáže navrhnout možnosti preventivního působení v této oblasti.

Autor studijní opory: Mgr. et Mgr. Marta Kolaříková, Ph.D.

## Obsah

ÚVOD .....	10
1 Speciální pedagogika, cíl a předmět oboru. Postavení speciální pedagogiky v soustavě věd. Členění speciální pedagogiky, definování základního vymezení jednotlivých speciálně pedagogických disciplín. Současné trendy v přístupu k osobám s postižením.....	11
1.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY .....	11
1.2 CÍLE KAPITOLY .....	11
1.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY .....	11
1.4 VÝKLADOVÁ ČÁST .....	11
1.4.1 Vymezení speciální pedagogiky jako pedagogické disciplíny .....	11
1.4.2 Cílové skupiny .....	12
1.4.3 Cíle speciální pedagogiky.....	13
1.4.4 Předmět speciální pedagogiky.....	13
1.4.5 Disciplíny speciální pedagogiky .....	13
1.4.6 Něco málo o vývoji názvu disciplíny .....	14
1.4.7 Postavení speciální pedagogiky v soustavě věd .....	14
1.5 SHRUTÍ.....	15
1.6 KONTROLNÍ OTÁZKY .....	15
1.7 KORESPONDENČNÍ ÚKOL .....	15
1.8 ZDROJE .....	15
1.9 PRO ZÁJEMCE .....	16
2 Definování základních pojmů, systém péče o jedince s postižením od narození do stáří včetně aktuálních legislativních změn směřujících k inkluzivnímu vzdělávání .....	17
2.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY .....	17
2.2 CÍLE KAPITOLY .....	17
2.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY .....	17
2.4 VÝKLADOVÁ ČÁST .....	17
2.4.1 Základní pojmotvorný aparát a terminologie.....	17
2.4.2 Defekt / deficit / Impairment .....	18
2.4.3 Postižení / Disability .....	19
2.4.4 Znevýhodnění / defektivita / Handicap .....	19
2.4.5 Socializace.....	19
2.4.6 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví .....	21

2.4.7	Další pojmy .....	21
2.4.8	Školská integrace a inkluze.....	21
2.4.9	Legislativní rámec společného vzdělávání.....	23
2.5	SHRNUTÍ.....	24
2.6	KONTROLNÍ OTÁZKY .....	24
2.7	KORESPONDENČNÍ ÚKOL .....	24
2.8	ZDROJE .....	24
2.9	PRO ZÁJEMCE .....	26
3	Rodina s postiženým dítětem. Postoje společnosti k jedincům s postižením i postižených ke společnosti. ....	27
3.1	RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY .....	27
3.2	CÍLE KAPITOLY .....	27
3.3	KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY .....	27
3.4	VÝKLADOVÁ ČÁST .....	27
3.4.1	RODINA JEDINCE S POSTIŽENÍM.....	27
3.4.2	POSTOJE.....	31
3.5	SHRNUTÍ.....	38
3.6	KONTROLNÍ OTÁZKY .....	38
3.7	KORESPONDENČNÍ ÚKOL .....	38
3.8	ZDROJE .....	39
3.9	PRO ZÁJEMCE .....	40
4	Metody speciální pedagogiky. Výzkumné strategie a přístupy. ....	41
4.1	RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY .....	41
4.2	CÍLE KAPITOLY .....	41
4.3	KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY .....	41
4.4	VÝKLADOVÁ ČÁST .....	41
4.4.1	Diagnostické metody.....	41
4.4.2	Metody nápravné, regulační .....	42
4.4.3	Metody terapeutické.....	44
4.4.4	Metody preventivní.....	46
4.4.5	Metody výzkumné.....	46
4.5	SHRNUTÍ.....	46
4.6	KONTROLNÍ OTÁZKY .....	47
4.7	KORESPONDENČNÍ ÚKOL .....	47

4.8	ZDROJE .....	47
4.9	PRO ZÁJEMCE .....	48
5	Tyflopedie – terminologie, klasifikace, etiologie. Specifičnost vývoje jedinců se zrakovým postižením. Kompenzační pomůcky. Zásady komunikace. Vzdělávací a poradenské instituce. ....	49
5.1	RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY .....	49
5.2	CÍLE KAPITOLY .....	49
5.3	KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY .....	49
5.4	VÝKLADOVÁ ČÁST .....	49
5.4.1	Zrakové postižení.....	49
5.4.2	Příčiny zrakového postižení.....	52
5.4.3	Stupně zrakového postižení .....	53
5.4.4	Kompenzační pomůcky.....	56
5.4.5	Zásady komunikace s lidmi se zrakovým postižením .....	59
5.4.6	Poradenské a vzdělávací instituce.....	60
5.5	SHRNUTÍ.....	62
5.6	KONTROLNÍ OTÁZKY .....	63
5.7	KORESPONDENČNÍ ÚKOL .....	63
5.8	ZDROJE .....	63
5.9	PRO ZÁJEMCE .....	64
6	Psychopedie – terminologie, klasifikace, etiologie. Specifičnost vývoje jedinců s mentálním postižením. Vzdělávací a poradenské instituce.....	65
6.1	RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY .....	65
6.2	CÍLE KAPITOLY .....	65
6.3	KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY .....	65
6.4	VÝKLADOVÁ ČÁST .....	65
6.4.1	KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE stupně MR:.....	66
6.4.2	PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE.....	67
6.4.3	CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ .....	67
6.4.4	SYSTÉM PÉČE O MENTÁLNĚ RETARDOVANÉ.....	71
6.5	SHRNUTÍ.....	72
6.6	KONTROLNÍ OTÁZKY .....	72
6.7	KORESPONDENČNÍ ÚKOLY .....	72
6.8	ZDROJE POUŽITÉ I VHODNÉ K SAMOSTUDIU .....	72

6.9	PRO ZÁJEMCE .....	73
7	Logopedie – terminologie, klasifikace, etiologie. Narušená komunikační schopnost. Pomůcky a technické prostředky pro osoby s narušenou komunikační schopností. Organizace logopedické péče .....	75
7.1	RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY .....	75
7.2	CÍLE KAPITOLY .....	75
7.3	KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY .....	75
7.4	VÝKLADOVÁ ČÁST .....	75
7.4.1	Centrální poruchy řeči: .....	76
7.4.2	Poruchy zvuku řeči.....	77
7.4.3	Poruchy plynulosti řeči .....	78
7.4.4	Poruchy artikulace - článkování řeči:.....	79
7.4.5	Symptomatické poruchy řeči.....	80
7.4.6	Poruchy hlasu: .....	81
7.4.7	LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA.....	81
7.4.8	Pomůcky v logopedické praxi .....	81
7.4.9	Organizace péče .....	82
7.5	SHRNUTÍ.....	83
7.6	KONTROLNÍ OTÁZKY .....	84
7.7	KORESPONDENČNÍ ÚKOL .....	84
7.8	ZDROJE, ANEB ODKUD SE ČERPALO A DALŠÍ, CO STOJÍ ZA PŘEČTENÍ. 84	
7.9	PRO ZÁJEMCE .....	85
8	Surdopedie – terminologie, klasifikace, etiologie. Specifičnost vývoje jedinců se sluchovým postižením. Kompenzační pomůcky. Zásady komunikace. Vzdělávací a poradenské instituce .....	86
8.1	RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY .....	86
8.2	CÍLE KAPITOLY .....	86
8.3	KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY .....	86
8.4	VÝKLADOVÁ ČÁST .....	86
8.5	SHRNUTÍ.....	96
8.6	KONTROLNÍ OTÁZKY .....	96
8.7	KORESPONDENČNÍ ÚKOL .....	97
8.8	ZDROJE .....	97
8.9	SEZNAM AKTUÁLNÍ LITERATURY K TÉMATU	Chyba! Záložka není definována.

8.10	PRO ZÁJEMCE .....	98
9	Somatopedie – terminologie, klasifikace, etiologie. Specifičnost vývoje jedinců s tělesným postižením. Kompenzační pomůcky. Zásady komunikace. Vzdělávací a poradenské instituce .....	99
9.1	RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY .....	99
9.2	CÍLE KAPITOLY .....	99
9.3	KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY .....	99
9.4	VÝKLADOVÁ ČÁST .....	99
9.5	SHRNUTÍ.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
9.6	KONTROLNÍ OTÁZKY .....	106
9.7	KORESPONDENČNÍ ÚKOL .....	106
9.8	ZDROJE .....	106
9.9	PRO ZÁJEMCE .....	107
10	Problematika specifických poruch učení – terminologie, klasifikace, etiologie, reedukace, diagnostika .....	108
10.1	RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY .....	108
10.2	CÍLE KAPITOLY .....	108
10.3	KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY .....	108
10.4	VÝKLADOVÁ ČÁST .....	108
10.5	SHRNUTÍ .....	113
10.6	KONTROLNÍ OTÁZKY .....	113
10.7	KORESPONDENČNÍ ÚKOL .....	114
10.8	ZDROJE.....	114
10.9	PRO ZÁJEMCE .....	115
11	Kombinovaná postižení.....	116
11.1	RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY .....	116
11.2	CÍLE KAPITOLY .....	116
11.3	KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY .....	116
11.4	VÝKLADOVÁ ČÁST .....	116
11.5	SHRNUTÍ .....	122
11.6	KONTROLNÍ OTÁZKY .....	122
11.7	KORESPONDENČNÍ ÚKOL .....	122
11.8	ZDROJE.....	122
11.9	PRO ZÁJEMCE .....	123



12	Poruchy autistického spektra.....	124
12.1	RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY.....	124
12.2	CÍLE KAPITOLY.....	124
12.3	KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY.....	124
12.4	VÝKLADOVÁ ČÁST.....	124
12.5	SHRNUTÍ.....	128
12.6	KONTROLNÍ OTÁZKY.....	129
12.7	KORESPONDENČNÍ ÚKOL.....	129
12.8	ZDROJE.....	129
12.9	PRO ZÁJEMCE.....	130
13	ZÁVĚR.....	131
15	POUŽITÉ ZDROJE.....	132

## ÚVOD

Úvod by měl obsahovat tyto prvky  
cíle studia,  
odhad času potřebného ke studiu,  
stručné shrnutí předběžných znalostí,  
klíčová slova.

Všechny tyto prvky pomáhají studujícím při organizaci studia. Úvod by neměl být rozsáhlý a měl by obsahovat také motivační účinek.

1. Speciální pedagogika, cíl a předmět oboru. Postavení speciální pedagogiky v soustavě věd. Členění speciální pedagogiky, definování základního vymezení jednotlivých speciálně pedagogických disciplín. Současné trendy v přístupu k osobám s postižením.
2. Definování základních pojmů, systém péče o jedince s postižením od narození do stáří včetně aktuálních legislativních změn směřujících k inkluzivnímu vzdělávání.
3. Rodina s postiženým dítětem. Postoje společnosti k jedincům s postižením i postižených ke společnosti.
4. Metody speciální pedagogiky. Výzkumné strategie a přístupy.
5. Tyflopédie – terminologie, klasifikace, etiologie. Specifičnost vývoje jedinců se zrakovým postižením. Kompenzační pomůcky. Zásady komunikace. Vzdělávací a poradenské instituce.
6. Psychopédie – terminologie, klasifikace, etiologie. Specifičnost vývoje jedinců s mentálním postižením. Vzdělávací a poradenské instituce.
7. Logopedie – terminologie, klasifikace, etiologie. Narušená komunikační schopnost. Pomůcky a technické prostředky pro osoby s narušenou komunikační schopností. Organizace logopedické péče.
8. Surdopedie – terminologie, klasifikace, etiologie. Specifičnost vývoje jedinců se sluchovým postižením. Kompenzační pomůcky. Zásady komunikace. Vzdělávací a poradenské instituce.
9. Somatopedie – terminologie, klasifikace, etiologie. Specifičnost vývoje jedinců s tělesným postižením. Kompenzační pomůcky. Zásady komunikace. Vzdělávací a poradenské instituce.
10. Problematika specifických poruch učení – terminologie, klasifikace, etiologie, reedukace, diagnostika.
11. Kombinovaná postižení.
12. Poruchy autistického spektra.

# 1 SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA, CÍL A PŘEDMĚT OBORU. POSTAVENÍ SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY V SOUSTAVĚ VĚD. ČLENĚNÍ SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY, DEFINOVÁNÍ ZÁKLADNÍHO VYMEZENÍ JEDNOTLIVÝCH SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÝCH DISCIPLÍN. SOUČASNÉ TRENDY V PŘÍSTUPU K OSOBÁM S POSTIŽENÍM.

## 1.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V kapitole je představen obor speciální pedagogika, jeho ustavení, hlavní osobnosti, trocha historie, základní cíle disciplíny, předmět, proměna paradigmatu, dílčí disciplíny.

## 1.2 CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitoly je pochopit podstatu a směřování pedagogické disciplíny, umět vyjmenovat základní disciplíny pedagogiky i speciální pedagogiky dle předmětu a věku, definovat speciální pedagogiku v užším a širším slova smyslu, její postavení v systému věd. Vysvětlit vývoj názvu speciální pedagogiky v historickém kontextu vývoje pedagogiky ve 20. století.

## 1.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Paradigma speciální pedagogiky, pedagogické disciplíny, psychopedie, logopedie, etopedie, tyflopédie, surdopedie, somatopedie, speciální pedagogika osob s vícečetným postižením, speciální pedagogika jedinců se specifickými vývojovými poruchami učení a chování; defektologie, nápravná pedagogika, defektní děti.

## 1.4 VÝKLADOVÁ ČÁST

### 1.4.1 Vymezení speciální pedagogiky jako pedagogické disciplíny

Podle Průchy a kol. (2013) je pedagogika vědní obor, který v sobě zahrnuje základní a hraniční disciplíny. Základní disciplíny jsou:

- **obecná pedagogika**, která systemizuje výchovné problémy a poznatky, formuluje cíle výchovy, základní pedagogické kategorie a pedagogické normy, odvozuje obecně platné pedagogické normy
- **dějiny pedagogiky** zkoumají historický vývoj pojetí výchovy, pedagogických idejí, pedagogických principů, typů škol, zahrnuje studie o myslitelích
- **didaktika** je teorií vzdělávání a vyučování, která se zaměřuje především na efektivitu vyučovacího procesu; zabývá se edukačními procesy
- **filosofie výchovy** se váže na vztah k podstatě člověka a společnosti, řeší etické otázky výchovy, stanoviska k lidskému životu a světu hodnot, komplexní nazírání na svět výchovy, metodologické otázky zkoumání výchovných jevů
- **teorie výchovy** se zabývá jednotlivými složkami výchovy, objasňuje výchovné jevy a děje v užším slova smyslu
- **metodologie pedagogiky** je teorie metod, které se uplatňují v pedagogickém zkoumání

- **sociální pedagogika** zkoumá výchovu jako společensko-historický jev související se společenským významem výchovy i odlišnostmi při výchově sociálních skupin včetně vlivu sociálních podmínek na rozvoj člověka
- **pedagogická diagnostika** se zabývá zjišťováním, charakterizováním a hodnocením úrovně rozvoje určitého žáka (žáků)
- **pedagogická prognostika** prognózuje vývoj školství a vzdělávání, hledá optimální řešení; vytváří modely a strategie budoucího rozvoje vzdělávacích soustav, vzdělávacích procesů
- **teorie řízení školství** se zabývá plánovací, organizační a kontrolní činností institucí tvořících vzdělávací systém
- **speciální pedagogika**

## DEFINICE

Speciální pedagogiku můžeme definovat v užším a širším pojetí.

V užším pojetí je „**pedagogickou disciplínou, která se zabývá edukací dětí, žáků, dospělých osob se speciálními vzdělávacími potřebami a zkoumáním formativních (výchovných) a informativních (vzdělávacích) vlivů na tyto jedince.**“ (Valenta a kol., 2014)

V širším slova smyslu se do profilování této disciplíny odráží aktuální společenské trendy a lze ji definovat jako „**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.**“ (Valenta a kol., 2014)

### 1.4.2 Cílové skupiny

Lze tedy shrnout, že speciální pedagogika se zabývá výchovou, vzděláváním a celkovým osobnostním rozvojem jedinců, kteří jsou znevýhodněni v důsledku mentálního, smyslového, motorického postižení nebo sociálního znevýhodnění s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jejich začlenění do společnosti včetně pracovních a společenských možností a uplatnění. Jako vědní disciplína se současně se zaměřuje na řešení výzkumných problémů oboru.

Proměnou paradigmatu speciální pedagogiky se rozšiřovala cílová skupina horizontálně a vertikálně. Do 90. let 20. století se vztahovala pouze na děti a mládež ve vzdělávacím proudu (tedy od 3 do 18 let, tedy včetně profesní přípravy), v současné době se speciální pedagogika zaměřuje na všechny věkové kategorie, včetně raného věku, dospělosti a stáří.

Současně se rozšiřuje také potřeba řešit aktuálně vzniklé problémy, proto se kromě tradičního zaměření na smyslové, mentální a tělesné postižení a sociální znevýhodnění rozšiřuje rádius o jedince s vývojovými poruchami učení a chování, jedince s kombinovaným postižením nebo mimořádně talentované a nadané (běžné např. v USA), tedy se sociálním znevýhodněním, ale z jiné strany úhlu pohledu, než je u nás běžné.

### 1.4.3 Cíle speciální pedagogiky

Cílem speciální pedagogiky je maximální rozvoj osobnosti člověka s postižením a dosažení maximální úrovně jeho socializace. Tento cíl lze splnit tím, že:

1. se budou rozvíjet nenarušené funkce a složky osobnosti jedinců s určitým typem postižení
2. se budou odstraňovat nebo kompenzovat důsledky postižení
3. se mu umožní odpovídající způsob vzdělávání a podřídí tomu systém péče a přístup
4. bude zahájena kvalifikovaná péče co nejdříve.

Pro naplnění těchto cílů je třeba pochopit specifické potřeby, možnosti a omezení plynoucí z postižení a stanovit reálné cíle.

### 1.4.4 Předmět speciální pedagogiky

**Předmětem je zkoumání podstaty a zákonitostí výchovy a vzdělávání a rozvoje jedinců se speciálními potřebami z aspektu etiologie, symptomatologie, možností aplikace speciálně-pedagogických metod (reedukace, kompenzace, rehabilitace), profylaxe neadekvátního vyrovnávání znevýhodněných osob s postižením, narušením nebo různými specifickými omezujícími faktory.**

**➔ Předmětem péče SPP je zdravotně, event. sociálně znevýhodněná osoba, která potřebuje podporu v oblasti výchovy, vzdělávání, pracovním a společenském uplatnění.**

### 1.4.5 Disciplíny speciální pedagogiky

#### ČLENĚNÍ SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY PODLE PŘEDMĚTU PÉČE

Tradiční členění odpovídá Sovákovu dělení na jednotlivé „pedie“. Podle tohoto členění rozlišujeme:

Současné členění speciální pedagogiky má své kořeny v pojetí Miloše Sováka. Jednotlivé kategorie postižených dětí, mládeže a dospělých potřebují totiž zcela specifické formy výchovy, vzdělávání a přípravy na pracovní a spol. uplatnění. Z tohoto pohledu se SPP člení na 6 oborů, přičemž v posledním desetiletí se dají přiřadit ještě další dva:

- **psychopedie**, speciální pedagogika osob s mentálním postižením či jinou duševní poruchou
- **tyflopédie**, speciální pedagogika osob se zrakovým postižením
- **surdopedie**, speciální pedagogika osob se sluchovým postižením
- **somatopedie**, speciální pedagogika osob s postižením hybnosti: tělesným postižením, dlouhodobě nemocných a zdravotně oslabených
- **etopedie**, speciální pedagogika osob s rizikovým chováním, psychosociálně ohrožených, s poruchami chování
- **logopedie**, speciální pedagogika jedinců s narušenou komunikační schopností.

Proměnou paradigmatu se vyčlenily dvě další skupiny (Valenta, 2014), na něž je směřován specifický zájem, tady:

- speciální pedagogika osob s vícečetným postižením (kombinovanými vadami)

- speciální pedagogika jedinců se specifickými vývojovými poruchami učení a chování (tzv. SPUCH).

#### ČLENĚNÍ SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY podle věku

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

#### 1.4.6 Něco málo o vývoji názvu disciplíny

Teoreticko-metodologické ukotvení disciplíny spadá až do konce 19. století, kdy začala být věnována pozornost individuálnímu vzdělávání žáků se speciálními potřebami, začaly být zakládány ústavy, v nichž se postupně rozvíjela edukace. Název oboru však doznal mnoho změn a v České republice se ukotvil až ke konci 20. století. V jiných zemích je užívání nejednotné, stále se objevuje „nápravná“ nebo „léčebná“ pedagogika, „speciální výchova“ a „speciální vzdělávání“ (Special Education). (Valenta, 2014, Slowík, 2016)

Původně na počátku 20. století s rozvojem pedologie začalo být zřejmé, že ne všechny děti odpovídají „normě“, proto se vyčlenila dílčí disciplína PEDOPATOLOGIE (profesor František Čáda).

Další směr názvu a profilace oboru, který měl být v jakési protiváze proti medicínsky pojaté pedopatologii, je spojen se jménem Jana Mauera: NÁPRAVNÁ, LÉČEBNÁ PEDAGOGIKA, která se nejvíce rozvinula v období první republiky. Důkazem bylo **pět sjezdů pro výzkum dítěte** konaných v letech 1922-1933, které přispěly k budování sítě „pomocného školství“ (tj. speciálního školství), o což se nejvíce zasloužil Josef Zeman.

V 50. a 60. letech 20. století pod velkým vlivem sovětské pedagogiky převládal pojem DEFEKTOLOGIE, DEFEKTOLOGICKÁ PEDAGOGIKA (např. termín Viliama Gaňo „defektní děti“ byl dlouho běžně odbornou veřejností užíván). Mezi tím přišel Bohumír Popelář s názvem SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA (1957), který se uchytil v mnoha západních zemích, ale v České republice byl oficiálně užit v první vydané učebnici Nárys speciální pedagogiky (1972) profesora Miloše Sováka. Do té doby a ještě dlouho poté byl užíván pojem Františka Ludvíka z roku 1954 zvláštní péče, který byl běžně užíván ještě při vysokoškolském vzdělávání v 80. letech (tehdy se nestudoval obor Speciální pedagogika, ale Učitelství pro školy pro mládež vyžadující zvláštní péči). (Slowík, 2016, Valenta a kol., 2014)

#### 1.4.7 Postavení speciální pedagogiky v soustavě věd

Speciální pedagogika obdobně jako další pedagogické disciplíny úzce spolupracuje s jinými společenskými vědami, zvláště s psychologií, sociologií, filozofií, sociální patologií. Vzhledem k současnému interdisciplinárnímu pojetí se rozvíjí spolupráce také s oblastí sociální práce.

Speciální pedagogika má ale na rozdíl od ostatních pedagogických disciplín mnohem širší oblast spolupracujících věd, zvláště věd lékařských (je třeba mít znalosti o odlišnostech vývojových charakteristik vývoje člověka v rámci fyziologie a patologie, podle jednotlivých zaměření speciálně pedagogických disciplín spolupracuje např. s foniatrií, neurologií, psychiatrií, ORL, ortopedií, oftalmologií, plastickou chirurgií, dětským lékařstvím, ale i patobiologií.

S ohledem na nutnost co nejvíce kompenzovat důsledky postižení je rozvinuta spolupráce s kybernetikou a technickými obory (vývoj pomůcek), současně je důležité spolupracovat i v rámci podpory komunikačních dovedností, tedy spolupracovat např. s psycholinguistikou, semionikou,

## 1.5 SHRNU TÍ

Speciální pedagogika se jako vědní disciplína rozvíjela až ve 2. polovině 20. století. Patří mezi nákladní pedagogické disciplíny, s nimiž úzce recipročně spolupracuje. Podle předmětu zájmu se člení na osm dílčích disciplín (logopedie, surdopedie, psychopedie, tyflopédie, somatopedie, etopedie, speciální pedagogiku osob s vícečetným postižením a speciální pedagogiku osob se specifickými vývojovými poruchami učení a chování. Podle věku se potom člení na Speciální pedagogiku raného věku, Speciální pedagogiku předškolního věku, Speciální pedagogiku školního věku, Speciální pedagogiku dospělých, Speciální pedagogiku seniorů. Cílem speciální pedagogiky jako interdisciplinárního oboru je podpořit jedince se zdravotním znevýhodněním či postižením a sociálním znevýhodněním v co nejširším začlenění do společnosti.

## 1.6 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Vyjmenujte aktuální členění speciální pedagogiky podle druhu postižení nebo znevýhodnění.
2. Vyjmenujte členění speciální pedagogiky podle věku.
3. Vyjmenujte alespoň tři historické alternativy názvu Speciální pedagogika.

## 1.7 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Vyhledejte ve slovníku vysvětlení pojmů terapeuticko-formativní intervence, profylaxe a resocializace a uveďte tři příklady ve vazbě na zdravotní postižení.
2. Zpracujte na jednu stranu život a dílo profesora Miloše Sováka (1905-1989).
3. Nalezněte na webových stránkách v zahraničí (kromě Slovenska) členění speciální pedagogiky, její cíle a cílové skupiny, přeložte a zpracujte v rozsahu max. 1 strany.

## 1.8 ZDROJE

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0403-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. 162 stran. ISBN 978-80-271-0095-8.

VALENTA, Milan et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

## 1.9 PRO ZÁJEMCE

Zkuste zapátrat (v knihovně, ve speciální škole, u sebe doma..) a najít nějakou starší publikaci či časopis z oboru speciální pedagogiky, pročtěte a udělejte kritickou rešerši ve vazbě na současné přístupy k lidem s postižením. Sledujte to, co zůstává, a to, co je překonáno.

Některé typy:

BRACHFELD, Karel a SRP, Ladislav. *O somaticky anomálních dětech: úvod do defektologie: určeno pro posluchače fak. fil.-hist. KU*. 1. vyd. Praha: SPN, 1959. 181, [1] s.

Učební texty vysokých škol.

FAFL, Bohumil a KADLECOVÁ, Věra. *Nárys přednášek z oftalmopedické defektologie: určeno pro posluchače oboru defektologie interního i dálkového studia*. 1. vyd. Praha: SPN, 1958. 95 s. Učební texty vysokých škol.

GAŇO, Viliam. *Defektní děti: co má vědět učitel ZDŠ o mládeži vyžadující zvláštní péče*. 2. vyd. v ČSSR, 1., [čes.] vyd. v SPN. Praha: SPN, 1962. 231 s.

GAŇO, Viliam. *Malá nauka o vzdělávání hluchonemých*. Bratislava: Spolok pre starostlivosť o hluchonemých, 1943. 108 s. Knihnica Spolku pre starostlivosť o hluchonemých.

GAŇO, Viliam. *Výchova defektných dětí*. 2., dopln. vyd. Bratislava: Slov. pedagog. nakl., 1962. 260, [7] s. Knihnica metodických příruček; Zv. 61.

HOLUB, Václav. *Psychopedická defektologie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1957. 150 s. Učební texty vysokých škol.

LUDVÍK, František, ed. a kol. *Mládež vyžadující zvláštní péče: sborník statí*. 1. vyd. Praha: SPN, 1953. 153 s. Za socialistickou výchovu; sv. 22. Dědictví komenského; kn. 592.

LUDVÍK, František. *Školství pro mládež vyžadující zvláštní péče*. 1. vyd. Praha: SPN, 1954. 127, [1] s. Pedagogické aktuality; Sv. 60.

*Mládež vyžadující zvláštní péče: časopis pro pracovníky v zařízeních pro mladé vyžadující zvláštní péče*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1958-1958. ISSN 0462-9604.

*Nápravná pedagogika: časopis pro pedagogické, zdravotní a sociální otázky mládeže vyžadující zvláštní péče*. Praha: Spolek pro péči o slabomyslné, 1949-1950.

SOVÁK, Miloš. *Defektologie obecná: [Určeno] pro posluchače společ. věd*. 2., přeprac. vyd. Praha: SPN, 1955. 276, [1] s. Učební texty vysokých škol.

SOVÁK, Miloš. *Nárys defektologie: Určeno pro posluchače pedagogiky VŠP řádného i dálkového studia*. 1. vyd. Praha: SPN, 1958. 109 s. Učební texty vysokých škol.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: SPN, 1972. 206, [2] s. Učebnice pro vys. školy.

ZEMAN, Josef. *Črty z pedopatologie*. V Praze: Dědictví Komenského, 1928. 79, [2] s. Dědictví Komenského spisy; čís. 278.



## 2 DEFINOVÁNÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ, SYSTÉM PÉČE O JEDINCE S POSTIŽENÍM OD NAROZENÍ DO STÁŘÍ VČETNĚ AKTUÁLNÍCH LEGISLATIVNÍCH ZMĚN SMĚŘUJÍCÍCH K INKLUZÍVNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

### 2.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V této kapitole se ujasní základní pojmový aparát tak, aby student byl schopen užívat adekvátní pojmy a nepodléhal vlivu prezentace problematiky médií (např. nesprávné užívání slova handicap). Budou vysvětleny základní pojmy defekt, postižení a handicap, socializace, její stupně. Na závěr kapitoly je ukázka systému způsobu hodnocení podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, kterou vydala jako platnou Světová zdravotnická organizace.

### 2.2 CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitoly je, aby student uměl definovat základní pojmy, jejich definicím rozuměl a uměl je užívat při popisu případu nebo životní situace klienta. Měl by porozumět náročnosti procesu školské integrace a vnímat rozdíl mezi integrací a inkluzí.

### 2.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Defekt, postižení, handicap, edukace, reedukace, kompenzace, rehabilitace, socializace, resocializace, inkluze, prevence, Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MFK)

### 2.4 VÝKLADOVÁ ČÁST

K 31. 12. 2012 bylo celkem 1 077 673 osob se zdravotním postižením, tj. 10,2%

- osob se zrakovým postižením **102 195**
- osob se sluchovým postižením **86 476**
- osob s mentálním postižením **104 574**
- osob s tělesným postižením **500 167**
- osob s vnitřním postižením **716 993**
- osob s duševním, resp. psychiatrickým postižením **145 517**.

(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).

#### 2.4.1 Základní pojmový aparát a terminologie

Existuje terminologická nejednotnost jak mezi různými zeměmi, ale také u nás. Je to podmíněno i různým chápáním a označením postižených jedinců z hlediska jednotlivých rezortů – sociálního, zdravotnického, školského aj.

Jedinci, kteří jsou nějakým způsobem zdravotně nebo psychosociálně znevýhodněni, bývají v zahraniční literatuře označováni různě, např. jako výjimečné, znevýhodněné, s poškozením,

omezené v učení, nepřizpůsobivé, narušené. V ČR používáme také mnoho různých „označení“ osob s postižením více termínů, např. člověk s postižením, člověk se znevýhodněním, handicapovaný, se speciálními výchovnými a vzdělávacími potřebami, člověk se specifickými potřebami, výjimečný aj.

Podle Valenty a kol. (2014, s. 8) „je za korektní považováno spojení: *dítě, žák, člověk s (mentálním, smyslovým – zrakovým či sluchovým, řečovým, tělesným) postižením (s handicapem, disabilitou).*“

Základní pojmy v oblasti speciální pedagogiky jsou defekt/deficit, postižení, handicap, edukace, reedukace, kompenzace, rehabilitace, prevence, socializace, resocializace, inkluze.

Světová zdravotnická organizace (podle Novosad, 2009) zařazuje postižení do třech základních kategorií poruch, které spočívají ve:

1. snížení zdatnosti (fyzické, mentální, smyslové),
2. postižení, neschopnosti (pohybu, vnímání, myšlení),
3. znevýhodnění, handicapu (překážky ve vzdělání, občanském životě apod.).

#### **2.4.2 Defekt / deficit / Impairment**

##### **(z lat. defectus – úbytek, vada, nedostatek, porucha)**

Impairment je narušení (abnormalita) psychické, anatomické nebo fyziologické struktury nebo funkce, jedná se o vadu, chybnost, ztrátu nebo nedostatek v anatomické stavbě organismu a/nebo poruchu v jeho funkcích.

Jedná se o narušení integrity osobnosti a to může být v oblasti psychické, sociální, sensorické nebo somatické.

Defekt je chápán zpravidla jako ireparabilní, ireverzibilní (neupravitelný, nezvratný).

Defekty se dělí několika způsoby:

##### **1. z hlediska doby vzniku se dělí**

- vrozené (vzniklé v období prenatálním, perinatálním, raně postnatálním)
- získané (vzniklé v průběhu života)

##### **2. podle typu**

- orgánové (postihují orgány nebo jejich části, příčinou může být vývojová vada, nemoc nebo úraz)
- funkční (porucha funkce orgánu nebo celého organismu bez poškození jeho tkáně. Vznikají v důsledku narušení vzájemných sociálních vztahů mezi jedincem a jeho prostředím. Nejčastěji sem patří orgánové neurózy, psychoneurózy, poruchy chování)

##### **3. podle druhu**

- pohybové
- zrakové
- sluchové
- řečové (tedy v oblasti komunikačních dovedností)
- mentální

- poruchy chování
- parciální postižení
- vícenásobná postižení

#### 4. podle intenzity (hloubky)

- lehký defekt
- středně těžký defekt
- těžký defekt

### 2.4.3 Postižení / Disability

Znamená omezení nebo ztrátu schopnosti vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.

### 2.4.4 Znevýhodnění / defektivita / Handicap

= vzniká důsledkem defektu, projevuje se narušením vztahu ke společnosti i sobě samému – porucha celkové integrity člověka. Jedná se o stav dlouhodobý, ale ne trvalý, je tedy reparable. Má dialektický charakter – působí oběma směry mezi člověkem s defektem a jeho sociálním prostředím. Nebývá přímo úměrná stupni a typu defektu.

Příčinou defektivit je neadekvátní reakce na defekt, která není přímo úměrná jeho typu nebo stupni. Může se projevovat různě v různém prostředí, v některém prostředí může být jedinec handicapován více, v jiném méně (chybí ruka, nevádí při intelektuální diskusi, vadí při manuální práci).

Míra handicapu je u každého člověka individuální, závisí na druhu a stupni postižení, době vzniku defektu, kvalitě a včasnosti péče, osobnostních vlastnostech jedince, kvalitě prosociálního klimatu ve společnosti...(Slowík, 2016)

Handicap může mít tyto příznaky:

- změny v učení a chování, v pracovních a společenských aktivitách,
- změny v potřebách a hodnotovém systému,
- v adekvátnosti percepce reality,
- narušení pocitu identity,
- změny ve schopnosti reálného sebehodnocení,
- změny v sociální adaptaci a motivaci apod.

### 2.4.5 Socializace

I postižení, znevýhodnění lidé mohou realizovat své vlohy a schopnosti v procesu socializace. **SOCIALIZACE** obecně je **celoživotní proces, v jehož průběhu si jedinec osvojuje specificky lidské formy chování a jednání, jazyk, poznatky, hodnoty, kulturu a začleňuje se tak do společnosti. Realizuje se tzv. sociálním učním.**

Socializace je podmíněna sociabilitou (individuální schopnost socializace), resocializace je proces opětovného zařazení do společnosti u jedinců se získaným postižením v průběhu života.

Podle úspěšnosti začlenění postižených jedinců se u nás člení socializace do 4 stupňů, přičemž dosažení jednotlivých stupňů nemusí odpovídat typu nebo stupni defektu. V průběhu života může dojít ke změně dosaženého socializačního stupně, v důsledku změny zdravotního stavu, schopností a předpokladů pro pracovní a společenské zařazení.

### STUPNĚ SOCIALIZACE:

#### 1. INTEGRACE (z lat. Integer, začlenění)

= vyjadřuje úspěšné a de facto bezproblémové začlenění postižených jedinců do pracovního a společenského prostředí bez potřeby dalších zvláštních opatření (úlev, výhod, individuální pomoci) → *je to tedy stav, kdy se znevýhodněný člověk vyrovnal se svým prostředím, žije a spolupracuje s nepostiženými, prokazuje výkony a vytváří hodnoty, které společnost intaktních uznává jako rovnocenné, společensky významné a potřebné.*

#### 2. ADAPTACE (z lat. Adaptio, přizpůsobení)

= jedná se o **poměrně** úspěšné začlenění postiženého do společnosti intaktních, která však musí být jeho potřebám přizpůsobena.

#### 3. UTILITA (z lat. Utilis, potřebný, užitečný)

= jde o tzv. „sociální upotřebitelnost“ znevýhodněného jedince, která představuje jeho zařazení do společensky užitečné práce za předpokladu celoživotní společenské ochrany a pomoci.

#### 4. INFERIORITA (z lat. Inferior – nižší)

= vyjadřuje společenskou nepoužitelnost, segregaci. Není možné začlenění postiženého jedince do běžného společenského prostředí a do pracovního procesu pro velmi těžké, většinou vícenásobné postižení. Sociální vztahy nejsou vytvořeny, příp. ztraceny.

- STAV, kdy je ze společnosti vyčleněn nebo se z ní vyčleňuje..

**Podle WHO** je klasifikována socializace postižených jedinců do 9 stupňů:

- PLNÁ INTEGRACE – sociálně integrovaný jedince
- VYSOKÁ INTEGRACE – INHIBOVANÁ ÚČAST (fakt postižení u nich vyvolává určitou nevýhodu, která může znamenat mírné omezení v plné účasti)
- VYSOKÁ INTEGRACE – OMEZENÁ ÚČAST (plně se neúčastní obvyklých společenských činností, protože jejich postižení negativně ovlivňuje jejich soukromý život, manželství, rodinu, sexuální život)
- STŘEDNĚ VYSOKÁ INTEGRACE – ZMENŠENÁ ÚČAST (nejsou schopni navázat náhodné kontakty, jejich účast na spol. životě je omezena na přirozené komunitní vztahy (rodina, pracoviště)
- NÍZKÁ INTEGRACE/ NÍZKÁ SEGREGACE – OCHUZENÉ VZTAHY (důraz je kladen na omezení v psychickém, sociálním, fyzickém vývoji jedince bez tendencí ke zlepšení)
- NÍZKÁ INTEGRACE/ NÍZKÁ SEGREGACE – REDUKOVANÉ VZTAHY (jsou schopni udržovat vztahy jen k vybrané a omezené skupině či jednotlivci)
- NÍZKÁ INTEGRACE/ NÍZKÁ SEGREGACE – NARUŠENÉ VZTAHY (nejsou schopni udržovat trvalejší vztahy)
- STŘEDNĚ VYSOKÁ SEGREGACE - ODCIZENÍ

- SPOLEČENSKÁ IZOLACE (jde o postižené jedince, jejichž schopnost míry socializace je nezjistitelná pro jejich izolovanost.

#### 2.4.6 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Pro hodnocení dopadu postižení existuje řada klasifikací. Uvedeme zde Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), která se zaměřuje na pět základních komponent mapujících funkční schopnosti, disability a zdraví člověka:

1. **tělesné funkce** (fyziologické i psychické, oblast je kvantifikována stupněm 0 (žádný problém) – 1 (mírný impairment) – 2 (střední impairment) – 3 (silný impairment) – 4 (kompletní impairment).
2. **tělesné struktury** (anatomické části těla, oblast je kvantifikována stupněm 0 (žádný problém) – 1 (mírný impairment) – 2 (střední impairment) – 3 (silný impairment) – 4 (kompletní impairment).
3. **aktivity a participace**, které zahrnují podkapitoly učení se a aplikace znalostí, komunikace, pohyblivost, péče o sebe, domácí život, mezilidské jednání a vztahy, hlavní oblasti života, např. práce, neformální vzdělávání, rekreace a volný čas.  
Hodnotí se výkon jedince (jeho aktivita v běžném prostředí, tj. pomocí faktorů tohoto prostředí, např. pomocí invalidního vozíku, asistenta) a **kapacita** (schopnost člověka bez ovlivnění faktory jeho konkrétního prostředí, tj. bez pomůcek, asistence). Rozdíl mezi výkonem a kapacitou reflektuje rozdíl mezi vlivem skutečného a standardizovaného prostředí a je signalizací pro nápravu prostředí, které může vést ke zlepšení klientova výkonu)
4. **faktory prostředí** odrážejí fyzické, sociální a postojové prostředí klienta a hodnotí se pomocí kvantifikátoru 0 (nejsou bariéry) – 1 (mírné bariéry) – 2 (střední bariéry) – 3 (silné bariéry) – 4 (kompletní bariéry) – 8 (nespecifická bariéra) – 9 (nelze použít)
5. **osobní faktory** jako doplňující okruh. (Valenta a kol., 2012, Valenta, 2014)

#### 2.4.7 Další pojmy

EDUKACE zahrnuje vlivy informativní i formativní

REEDUKACE postupy zaměřené na zlepšení výkonu poškozených funkcí

KOMPENZACE postupy zaměřené na rozvoj nepoškozených funkcí, které budou nahrazovat vzniklý deficit

REHABILITACE znovuosobnění jedince z hlediska společenských vztahů

PREVENCE opatření zamezující vzniku defektu, v případě vzniku defektu pak brání rozvoji defektivy

INKLUZE (z lat. Inclusion, „zahrnout“) v širším pojetí znamená *příslušnost k celku*, tedy sociální koherenci (Hájková, Strnadová, 2010)

#### 2.4.8 Školská integrace a inkluze

INTEGRACE z lat. INTEGRER - začlenění

Integraci lze chápat ve dvojitým slova smyslu:

1. proces začleňování jedince, skupiny, komunity do integrální society (je to vzájemný proces, ve kterém se obě strany k sobě přibližují a mění se, takže roste oboustranná pospolitost a sounáležitost).
2. stav začlenění jedince, skupiny, komunity do integrální society.

Cílem speciální pedagogiky je tzv. pozitivní integrace = pro integrující se objekt je integrace přínosem; zdravotně nebo sociálně postižený jedinec je začleněn do sociální reality, rodiny, skupiny vrstevníků, sousedských struktur. Cílem školské je pozitivní integrace žáků do society školského systému. Školní integrace znamená, že se postiženým dětem poskytuje výchova a vzdělávání podle jejich specifických potřeb spíše v běžném typu školy než ve speciálních školách.

– *negativní integrace je např. začlenění mladistvého do vězeňské society.*

Jak bylo uvedeno výše, integrace je stupeň socializace, který předpokládá samostatnost, nezávislost jedince, jenž nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí. Jedinec se s postižením (defektivitou) plně vyrovnal a dokáže adekvátně kompenzovat všechny její následky.

Jesenský (2000, s. 52) definuje integraci jako „stav, kdy se samotný postižený nepovažuje za zvláštní součást společnosti a kdy ani intaktní společnost nepocituje postiženého jako zvláštní součást, tzn., kdy se totálně (zcela) naplnila vzájemná sociální adaptabilita (přizpůsobení) a úplně odstoupila efektivita.“

Podle Jesenského (2000) je pro integraci charakteristické, že není závislá na odstranitelnosti defektu, že je závislá na odstranitelnosti defektivitu (disaptibility a handicapu), že má dynamický charakter, tzn., že není soustavně v zenitu a permanentně hrozí její regres, že předpokládá vysoké stupně schopností seberehabilitace, sebevýchovy a seberealizace, je zpravidla závislá i na úpravě materiálně technických podmínek existence postiženého člověka a její úroveň lze odstupňovat.

Školní integrace je chápána jako prostředek k dosažení sociální integrace.

Zdařilé integraci musí předcházet vytvoření celého souboru určitých podmínek, bez nichž je nejen zbytečné, ale i nezodpovědné dítě s handicapem do běžné školy zařadit / přijmout.

Vždy by si měli rodiče i učitelé a další zainteresovaní odborníci vyjasnit všechna pozitiva a negativa umístění do běžné nebo speciální školy.

1. musí být připravena rodina
2. musí být připravena škola
  - škola a třída musí být žákovi dostupná bez nadměrné participace okolí
  - materiální vybavení (mělo by být na takové úrovni, aby byl dopad handicapu co nejúčinněji eliminován)
  - připravenost učitele (pouhý entuziasmus bez základních znalostí ze SPP nestačí; neznalý nadšenec může vyprodukovat velké množství škod)
  - přijetí spolužáky (příprava kolektivu před příchodem handicapovaného žáka – aby se nestal terčem verbálních nebo agresivních útoků nebo nebyl sociálně izolován)
  - učitel by se neměl dopustit dalšího extrému, a to věnovat se postiženému tak plně, že má na zbytek třídy minimum času.
3. závisí to vždy na individualitě handicapovaného

- osobnostní vlastnosti postiženého žáka = relativně snadno se začleňují děti, které mají komunikační předpoklady; děti s nadáním, zájmy...
- charakter a typ postižení – ze smyslově postižených je na tom o něco lépe ZP, TP narážení na překážky technického rázu, SP mají komunikační problémy a MR se nikdy nejsou schopni plně integrovat – jsou ve třídě, ale učivo je jiné..

#### 2.4.9 Legislativní rámec společného vzdělávání

Legislativní podmínky pro integraci dětí s postižením byly poprvé vyjádřeny zákonem ČNR č. 390/1991 Sb., o předškolním a školním vzděláváním, dále pak modifikovány různými vyhláškami a předpisy (např. Směrnice MŠMT ČR k integraci dětí a se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení, č.j. 13710/2001-24 ze dne 6.6.2002, v níž jsou mj. úkoly vyplývající z integrace delegované na ředitele škol, SPC a pedagogicko-psychologické poradny). Školský zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, který nabyl účinnosti od 1. 1. 2005, jasně stanoví mj. také zaměření pedagogicko – psychologických poraden a speciálně pedagogických center. Zákon 533/2005 Sb. O pedagogických pracovnících posílil nezbytné personální služby o profesi **asistenta pedagoga**. **Do roku 1997** bylo na školách, kde se vzdělávali žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, běžnou praxí působení jednoho pedagogického pracovníka ve třídě. Vyhláškou č. 127/1997 Sb., pak byla poprvé ustanovena možnost souběžného působení dvou pedagogických pracovníků v jedné třídě. Významnou úlohu sehráli v této době pracovníci civilní vojenské služby, kteří v té době působili jako asistenti pedagoga.

Vládou přijatá strategie Akční plán pro inkluzivní vzdělávání na období 2016 – 2018 se postupně naplňuje.

Aktuálně jsou v České republice platné tyto zákony a nařízení ve vazbě na společné/inkluzivní vzdělávání.

#### VNITROSTÁTNÍ PŘEDPISY

##### Školský zákon

Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných (č.27/2016 Sb. ve znění novely č. 270/2017 Sb.)

Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (č.197/2016 Sb. novelizující vyhlášku č. 72/2005 Sb.)

Vyhláška o vedení dokumentace škol a školských zařízení (č. 202/2016 Sb. novelizující vyhlášku č. 364/2005 Sb.)

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění účinném od 1. 9. 2017

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění účinném do 31. 8. 2017

Komentář k přehledu podpůrných opatření

#### MEZINÁRODNÍ DOKUMENTY

Všeobecná deklarace lidských práv a svobod OSN 1948

Úmluva OSN o právech dítěte 1989

Salamanská deklarace UNESCO 1994 - anglická verze

Salamanská deklarace - neoficiální český překlad

Světová deklarace vzdělání pro všechny tzv. Jomtienská deklarace 1990

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením 2006

## **2.5 SHRnutí**

Kapitola se zaměřila na vymezení pojmového aparátu, s nímž se bude v předmětu pracovat. Základními předpoklady pochopení je porozumění pojmům defekt (samotné poškození na úrovni orgánu nebo jeho funkce), postižení (neschopnost vykonávat v důsledku defektu činnost způsobem nebo v rozsahu, jaký je považován za běžný) a handicap (plynoucí z nevyrovnanosti jedince s postižením a narušení jeho psychické integrity). Je vysvětlen pojem socializace a jsou vydefinovány jeho stupně v souvislosti s možnými důsledky postižení. Rozlišujeme plné začlenění, tzv. integraci, v současné době nahrazovanou pojmem inkluze, nižším stupněm je adaptace, pak utilita a nejnižším je inferiorita. Zvláštní pozornost je věnována školské integraci/inkluzi, která může pozitivně přispět k širší, sociální integraci/inkluzi, ale kromě pozitiv je nutné si současně uvědomovat také rizika celého procesu a podmínkám na straně rodiny, školy, třídy, dítěte samotného, které je třeba připravit a dodržovat, aby vše proběhlo v pořádku. Nezbytnými je znalost aktuálně platné legislativy.

## **2.6 KONTROLNÍ OTÁZKY**

1. Jaký je rozdíl mezi defektem/deficitem a postižením?
2. Jaké příznaky může mít rozvoj handicapu?
3. Je defekt a handicap přímo úměrný?
4. Jaký je rozdíl mezi socializací a resocializací?

## **2.7 KORESPONDENČNÍ ÚKOL**

1. Na 5 příkladech uveďte vždy příklad defektu (včetně všech charakteristik), souvisejícího postižení a možného vzniku handicapu.
2. Vyjmenujte a vysvětlete 10 faktorů, které mohou pozitivně i negativně potvrdit skutečnost, že defekt nemusí být přímo úměrný defektivitě (handicapu)?
3. Navrhněte 10 preventivních aktivit snižující riziko vzniku defektu a 10 preventivních aktivit snižujících u vzniklých defektů riziko rozvoje handicapu.
4. Navrhněte 10 pro a 10 proti společnému vzdělávání dětí zdravých a postižených (zvolte si jakýkoli druh, stupeň postižení).

## **2.8 ZDROJE**



- BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. (eds.) *Přístupy ke vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení na základní škole: sborník z konference s mezinárodní účastí*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-150-8.
- BAZALOVÁ, B. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3971-X.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- HÁJKOVÁ, Vanda a STRNADOVÁ, Iva. *Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 217 s. ISBN 978-80-247-3070-7.  
<http://www.msmt.cz/vzdelavani/1-pravni-predpisy-a-souvisejici-dokumenty>  
<http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf>
- JESEŇSKÝ, J. *Kontrapunkty integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-030-0.
- JESEŇSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 275 s. ISBN 80-7041-196-1.
- KOCUROVÁ, M. *Integrace žáků se specifickou poruchou učení*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-7290-060-9.
- MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999. ISBN 80-7067-981-6.
- NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
- PANČOCHA, K., VAŽUROVÁ, H. (eds.) *Aktuální směry výzkumu ve speciální pedagogice : výzkum v dizertačních pracích postgraduálních studentů na Katedře speciální pedagogiky PdF MU*. Brno: MSD, 2007. ISBN 978-80-86633-92-3.
- PRŮCHA, J., a kol. *Pedagogický slovník*. Nové, rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. 162 stran. ISBN 978-80-271-0095-8.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VALENTA, M., a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
- VALENTA, Milan a kol. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 349 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VALENTA, Milan et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

VÍTKOVÁ, M. Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

Vyhláška MŠMT ČR č. 72/2005 Sb.

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb.

## **2.9 PRO ZÁJEMCE**

Vyhledejte Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (např. zde: <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf>), zvolte si nějaký typ postižení člověka a životní situaci, v níž se nachází a zkuste jej popsat z pohledu klasifikačních kritérií EFS.

### **3 RODINA S POSTIŽENÝM DÍTĚTEM. POSTOJE SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM S POSTIŽENÍM I POSTIŽENÝCH KE SPOLEČNOSTI.**

#### **3.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY**

Kapitola přináší informace o životě rodin, jejichž člen má postižení. Nejvíce pozornosti je věnováno rodinám, kterým se dítě s postižením narodí, jsou popsána jednotlivá stadia vyrovnávání se s postižením, kterými všichni členové rodiny prochází. Ano, i ostatním členům rodiny je třeba v práci věnovat pozornost, nejen se omezit na péči o jedince s postižením. Pozornost je proto věnována také manželskému vztahů a zdravým sourozencům. Druhou část kapitoly, která na první navazuje, se týká postojů společnosti k postiženým, jak z hlediska historického (velmi krátkého) exkurzu, tak z hlediska vlastního formování postoje jako takového. Opět, tak jako má každá mince dvě strany, se bude hovořit nejen o postojích, předsudcích či stereotypech „zdravých“ k jedincům s postižením, ale také o postojích, předsudcích a stereotypech jedinců s postižením ke „zdravým“.

#### **3.2 CÍLE KAPITOLY**

Po prostudování kapitoly student bude chápat faktory, které mohou ovlivnit přijetí skutečnosti, že má rodina dítě s postižením (znevýhodněním). Student se bude orientovat v historickém přehledu vývoje postojů k jedincům s postižením, pochopí vliv jednotlivých složek postoje na formování postoje, příp. předsudku nebo stereotypu vůči těmto lidem. Současně je cílem kapitoly poukázat také na specifika postojů jedinců s postižením vůči společnosti. Po prostudování této kapitoly porozumí jednotlivým fázím vyrovnávání se s postižením člena rodiny.

#### **3.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY**

Rodina postiženého, fáze postupného vyrovnávání se s postižením (šok, popření, obavy, smutek, zlost, akceptace, reorganizace), manželské vztahy, zdravý sourozenec, vztah společnosti k postiženým (starověk, feudalismus, renesance, 1. a 2. polovina 20. století). Postoj, předsudek, stereotyp. Akceptace a nonakceptace postižení.

#### **3.4 VÝKLADOVÁ ČÁST**

##### **3.4.1 RODINA JEDINCE S POSTIŽENÍM**

Přítomnost člena rodiny s postižením je velmi náročnou životní situací pro celou rodinu, zvláště v případě, že se dítě s postižením do rodiny narodí. Matějček (2001) napsal velmi výstižně, že narození postiženého dítěte by rodiče neměli brát jako nezdár a zklamání, ale naopak jako životní úkol. Na druhé straně samozřejmě narození dítěte představuje velkou prověrku adaptačních schopností celé rodiny. Adaptační schopnost bývá tak silná, jak silný je její nejslabší článek.

Reakce rodiny na závažnou životní událost byla poprvé diskutována LINDEMANEM r. 1923 při studiu pozůstalých v kokosovém pralese. Tyto procesy se později staly známé díky práci ELIZABETH KUEBLER-ROSSOVÉ, která pracovala s umírajícími pacienty a jejich rodinami.

Profesionálové, kteří pracují na poli speciálního vzdělávání, aplikovali tyto koncepce na práci s rodinami postižených dětí.

Existují určité fáze, kterými většina projde, i když v různém pořadí, různém čase, s různou intenzitou.

### STADIUM ŠOKU

představuje první reakci na subjektivně nepříjemnou situaci, že je dítě postižené. V této době nechtějí rodiče nic slyšet o možnostech péče o takové dítě, protože se ještě nesmířili ani s jeho existencí.

### STADIUM POPŘENÍ

znamená dobu potřebnou pro zmírnění šoku ze špatných zpráv.

Poskytuje člověku čas najít vnitřní sílu a vnější podporu k čelení této situaci.

Můžeme vysledovat určité typy popření:

Popření faktů - rodiče popírají, že je jejich dítě postižené. Dokonce to popírají, i když je to konkrétně pozorovatelné.

Popření zakončení - Rodiče přijmou, že je dítě postižené, ale popírají, že je to trvalé.

Popření důsledků - Rodiče přijmou, že je jejich dítě postižené, ale popírají, že to bude mít dopad na jejich život. Rodiče v této fázi ještě nejsou připraveni přijmout změny, které do rodinného systému přináší postižené dítě.

Popření pocitů - Rodiče akceptují, že je dítě postižené, ale popírají, že se jich to nějak dotýká. Protože jsou pocity tak intenzivní, lidé se v této fázi bojí cítit cokoli. Mají strach, že zážitkem svých pocitů budou zdrceni a zneschopněni.

### STADIUM SMUTKU, OBAV, ZLOSTI, POCITŮ VINY

Smutek je proces, je to přirozená, automatická reakce na zdrcující situaci. V případě rodičů postiženého dítěte je truchlení způsobeno ztrátou snu o normálním, neinvalidním dítěti.

Smutek je proces, který rodinu provází celý život. I když se zdá, že se rodina ze smutku dostala a přizpůsobila svůj sen, když má dítě 3 roky, prochází smutkem znovu při vstupu dítěte do školy, když se stává adolescentem, když ukončí profesní přípravu a chce začít samostatný život.

rodiče vícenásobně postižených dětí mohou procházet stadii smutku při každém nově diagnostikovaném poškození.

OBAVY mobilizují energii, která je potřebná k dosažení změny.

Jakmile fáze smutku přejdou, mohou rodiče zažívat intenzivní obavy: „Co teď udělám? Kdo mi pomůže? Tyto otázky jsou často nepřetržité a nezodpověditelné. Tato etapa dává člověku energii přesunout se z fází smutku a porozumět pocitu velké ztráty. Obavy však nejsou utěšitelné. Představují však důležitou funkci pro mobilizování energie, která je nutná k tomu, aby se provedly změny, které jsou nevyhnutelné pro vypořádání se se ztrátou.

VINA se projevuje pocitem, že je člověk za postižení nějakým způsobem odpovědný. Pocity viny se mohou projevit různými způsoby:

Rodiče mohou věřit, že sami způsobili nějaké handicapující podmínky (léky v těhotenství, genetická zátěž rodiny apod.) a obviňují se za to

Mohou vidět v narození dítěte trest za prohřešky z minulosti.

Mohou mít filozofický pohled – tvrdí o sobě, že musí být tak strašné osoby, jestliže se jim stala tak hrozná věc. RABBI KUSHNER rozvádí tuto ideu ve své knize „Když se špatné věci stanou dobrým lidem“.

Během této etapy mohou být rodiče zvýšeně ochrannější, nedovolí dítěti dělat věci, které může dělat.

Pro rodiče existuje obrovská potřeba ujistit se, že nejsou zodpovědní za žádnou další bolest, kterou by mohli způsobit svému dítěti.

ZLOST se objevuje, často je skrytá, transformovaná nejčastěji do hledání viníků za celou situaci, objevují se agresivní pocity a vztek na celý svět, na partnera, ale i na sebe sama. Agresivní pocity se mohou zviditelnit, např. v chování ke zdravotnickému personálu, a právě tyto pocity mohou časem naopak sílit, zejména pokud jsou posíleny nevhodnou poznámkou nebo postojem zdravotníků.

#### STADIUM ROVNOVÁHY, POSTUPNÉ AKCEPTACE REALITY

Postupně dochází ke snižování úzkosti a deprese roste snaha rodičů co nejlépe se o dítě postarat. Mají zájem o nové informace, pochopí charakter postižení a možnosti dalšího rozvoje. V této době stále ještě mohou fungovat určité obranné postoje, jejichž cílem je udržet psychickou rovnováhu a zachovat si jako rodič přijatelné sebehodnocení.

Nejedná se ještě o vlastní adaptaci, protože takto získaná rovnováha funguje jen v omezené míře a často vede k dalším selháním a problémům.

AKTIVNĚJŠÍ OBRANNÝ POSTOJ se projevuje tendencí bojovat s ohrožující a nepřijatelnou situací. Jelikož s příčinou postižení bojovat nelze, projevuje se tato tendence nejčastěji přenosem hledání náhradního viníka, např. agresivitou proti zdravotníkům. Obrana zvýšenou aktivitou uleví vnitřnímu psychickému napětí.

Aktivita může být zaměřena na hledání lékaře či léčitele, který by uměl pomoci, častá je aktivita pomocí internetových diskuzí, facebookových stránek.

PASIVNĚJŠÍ FORMY OBRANY vedou k úniku ze situace, kterou nelze uspokojivě zvládnout nebo s níž se rodiče nedokážou vyrovnat. Krajním řešením je předání dítěte do institucionální péče, jinou variantou je přetrvávající popření situace. Rodiče se za těchto okolností chovají tak, jako by dítě bylo zdravé a jeho potíže nevýznamné. Rodiče mohou neuspokojení v rodičovské roli kompenzovat přijetím náhradního řešení, tzv. substitucí – např. v profesi.

Často rodiče rezignují na možnost zlepšit stav dítěte a v důsledku toho se např. dítě nevyvíjí ani v oblastech, kde je to možné.

#### STADIUM REORGANIZACE

Stadium reorganizace je charakteristické tím, že rodiče prošli předchozími stádii a situaci se snaží vnímat realisticky. Rodina začíná hledat adekvátní formy pomoci, využívají odborných služeb, reorganizovali fungování rodiny. Pokud však nedojde k překonání jednotlivých obran, je narušen celý rodinný systém a dítěti se nedostává podpory a pomoci, kterou potřebuje.

## MANŽELSKÝ VZTAH

Narození postiženého dítěte vystavuje manželský vztah rodičů velkému náporu. Je zkouškou jejich osobní zralosti, tolerance, trpělivosti, schopnosti kooperace. Narození postiženého dítěte má nepochybně vliv na manželské vztahy.

Vzbuzuje silné city u obou rodičů, koncentruje na sebe většinu pozornosti. Manželé se někdy natolik identifikují se svojí rodičovskou rolí, že jejich partnerská role zůstává potlačena, nebo na ni rezignují. Postižené dítě představuje pro rodiče často symbol selhání. Manželé nejednou otráví svůj vztah neustálým obviňováním sebe i partnera verbalizovanými nebo neverbalizovanými úvahami o tom, že „s jiným partnerem by se to nestalo“.

Postižené dítě naruší organizaci a chod domácnosti. Od partnerů to vyžaduje dobré organizační schopnosti a vzájemnou spolupráci.

Pokud se jeden z manželů odmítá zúčastňovat na rodinném životě stejně intenzivně jako druhý partner, může dojít k postupnému odcizení vztahů, podporované navíc únavou a vyčerpáním toho, kde se v rodině většinou angažuje.

Postižené dítě a problémy spojené s jeho výchovou a péčí je živnou půdou pro manželské konflikty.

Manželé se častěji než v běžných rodinách dostávají do těžko řešitelných situací, což vyžaduje určitou souhru postojů a konání partnerů, ale i toleranci vzájemných odlišností a chyb, stejně tak i oboustranně dobré komunikační schopnosti.

## SOUROZENCI

Adaptace rodiny na postižení dítěte v sobě zahrnuje nejenom upokojujání potřeb tohoto dítěte, ale také ostatních členů rodiny.

I sourozenci procházejí jednotlivými fázemi vyrovnávání se s touto skutečností, ať přímo (pokud jsou starší) nebo zprostředkovaně, kdy na ně doléhá prožívání rodičů, širší rodiny nebo blízkého okolí.

### ODLIŠNOSTI V SOUROZENECKÝCH VZTAZÍCH OPROTI „BĚŽNÝM RODINÁM“

V rodině bývají sourozenci běžně srovnáváni. Pokud je jedno dítě postižené, není takové srovnání možné. Postižený sourozenec bývá většinou více privilegován, jeho projevy jsou často tolerovány i tam, kde to s jeho vadou vůbec nesouvisí.

Zdravé dítě si brzy uvědomí rozdíl v přístupu rodičů. Děti chápou, že když je někdo nemocný, potřebují větší péči od těch, kteří jsou zdraví. Tak se rozvíjí i ohleduplnost a ochota pomoci rodičům v péči o postiženého sourozence. Na druhé straně však stojí relativizace požadavků, ke které dochází. *Děti si stěžují, že např. musí chodit pořád s košem, když bratr to úplně klidně zvládne také, i když neslyší.*

Od každého dítěte se očekává něco jiného, něco jiného je považováno za úspěch. Podvojnost takového měřítka je pro dítě, zvláště v mladším věku, poměrně matoucí. Může se cítit znevýhodněno, může se mu zdát, že to není spravedlivé.

Často se vyskytujícím pravidlem v těchto rodinách je to, že zdravý musí ustoupit. Sourozenci bývají soupeři i spojenci, ale postižené dítě nikdy nemůže být „soupeřem“, protože tomu neodpovídají jeho kompetence. Význam hádání a pošťuchování se tkví v tom, že se jimi děti učí prosadit se a najít si své místo mezi sobě rovnými. Tomu se nemohou naučit ve vztahu k rodičům, anebo ve vztahu k jiným dospělým.

Rodiče tyto přirozené potřeby, jakési pokusy o soupeření považují za špatné chování, za přestupek. Postižené dítě nemůže být ani modelem, se kterým by se mladší sourozenec ztotožnil. Je jiné, je výjimečné, a proto neposkytuje obvyklou zkušenost. Vytvoření vztahové symetrie, která je mezi zdravými sourozenci běžná, je v takových případech většinou těžko dostupná. Povinnost starat se o sourozence a pomáhat mu nepatří mezi běžné dětské povinnosti (s výjimkou vícečetných rodin s velkým věkovým rozdílem mezi sourozenci.).

Je zřejmé, že sourozenecká pomoc a povinnosti s tím spojené formují altruisticky orientovanou osobnost.

Na druhé straně ovšem rodiči stále zdůrazňovaná zodpovědnost může být pro dítě zátěží, kterou tvoří vnitřní pocity křivdy, zlosti nebo žárlivosti.

Navíc zdraví sourozenci se musí častěji potýkat se situacemi, kdy musí své sourozence bránit proti útokům okolí. Sourozenci obvykle přijímají dominantně-ochranné role. Většinou se obracejí proti „čumilům“, někdy se snaží vysvětlovat, jindy je slovně nebo gesty napadají..., jsou situace, kdy se za svého postiženého sourozence perou, jindy je raději odvádějí poražení z bojiště.

Rodiče nejsou vždy dostatečně empatictí a citliví ve svých představách o tom, co zdravé dítě zvládne. Někdy mohou jejich požadavky narušit formování identity a socializaci tohoto dítěte. Velmi často se stává, že rodiče vyžadují od zdravých dětí, aby brali svého postiženého sourozence všude s sebou a pokud to dítě odmítne, hodnotí jej jako velmi špatného a často následuje trest za to, jak „nemá svého bratra rád“.

Velmi často se v rodinách s postiženým dítětem vyskytují různé extrémní výchovné postoje.

#### ODSUNUTÍ ZDRAVÝCH SOUROZENCŮ DO POZADÍ

Rodiče se natolik soustředí na postižené dítě, že potřeby zdravého dítěte v určité době nabývají menšího významu. Nejpravděpodobnější příčinou zanedbávání vývoje zdravých dětí je většinou velkou zatížeností péčí o postižené dítě. Rodiče často očekávají zralejší chování, než odpovídá vývojovému stupni zdravého dítěte. Někdy tento výchovný styl se projeví velmi nepříznivě v sebehodnocení zdravého sourozence. Cítí se bezvýznamný, nejistý svojí rolí.

Mohou se objevovat i pocity viny, že on měl být ten postižený; že nemá sourozence dost rádo, ale jeho prožitky mohou být i ambivalentní ve smyslu, že postiženému sourozenci pozornost rodičů závidí.

V takových chvílích jsme často už jen krůčkem ke spuštění neadekvátních vzorců chování, většinou agresivního, zhoršení školního prospěchu – často je to jen mechanismus, jak na sebe upoutat pozornost.

#### KONCENTRACE ZÁJMU NA ZDRAVÉ DÍTĚ

Rodiče si velmi často ztrátu spojenou s nedostatečnými kompetencemi svého dítěte kompenzují zvýšenými nároky na dítě zdravé. Jako by jim to mělo nahradit a nejlépe dvojnásobně. Své zdravé děti přetěžují nároky a očekáváními, která většinou nejsou adekvátní osobnostním charakteristikám a vývojovému stupni zdravých dětí.

(Vágnerová,

### 3.4.2 POSTOJE

Postoj společnosti k postiženému jedinci je určován součinností několika činitelů:

- **hodnotami, které společnost přisuzuje tělesnému zdraví, neporušenosti a zdatnosti.**

- generacemi předávanými předsudky a **bariérami vůči** postiženým jedincům, které ovlivňují další generace
- vlivem rodiny, v níž člověk vyrůstá, jejími zkušenostmi, tradičními postoji
- konkrétní zkušeností s postiženým jedincem. Postižený jedinec přijímá podněty, které k němu ze společnosti přicházejí, ale zároveň sám sociální podněty vysílá a provokuje reakce okolí.

Od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se od ostatních odlišovali vzhledem, smyslovými nebo tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se museli se svými takto odlišnými členy nějak vyrovnávat, tento vztah se v průběhu vývoje společnosti měnil. Každá společnost ve své kultuře stanovuje jakýsi ideál, který odpovídá jejím potřebám, náboženským, ideovým, případně filozofickým a z toho pak vyplývají i základní normy toho, co je dobré a co nikoli, co je přijatelné, žádoucí, normální. Na postoj společnosti k postiženým měl vliv i tlak vnějších okolností, např. ekonomickou situací skupiny.

Nejčastějším důvodem k podezřívavým postojům je neznalost příčin postižení. Historicky lidé poměrně často přikládali tomuto faktu různé příčiny, např. očarování matky nebo její nemravné styky před narozením dítěte. Jedinec takto zatížený byl potom považován za potencionální nebezpečí pro skupinu, i když v tomto případě především proto, že reprezentuje vliv neznámých a tím už nebezpečných sil.

**Postižení může být považováno také za výraz určité vnitřní kvality**, mnohdy právě té negativní. I v současné době najdeme lidi, kteří si myslí, že každý nevidomý nebo tělesně postižený je současně i mentálně postižený.

Fascinace monstrem: to, co člověka odpuzuje, ho i určitým způsobem přitahuje právě pro svou odlišnost a jinakost. Postižení tedy byli zpravidla společností zavržováni, zároveň jim byly připisovány magické schopnosti (prorocký dar slepců, znetvořená čarodějnice vybavená kouzelnou mocí), které k nim přitahovaly, i když s příměsí strachu. Velmi často byli postižení nositeli zvláštních schopností, které jim svým způsobem zajišťovaly místo ve společnosti (šamani – posedlí, často halucinující psychotici).

### **Podívejme se na lehký průřez historií a postoji společnosti**

#### **STAROVĚK**

Mnoho autorů zabývajících se tímto tématem se shoduje, že společnost v prvopočátcích svého vývoje se **postižených zbavovala**, postupovala velmi represivně. Zvláštní náhled na toto téma má Titzl (2005). Pokud dáme do souvislostí paleontologické nálezy lidí tělesně postižených a skutečnost, že přežívali a byli pohřbíváni, vyjde zřetelný výsledek- lidé *od prvopočátku měli schopnost altruismu, tedy péče, soucitu, opatrování jedinců slabších, postižených jedinců se tedy nezbavovali, ale naopak se o ně starali, i když to jistě velmi komplikovalo jejich běžný život.* Tyto nové souvislosti napadají existující periodizace dějin péče o postižené, které podtrhují represivní přístup, jehož podstatou bylo zbavovat se jedinců slabých. **Nejčastěji uváděným příkladem je stát Řím.**

Narození postiženého dítěte (nazýváno „zrůda“, „monstrum“) znamenalo nejenom důsledek pro postižené dítě (hosení do řeky, moře, spálení), ale Římané v tom viděli i předzvěst zlé



události v jejich společnosti. Následovala často očista celého města a usmíření božstva (např. zpěvem třikrát devíti panen).

Lidé zmrzačení nebo nevzhlední byli vnímáni negativně, i vlastní rodina někdy schovávala tělesně postižené dítě. Zde vidíme, že ač byl přístup společnosti proti výchově postižených dětí, rodiny se je snažily „schovávat“ a v mezích možností se o ně starali.

### **Feudalismus- charitativní přístup**

Feudalismus je období, pro které je typická lítost nad „postiženými ubožáky“. Společnost se začala chovat podle své víry. U nás především vlivem židovsko – křesťanských názorů vstupuje do chápání postižení i boží vůle – úmysl (v podobě boží zkoušky nebo trestu). Např. ve Starém zákonu lze najít náznaky chápání postižení jako známky zavržení (nepřijatelnost kulhavých zvířat jako oběti, ale i nepřijatelnost postiženého muže jako kněze).

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 dárcce království nebeské), kterou si na druhé straně bylo možné vykoupit odpustky za hříchy.

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 projevovat 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.

### **Humanismus**

V období humanismu nastává velký rozvoj péče také o postižené jedince, hlavně z důvodu rozvoje medicíny.

Typické je zvýšení zájmu o léčení a vyléčení jedince, což bylo výborné zvláště pro postižené a jejich rodiny. 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 zákonem v roce 1862, který uzákonil péči o postižené do kompetencí obcí.

Nebylo však zřízeno dostatek institucí a postižené děti byly odkázány k žebrání. Vlastně mnoho odborných ústavů by nevzniklo bez pomoci tzv. sirotčích fondů, tedy podpory soukromé. Jan Amos Komenský ve svém 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 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.

## 20. STOLETÍ

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

Posun ve vnímání postižených lidí společností je patrný až na konci 20. století, 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. Michalík (2005) uvažuje o tom, že pravděpodobným důvodem tohoto jevu je skutečnost, že „neexistuje vědomí historické viny vůči této komunitě“. (Michalík in Vojtko, 2005, s. 44)

## POSTOJE ZDRAVÝCH K POSTIŽENÍ

Velmi mnoho zdravých lidí si nedovede a často ani nechce představit, co postižení pro člověka znamená. Často zdraví považují postižené za jim nerovnocenné, spíše je jen akceptují jako pasivní objekt, pro který je třeba něco dělat. To, jakým způsobem se v těchto situacích chovají, co prožívají, úzce souvisí s jejich postoji. Vliv společnosti a „obecně platných“ postojů, či spíše předsudků, se významně odrazí ve způsobu, jakým na rodinu s postiženým dítětem nahlíží jejich okolí, často i širší rodinu, nebo ona sama...

V psychologii se postoj definuje jako „relativně trvalé seskupení našich pocitů, poznatků a behaviorálního nasměrování ve vztahu ke konkrétním (i abstraktním) předmětům“. V této definici si můžeme všimnout slova „relativně“, tedy postoj není to nic vrozeného ani neměnného, i když platí, že postoj lze v průběhu vývoje jedince „upravovat“. V postoji vždy najdeme složku kognitivní, tedy to, co o předmětu známe, složku emocionální, tedy to, co v souvislosti s předmětem zájmu prožíváme a složku behaviorální, tedy jak se chováme.

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 nepříznivější, 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 nepříznivém. Mnohdy se lidé doslova vědomě vyhýbají kontaktu s postiženými - často jedná o snahu nebýt 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.

V souvislosti s postoji musíme ještě zmínit **předsudky**, což je jakási předpojatost, názorová strnulost. Předsudek je emočně nabitý, kriticky nezhodnocený úsudek a z něj plynoucí postoj. 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 integraci postižených lidí do společnosti zdravých a mají tendenci stávat se stereotypem. Převládá zde iracionální a emocionální prvek nad věcností a fakty. Ve vztahu k postiženým, můžeme vysledovat tři typy předsudků: podceňující, odmítavé, idealizující.

Obsahem podceňujících předsudků je skutečnost, že si postižení zaslouží politování a soucit. Je to tedy charitativní přístup; jsou to chudáci, jsou bezmocní, nemohoucí, „nemohou najít cestu“ atd.

Jedinci, u nichž převládají „odmítavé předsudky“ zastávají takový postoj, jehož podstatou je přesvědčení, že postižení jsou neužiteční a neproduktivní (např. postoj k nevidomým po tisíciletí formovali slepí žebráci). Podle nich je postižení trestem (božím) nebo si ji postižený zavinil sám; postižení jsou podle nich nemorální, zlí, duševně narušení apod.

Idealizující předsudek 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

vyhradila příroda zbystřením 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, věšteckou schopnost atd.).

Zvláštním problémem svého druhu je tematika postiženého člověka v uměleckých dílech a některých žurnalistických žánrech. Snaha jejich autorů dosáhnout emoční odezvy potenciálního čtenářstva je vede k tomu, že „hrají“ na zažitá citové stereotypy - soucit, lítost, dojetí, zděšení atd. Tím napomáhají opětovnému ožívání a upevňování dávných archaických předsudků.

### **POSTOJE POSTIŽENÝCH KE SPOLEČNOSTI**

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. TZV. stigma, které je dáno chováním jedince, který sám stimuluje svoje okolí, aby ho jako odlišného přijímalo.

Také u postižených se vytvářejí určité postojové stereotypy, které fixují např. pocity ukřivděnosti a podezřivosti, bez ohledu na to, zda-li jsou aktuálně oprávněné či nikoli. 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 všimal za normálních okolností, protože je v roli odlišného, často závislého, vzbuzujícího všelijaké emoce. Reakce postižených mohou být velmi různé, nebývají jen odpovědí na leckdy nepříjemné 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 z jejich postavení ve společnosti (ve společnosti je jim vyhrazený status inferiority, jsou vylučováni z některých oblastí činnosti). Postižený potom vlastně hraje „rolí“ postiženého, což je výsledkem spíš tlaku sociálního prostředí a důsledkem společenského způsobu myšlení, a ne projevem něčeho uvnitř osobnostní struktury. Komplex méněcennosti, který se u postižených často vyskytuje, je psychologickým zhodnocením vlastního sociálního postavení.

### **POSTOJE JEDINCŮ S POSTIŽENÍM K POSTIŽENÍ**

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 postiženého (zvláště těch, kteří se stali postiženými až v pozdějším věku) - pokud byly postoje jedince k postiženým ještě v době jeho relativního zdraví negativní, průběh akceptace postižení bude pravděpodobně velmi těžký. Dokonce i zdánlivě pozitivní myšlenkové stereotypy mohou být nebezpečné. O

slepčích se např. říká, že mají „šestý smysl“, že jsou fenomenálně hudebně nadaní apod. Jestliže osleplý člověk u sebe žádnou mimořádnou schopnost nenajde, může to být pro něj další zklamání.

Nepříznivá situace bohužel často nastává, když postiženým chybí dostatečné informace o možnostech jejich dalšího života a jediným zdrojem zůstávají předsudky a zafixované představy laické veřejnosti.

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. Je to proces složitý, dlouhodobý a náročný, někdy plný zvrátů. Významným činitelem, jenž bývá obvykle nejtvrdějším překážkou akceptace vady je rodina postiženého. Nejsou výjimkou rozvody partnerů, z nichž se jeden stal v průběhu vztahu „postiženým“, dalším negativním přístupem je hyperprotektivita, tedy nadměrná péče o postiženého příslušníka v rodině nebo – stejně velmi ale skrytě komplikující je odmítnutí a popírání postižení.

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. Rozhodující je, zda se člověk nechá zahltit a ovládat nejrůznějšími negativními stavy a pocity (depresivní rozlady, podrážděnost, sebelítost, obviňování druhých, pocity beznaděje, hněvu apod.), nebo zda si je uvědomí a přitom je má pod kontrolou.

Vlivem celé řady činitelů se častěji stává, že jedince nepřijme své postižení a neuznává životní možnosti a omezení, které vada zanechává. Tzv. nonakcepce (Čálek 1988, 1989) má různé jevové podoby, nejčastěji se jedná o zveličování defektu nebo popírání důsledků ztráty. Často jde o projevy skryté nebo zkráceně vnímané, patří sem i složitá tematika předsudků a tzn. sociálních stereotypů, jako zvláštního druhu postojů.

V případě zveličování důsledků vady jde o postoj, kdy se postižený jedinec považuje za víceméně zcela 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. Tento postoj může zastávat jak postižený člověk sám, tak lidé v jeho okolí i na celospolečenské rovině.

Naproti tomu v případě **popírání** důsledků vady jde o to, že se nepřihlíží k omezením, která vada přináší, a jedná se tak, jako by neexistovala. Postižení se např. chápou jako každý vidící, ačkoli jejich podmínky jsou značně pozměněné (odmítá používat bílou hůl, nedává pozor při přecházení vozovky apod.). Neuznávají kladné možnosti životního přizpůsobení, které zůstaly a které jsou jim k dispozici, a proto je také nevyužívají.

Typickou ukázkou nezvládnutí situace související s postižením, je tzv. vyhýbání (Laryšová, 2004), které pociťují lidé, kteří žili mnoho let bez větších potíží, až v průběhu života např. přijdou o zrak. Najednou zjistí, že se jim vyhýbají dosavadní přátelé a známí, někdy i rodinní příslušníci. S tímto problémem se však setkávají i nevidomí chodci s bílou hůlí na veřejnosti. U vidících lidí, kteří tuto tendenci mají, se často jedná o snahu nebýt ve styku s neštěstím, méněcenností, neznámem, strachem z vlastního oslepnutí, o snahu nenarušit si obraz dokonalého světa.

### 3.5 SHRnutí

Faktorů, které ovlivňují současné postoje společnosti k jedincům s postižením, je mnoho. Je třeba si uvědomit, že současné postoje jsou často ovlivňovány historickými ukazateli, které daly základ celé řadě předsudků, které přetrvávají do současnosti. Postoj současného intaktního člověka k jedinci s postižením je naplňován prostřednictvím tří základních složek: kognitivní, emocionální a konativní. Vzhledem k tomu, že v důsledku historického vývoje je výrazně nenaplněna složka kognitivní a současně chybí zkušenost z konkrétního kontaktu s jedincem s postižením, převažuje v postoji složka emocionální a to buď ve formě soucitu, odporu nebo přehlížení. Nutno také brát v úvahu postoje postižených ke společnosti, neboť právě oni se často vlivem nedůvěry z komunikace distancují, podceňují své schopnosti a společnosti nevěří. Taková zkušenost spolu s existujícími stereotypy může zásadně ovlivnit postoj rodiny v situaci, kdy se musí s postižením některého z členů rodiny vyrovnávat. Fáze šoku, popření, pocitů viny, smutku, zlosti, postupná akceptace jsou fáze, kterými – velmi individuálním tempem – postupují jednotliví členové rodiny ke konečnému vyrovnání se s touto skutečností a reorganizaci rodiny. Je třeba mít na paměti, že adaptační schopnost rodiny se rovná adaptační schopnosti jejího nejslabšího článku. Vždy je třeba s rodinou pracovat jako s celkem a respektovat potřeby jednotlivých členů (sourozenců, manželů).

Vztah k postiženým je výrazem tolerance k odlišnosti, respektování individuality, je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Předsudky, stereotypní vnímání druhého je možné překonat působením na společnost a na její členy především rozbitím bariér, které dělí postižené od ostatní společnosti a umožněním kontaktů a vzájemného poznání.

### 3.6 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jaké fáze vyrovnávání se s postižením znáte a jaké je obvykle jejich pořadí?
2. Popište rozdíl a uveďte příklady mezi aktivními a pasivními formami obrany rodiny.
3. Uveďte minimálně 5 oblastí, v nichž může být narušen manželský vztah (v případě narození dítěte s postižením)
4. V čem se od sebe odlišuje postoj a předsudek? Je předsudek postoj?
5. Jaké předsudky se nejčastěji objevují u „zdravých“ vůči jedincům s postižením?
6. Jaké předsudky se nejčastěji objevují u jedinců s postižením vůči „zdravým“?

### 3.7 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Vyhledejte min. 25 předsudků, které se vůči lidem s postižením objevují ve společnosti (bez ohledu k druhu a stupni postižení).
2. Vyberte si některé historické období a popište podrobně postoje k jedincům s postižením (na základě studia literatury).

3. Vyhledejte, jaké organizace v zahraničí (nikoli na Slovensku) věnují pozornost terapii celých rodin a/nebo jednotlivým členům (prarodiče, sourozenci, manželé/partneři). uveďte jich minimálně 5 a popište, v čem spočívá nabídka jejich služeb.

### 3.8 ZDROJE

- ČÁLEK, Oldřich. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Achát, 1992.
- KOMENSKÝ, Jan Amos. *Vševýchova = Pampaedia*. Bratislava: Obzor, 1992. ISBN 80-215-0216-9.
- KUSHNER, Harold S. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*. Překlad Hana Kašparovská. Vyd. 5. Praha: Portál, 2011. 143 s. ISBN 978-80-262-0037-6.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3., přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- NIEMAN, S., JAKOB, N. *Helping Children Who Are Blind. Family and community support for children with vision problems*. Berkeley, CA: Hesperian Foundation, 2000. ISBN 942364341.
- NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- POŽÁR, Ladislav. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. 184 s. ISBN 978-80-8082-147-0.
- PREVENDÁROVÁ, Jitka. *Adaptácia rodičov na postihnutie dieťaťa*. *Efeta*, roč. 7, 1997, č. 1, s. 5-6.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a LUDÍKOVÁ, Libuše. a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- ŘÍČAN, Pavel a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- SCHMIDT, Armanta. *Otcové: Společná cesta*. Praha: Středisko pro ranou péči, 2004.
- SMÝKAL, Josef. *Zrakově postižené dítě v rodině*. Brno: Mateřská škola pro nevidomé a děti se zbytky zraku, 1980.
- SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1986.
- TITZL, Boris. *Postižený člověk v dějinách I*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. ISBN 80-7041-007-8.
- VÁGNEROVÁ, Marie a HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. *Psychologie handicapu*. 2. část, *Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince*. 2., opr. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003. 71 s. ISBN 80-7083-764-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

VOJTKO, Tibor, ed. *Postižený člověk v dějinách I: vybrané přednášky k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. 47 s. Edice speciální pedagogiky. ISBN 80-7041-007-8.

VOJTKO, Tibor, ed. *Postižený člověk v dějinách II: texty k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe: vybrané příspěvky z konferencí Postižený člověk v proměnách času I a II*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 106 s. Edice speciální pedagogiky. ISBN 978-80-7041-081-3.

### **3.9 PRO ZÁJEMCE**

Vyhledejte v historických knihách informace o tom, jak se k jedincům s postižením přistupovalo v období před a ve 2. světové válce. Zpracuje v rozsahu minimálně 2 stran.



## 4 METODY SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY. VÝZKUMNÉ STRATEGIE A PŘÍSTUPY.

### 4.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Speciální pedagogika užívá pro svoji práci celou řadu metod. Všechny směřují k rozvoji osobnosti a společenskému začlenění člověka s postižením nebo znevýhodněním. Základní členění metod je na metody diagnostické, nápravné, terapeutické, preventivní a výchovné.

### 4.2 CÍLE KAPITOLY

Student si po prostudování této kapitoly ujasní užití metod diagnostických, nápravných, preventivních a výzkumných ve speciální pedagogice, pochopí jejich vzájemnou návaznost i provázanost. Na základě předchozích znalostí o diagnostických metodách z pedagogiky a psychologie dokáže aplikovat užití těchto metod ve speciálně pedagogické péči.

### 4.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Diagnostické metody, nápravné metody (redukace, kompenzace, rehabilitace), preventivní metody, terapeutické metody, výzkumné metody.

### 4.4 VÝKLADOVÁ ČÁST

Metody jsou platné pro všechny disciplíny speciální pedagogiky. **Mohou být diagnostické, terapeutické, preventivní, výzkumné a prognostické**

#### 4.4.1 Diagnostické metody

Cílem diagnostických metod je stanovit speciálně pedagogickou diagnózu, tedy popis aktuálního stavu jedince s postižením nebo znevýhodněním.

##### ANAMNÉZA

Pojem převzatý z medicíny (zkoumá se období „předchorobí“) převzaly společenské vědy (Valenta, 2014) s cílem zjistit prostřednictvím rozhovoru (s klientem, jeho rodiči, učiteli, asistentem, sociální pracovníci) co nejvíce informací relevantních pro nastavení efektivní práce s klientem směřující ke zlepšení jeho životní situace.

Může se jednat o anamnézu osobní (vývoj jedince, druh a stupeň postižení, vývoj tělesný, kognitivní vývoj, samostatnost apod.), rodinnou (situace v rodině, rodinné vztahy, sociální opora), anamnéza školní (jakými druhy a typy škol prošel, pozitivní a negativní zkušenosti při vzdělávání, silné a slabé stránky), anamnéza životního prostředí (sociální vztahy v rodině, ve třídě, volný čas, způsob života, ekonomické podmínky) apod.

##### POZOROVÁNÍ

Metoda systematického sledování vybraného jevu. Může podle potřeby mít řadu podob: krátkodobé x dlouhodobé, introspektivní x extrospektivní, laboratorní x terénní, přímé x nepřímé apod.

##### DOTAZNÍK

Cílem dotazníku je získat písemné odpovědi na předem stanovené otázky, které se vážou na některou ze sledovaných oblastí. Výhodou dotazníku je možnost zpracování dat a jejich opakovatelné získávání pro porovnávání stavu klienta.

### **ROZHOVOR**

Prostřednictvím rozhovoru zjišťujeme názory, postoje, informace, které jsou důležité z hlediska následné prognózy a plánu terapeutické péče. Rozhovor je sice královskou, ale velmi těžkou cestou vedoucí k poznání osobnosti i osobní historie klienta.

### **ANALÝZA PRODUKTŮ ČINNOSTI**

Využívají se produkty klienta (kresby, deníky, školní úvahy, eseje) k tomu, abychom co nejlépe porozuměli jeho prožívání. Nejčastěji se používá analýza dětské hry, kresby.

### **TESTOVÉ METODY**

Valenta (2014) uvádí, že se ve speciální pedagogice nejčastěji užívají testy didaktické, sociometrické a psychodiagnostické.

Typickým příkladem didaktického testu jsou speciální testy na diagnostiku specifických vývojových poruch učení, zkoušky zjišťující čtenářský kvocient, ale můžeme sem zařadit i např. Jiráskův test duševního obzoru a informovanosti (pro předškolní děti).

Diagnostické metody slouží k popisu aktuálního stavu a jsou východiskem pro aplikaci nápravných metod v rámci individuálního plánu práce s klientem. Po aplikaci metod se může ještě užít diagnostika průběžná nebo závěrečná.

#### **4.4.2 Metody nápravné, regulační**

Metody nápravné slouží k rozvoji jedince s postižením překonáváním následků poškození.

Patří mezi ně reedukace, kompenzace a rehabilitace.

#### **METODA REEDUKACE (reeducatio = převýchova, obnovená výchova)**

Je souhrn všech speciálně pedagogických postupů, které jsou zaměřeny na postiženou funkci a zlepšování její činnosti. Systematickým působením se postupně rozvíjí oblast, která byla ve své činnosti omezena, snížena nebo nevyvinuta. *Např. tupozraký jedinec pokud je soustavně veden, pokud se učí fixovat předměty a užívat zraku ke zrakové práci. Nebo pokud je u dítěte odstraňována vadná výslovnost hlásek.*

Zlepšování výkonu působí také na psychiku postiženého, hlavně na citovou stránku. Stoupá důvěra ve vlastní síly. Reedukace není obecně cílem, je jen předpokladem pro celkové společenské uschopnění jedince.

Rozlišujeme přístup

- Monosenzoriální, který je zaměřený na rozvoj postižené funkce bez podpůrného využití jiných funkcí
- Multisenzoriální, který využívá jako pomocných činitelů i funkcí zdravých, např. reedukace sluchu s využitím vnímání vibrací.

Výzkum se zaměřuje na nové možnosti reedukace, na využití rychlého rozvoje vědy a techniky, která přispívá velkou měrou k úspěšnému řešení celé řady postižení, kde byly dříve možnosti buď nepatrné nebo žádné.

Patří sem např. reedukace sluchu u nedoslýchavého, reedukace řeči u neslyšícího nebo koktavého, reedukace rozumových schopností u slabomyslného..

## PŘÍKLADEM REEDUKACE JE NAPŘ. REEDUKACE ZRAKU – ZRAKOVÁ STIMULACE:

ZRAKOVÁ STIMULACE představuje soubor technik, metod a postupů, kterými se snažíme využít sebemenší zbytek zraku, ale i nácvik využití zraku, tedy vidět i dívat se.

Základem je důkladné pozorování, jak dítě zrak užívá. Nejdříve zjistit reakce na světlo (pokud si rodiče nejsou jisti, vzít dítě do tmavé místnosti, kde si s ním hrají a potom rozsvítit světlo – sledují zúžení zorniček, případně další reakce jako šilhání, mrkání, celkový neklid).

### **Děti se učí dívat se, nikoli jen vidět.**

Tedy nejdříve se sleduje, jestli se obrací ke světelnému zdroji jako je lampa, slunce, okno. Děti rády experimentují se světlem, např. třepetají hračkou nebo prstíky před světlem.

Rodiče bývají vyzýváni, aby pozorováním zjišťovaly situace, kdy dítě nejlépe vidí.

Stimulace je vedena formou hry, je třeba udržovat přiměřenost podnětů (nepřehltit).

Doma v rodině ukazovat dítěti, povídat mu, pověsit nad postýlku hračky, obrázky, barevné koláže apod. Dítěti předkládat barevné předměty s využitím kontrastu tmavé pozadí, světlé popředí. Stimulačně působí předměty, které ve tmě září.

Ve speciálně zatemněné místnosti je prováděna zraková stimulace ultrafialovým světlem, kterými jsou zvýrazňovány luminiscenční barvy.

### ETAPY:

- Etapa motivační – zaujetí dítěte, lze ji provádět světlem nebo nasvícením předmětu, může být spojeno také sluchovým nebo hmatovým vjemem. **Pozornost světelnému zdroji.**
- Fáze **Pozorování předmětu.** Nejprve v pohybu vodorovném, který vývojově předchází směr svislý a následně sledování přibližujícího se nebo vzdalujícího se podnětu..
- Další fází je **senzomotorická koordinace** (oko – ruka), Zkouší se sahání po předmětu, nejprve v klidové poloze a potom při pohybu předmětu. Předmět je umístěn nahoře, dole, vpravo, vlevo – odhalí se tím např. výpadky zorného pole. Vhodným nasvícením v prostoru lze cíleně nacvičovat orientaci v prostoru.
- U dítěte od 3. roku věku lze nacvičovat **orientaci na ploše**, kdy má dítě za úkol shodit kostky ze stolu, které se předtím nasvítí. Po provedení se dítě nechá udělat úkol bez nasvícení, je možné zmírnit i barevnost kostek od červené, žluté, zelené až po modrou. Další aktivitou je vnímání geometrických tvarů na ploše (přípevněny suchým zipem a dítě je odtrhává z podložky),
- Pátou etapou je **vnímání jednoduchého** obrázku, následně obrázku s vnitřním členěním.
- Poslední aktivitou je malování na světelném stole fixem. Nejprve čáry, potom kruhy, vymalovávání a nakonec obtahování tvaru.

### **METODA KOMPENZACE (z lat. *compensatio* = vyvážení, vyrovnání)**

Zahrnuje speciálně pedagogické postupy, jimiž se zlepšuje a zdokonaluje výkonnost jiných než postižených funkcí. Porušená, ztracená, nevyvinutá nebo zaniklá funkce je nahrazována jinou funkcí.

Nápravná péče se věnuje soustavně zdokonalování těchto náhradních činností, aby mohly postiženou oblast co nejlépe zastoupit. Jejich výkonnost postupně stoupá, umožňuje to postiženému lepší uplatnění a zapojení do života.

*Nevidomý nahrazuje ztrátu zraku rozvojem hmatového a sluchového vnímání. Neslyšící se zvyšuje pozornost zraková, vytváří se schopnost odezírání; u pohybových postižení např. po amputacích nebo dys/améliích učíme děti pracovat pahýly, ústy, bradou, ramenem, nohou, různými protézami apod.*

### **METODA REHABILITACE (z lat. *Habilitas* = schopnost)**

V nejširším slova smyslu znamená (znovu)uschopnění. Znamená souhrn všech speciálně pedagogických metod, jimiž se upravují společenské a pracovní vztahy postiženého jedince, navazuje na reedukaci a kompenzaci.

Je to soubor činností, které

- ve složce zdravotnické především napravují orgánové defekty, a vracejí porušenou funkci
- ve složce pedagogické na podkladě reedukace a kompenzace upravují vztahy postiženého k výchově a vzdělávání
- ve složce sociální – v užším, vlastním slova smyslu jej uschopňují společensky, pracovní, zájmově, kulturně.

**Úkolem rehabilitace je zbavit člověka jeho defektivitu nebo ji alespoň zmírnit, umožnit mu, aby se sociálně adaptoval, aby nabyl ztracenou sebedůvěru, upevňoval si pocit soběstačnosti.**

**Komprehensivní rehabilitace** – ucelená celistvá, globální.

### **DRUHY REHABILITACE**

Rehabilitace je širokospektrální, proto je třeba vždy mluvit o komplexní rehabilitaci.

1. Léčebná (léčba medikamentózní, operativní léčba medicínskými prostředky + fyzioterapie, léčba zprostředkovaná)
2. Výchovně vzdělávací (výchova a vzdělávání všeobecné i odborné, příprava na povolání, výchovné poradenství).
3. Pracovní (výchova k práci, kvalifikace osob se sníženou pracovní schopností, rozvoj vědomostí, dovedností, návyků v pracovním procesu).
4. Sociální (rozvíjení schopnosti sociální adaptace, upevnění pocitu soběstačnosti, sociální zajištění, bydlení, domácnost, doprava, hlavní životní náplň, využívání volného času).
5. Psychologická (psychologie klinická, pedagogická, sociální, pracovní. Formování správného sebepojetí, vyrovnání se s postižením, rozvoj motivace, duševní hygiena Psychorehabilitací se rozumí používání psychického ovlivňování postiženého při vyrovnávání se s vadou, v rozvoji motivace postiženého ke všem oblastem života.)
6. Technická (protézy o pomůcky ortopedické, ortoptické, ortodontické, akustické, odstraňování architektonických zábran).
7. Právní (zákony a směrnice k zajištění práv a péče pro postiženou mládež i dospělé občany).
8. Ekonomická (organizace a řízení výrobní činnosti a produktivní práce invalidních občanů).

#### **4.4.3 Metody terapeutické**

Cílem terapeutických metod je zlepšit psychický stav jedince a podpořit kognitivní složku.

Terapie je obecně definována jako záměrné léčebné působení na psychiku člověka, především neverbálně.

### **ANIMOTERAPIE**

terapie prostřednictvím zvířat získává stále větší oblibu jak ve speciálních školách a zařízeních, tak jako způsob trávení volného času.

### **HIPOREHABILITACE**

Hiporehabilitaci tedy rozdělujeme na hipoterapii (léčba fyzických problémů), aktivity s využitím koní (léčba sociálních problémů), psychoterapie s pomocí koní (léčba psychických obtíží) a parajezdeckví (přechod z terapie do volnočasové aktivity). Arteterapie

### **CANISTERAPIE**

Canisterapie je metoda pozitivního psychosociálního a fyziorehabilitačního působení na dítě pomocí speciálně vycvičených psů. Zkušený canisterapeut dokáže pracovat tak, že pomůže aktivovat myšlení, paměť, komunikaci, učení se (mluvenou řeč, neverbální projevy atd.), ale i motoriku (chůzi, pohyb paží, rukou a prstů atd.). U dětí lze pozorovat zlepšení hrubé motoriky (využívá se Bobathovský koncept a polohování), zlepšení jemné motoriky (využití obrázků, odměn pro psy aj.), zlepšení psychiky (hry se psem, nácvik poslušnosti, venkovní dovednosti), zlepšení řeči a kognitivních funkcí (využití speciálních logopedických pomůcek).

### **FELINOTERAPIE**

Felinoterapie je terapie s využitím koček. Základem felinoterapie je využití vrozeného daru empatie, intuice a léčivé energie kočky, schopné odnímat bolest a utrpení, navozovat duševní harmonii a napomáhat najít ztracenou životní rovnováhu.

### **ARTETERAPIE**

Arteterapie využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Rozlišujeme terapii uměním (vlastní tvůrčí činnost klienta), artpsychoterapii (výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány).

### **MUZIKOTERAPIE**

Muzikoterapie využívá jako terapeutický prvek hudbu, která má pozitivní vliv na zlepšení vnímání tělesného schématu a koordinace, zlepšení jemné motoriky, rytmizace, nácvik správného stereotypu dýchání, zlepšení plicní kapacity, zlepšení orofaciálních funkcí, přispívá k celkové harmonizaci organismu, zlepšení paměti, soustředění, pozornosti, pravolevé, prostorové a časové orientace, k rozvoji komunikačních schopností a dovedností.

### **DRAMATERAPIE**

Dramaterapie je metoda pomáhající použitím dramatických (divadelních) postupů upravit psychické poruchy, sociální vztahy, důsledky tělesného nebo mentálního postižení. Slouží k rozvoji slovní i mimoslovní komunikace a podněcuje osobnostní růst. Cílem dramaterapie je zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence, získání schopnosti uvolnit se, zvládnutí kontroly svých emocí, změna nekonstruktivního chování, rozšíření repertoáru rolí

pro život, získání schopnosti spontánního chování, rozvoj představivosti a koncentrace, posílení sebedůvěry, sebeúcty a zvyšování intrapersonální inteligence, získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti.

#### 4.4.4 Metody preventivní

Preventivní metody mají buď zabránit vzniku samotného defektu, ale v případě jeho vzniku zachovat co nejvíce samostatnost jedince, aby postižení nevedlo k rozvoji hendikepu.

Metody preventivní se člení na primární, sekundární a terciární.

**Cílem primární prevence** je předcházení vzniku problému zvýšením zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví a bezpečnost společnosti, zvyšování sociální způsobilosti, orientace v mezilidských vztazích, schopnosti řešit adekvátním způsobem různé konflikty a náročné situace, vytváření příznivé situace pro pozitivní seberealizaci

**Cílem sekundární prevence** je včasné vyhledání problémů, jejich řešení, předcházení defektivitě, formování náhledu člověka na handicap

**Terciární prevence** již zahrnuje úsilí o zmírnění dopadu problému na osobu, předcházení neurotizace a následků nepřiměřené výchovy - nadměrné a nedostatečné nároky, resocializace po narušení sociálních vztahů.

#### 4.4.5 Metody výzkumné

Speciální pedagogika jako vědní disciplína má své metody a realizuje výzkum, jehož cílem je působit na jedince s postižením nebo znevýhodnění co nejefektivněji.

K výzkumným metodám patří metoda:

- historicko – srovnávací,
- anamnestická, která je východiskem výzkumu. Skládá se z osobní anamnézy, rodinné anamnézy (významně pomáhá v odlišení vrozených nebo získaných vlivů), anamnézy životního prostředí se zaměřením na utváření a upevňování sociálních vztahů handicapovaného.
- analýza výsledků činnosti, která vyhodnocuje výsledky prací např. písemné úkoly, výsledky ručních a laboratorních prací, kresby, modely...
- metoda studia školní a jiné dokumentace, která zahrnuje materiály pedagogických pracovníků, doklady o činnosti speciálních škol, apod. Tvoří východisko při zpracování učebních plánů, osnov, učebnic a metodických pokynů.
- pozorování, rozhovor, dotazníková metoda, speciálně pedagogický experiment, měření výkonů...

K vyhodnocení získaných materiálů slouží metody matematicko – statistické analýzy, komparace výsledků činnosti a kvalitativní analýza.

### 4.5 SHRNUTÍ

Pro práci speciálních pedagogů je velmi důležitá znalost metod, které jim pomohou při efektivní práci s jedincem s postižením. Základním východiskem jsou metody diagnostické, které na počátku pomohou stanovit rozsah defektu a jeho dopad na život jedince a mohou být

využívány pro průběžné hodnocení efektu zvolených metod nápravných (reedukace, kompenzace, rehabilitace). Terapeutické metody pomáhají ve zlepšení psychického stavu jedince. Důležitou oblastí, které se musí speciální pedagogika také věnovat, je oblast primární, sekundární a terciární prevence. Nezbytnou součástí speciální pedagogiky jsou výzkumy, které mohou být svým charakterem kvalitativní nebo kvantitativní a pomáhají rozvoji oboru jako takového.

#### 4.6 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jaký je cíl diagnostických metod na rozdíl od medicíny?
2. Jaký je rozdíl mezi reedukačními a kompenzačními metodami?
3. Promyslete si konkrétní příklad obsahu programu primární, sekundární a terciární prevence ve vztahu k některému postižení.
4. V doporučené literatuře vyhledejte dva další příklady, kdy se při stanovování diagnózy musí přistoupit k diferenciatní diagnostice.

#### 4.7 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Najděte v odborných časopisech ukázky tří výzkumů realizovaných v oblasti speciální pedagogiky zveřejněné v posledních pěti letech. U každého výzkumu uveďte jeho cíl, cílovou skupinu, výběr a velikost vzorku, hypotézu, typ výzkumu, použité výzkumné metody, interpretaci výsledků a závěr. Nezapomeňte ke každému výzkumu uvést zdroj zaznamenaný podle platných citačních norem.
2. Zkuste vyhledat aplikaci metody reedukace u jedinců s kochleárním implantátem. Zpracujte v rozsahu 2 strany.
3. Vyhledejte 10 zařízení nebo organizací, které využívají ve své práci animoterapii a stručně ke každé uveďte způsob organizace. (celkový rozsah 2 strany).

#### 4.8 ZDROJE

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Základy speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2007. 188 s. ISBN 978-80-7044-855-7.

MONATOVÁ, Lili. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido, 2000. 92 s. ISBN 80-85931-86-9.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-2441-075-3.

OPEKAROVÁ, O., ŠEDIVÁ, Z. *Psychologická diagnostika u žáků s poruchami autistického spektra ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-16-X.

PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

VALENTA, Milan a SVOBODA, Pavel. *Speciálně pedagogická diagnostika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 103 s. ISBN 978-80-244-3694-4.

RENOTIÉROVÁ, Marie a LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-0646-2.

ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

MICHALOVÁ, Zdeňka a HAINOVÁ, Helena. *Základy speciálně pedagogické diagnostiky a poradenství*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2012. 125 s. ISBN 978-80-7372-885-4.

#### **4.9 PRO ZÁJEMCE**

Vyhledejte v zahraničním zdroji příklad speciálně pedagogického výzkumu pro libovolnou oblast, kterou si určíte. Zpracujte získané údaje tak, aby byla dodržena struktura: vymezení výzkumného problému, stanovení hypotéz (výzkumných otázek), popis metodologie, popis výzkumného vzorku a způsob sběru dat, realizace výzkumu, analýza výsledků výzkumu, interpretace výsledků a závěr.



## **5 TYFLOPEDIIE – TERMINOLOGIE, KLASIFIKACE, ETIOLOGIE. SPECIFIČNOST VÝVOJE JEDINCŮ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM. KOMPENZAČNÍ POMŮCKY. ZÁSADY KOMUNIKACE. VZDĚLÁVACÍ A PORADENSKÉ INSTITUCE.**

### **5.1 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.

### **5.2 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 pomůckách.

### **5.3 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 (služby rané péče, předškolní výchova dětí s postižením, základní školství – integrující základní školy a speciálně pedagogická centra, speciální školy, vysokoškolské vzdělávání, dospělost, stáří).

### **5.4 VÝKLADOVÁ ČÁST**

Tyflopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním, rozvojem a začleněním osob se zrakovým postižením.

#### **5.4.1 Zrakové 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.

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.

Zrakové poškození se může projevit ve 4 základních směrech:

1. snížením zrakové ostrosti,
2. postižením zorného pole,
3. okulomotorickými poruchami
4. obtížemi se zpracováním zrakových informací.

### **ad 1) SNÍŽENÍ ZRAKOVÉ OSTROSTI - TZV. REFRAKČNÍ VADY**

Poškození zrakové ostrosti se projeví tak, že postižený nevidí zřetelně.

#### **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, kde v čitateli je vzdálenost, ze které pacient četl, a ve jmenovateli je číslo nejmenšího řádku optotypů, který pacient z této vzdálenosti dokázal přečíst.**

Normální zraková ostrost je 6/6 (ze 6 metrů pacient přečte řádek, který by ze 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 35-40 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 - J. č. 24.

#### **Typické příklady poruch zrakové ostrosti:**

##### **KRÁTKOZRAKOST (MYOPIE)**

Krátkozrakost je neostře 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 -6,0 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 údery, protože mohou zapříčinit odchlípení sítnice. Myopie narůstá z 0,8 % v dětském věku na 11% v dospělosti se stálým rizikem odchlípení sítnice.

#### DALEKOZRAKOST - HYPERMETROPIE

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 spojkami . 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

#### ASTIGMATISMUS

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.

#### AFAKIE A PSEUDOFAKIE

Je stav, kdy v oku chybí čočka. K dobrému vidění afakik potřebuje **afakické brýle** o síle cca +10 D. Afatická korekce zvětšuje (o 30 %) a omezuje zorné pole.

Afakik nemá schopnost akomodace, proto potřebuje další brýle na čtení (+ 14 D). Afakii lze korigovat dodatečně implantovanou nitrooční čočkou.

#### ad 2) POSTIŽENÍ ZORNÉHO POLE

*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.

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.

### **OKULOMOTORICKÉ PORUCHY**

*Okulomotorické poruchy* nastávají při vadné koordinaci pohybu očí.

**STRABISMUS** (šilhavost) = osy vidění obou očí nesměřují současně k fixovanému objektu, jsou různoběžné. Může se jednat o strabismus souhybný (v pořádku svaly okolo očního bulbu, ale je porušena jejich koordinace v mozku) nebo inkomitantní (porušena pohyblivost svalů). Podle směru šilhání potom rozlišujeme sbíhavý (strabismus convergens, při kterém osa šilhajícího oka směřuje směrem ven) a rozbíhavý (strabismus divergens, osa je naopak orientována dovnitř).

**AMBLYOPIE** (tupozrakost) je funkční porucha, zpravidla 1 oko a projevuje se snížením zrakové ostroty jednoho oka, čímž dochází k porušení binokulární vidění.

**Nystagmus** jsou nekontrolované, rychlé a trhavé pohyby očí, většinou ze strany na stranu, ale někdy nahoru a dolů nebo krouživým pohybem

### **OBTÍŽE SE ZPRACOVÁNÍM ZRAKOVÝCH INFORMACÍ**

Problémy se *zpracováním zrakových podnětů* jsou způsobeny poškozením zrakových center v kůře mozku.

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 případě

- 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).

#### **5.4.2 Příčiny zrakového postižení**

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

##### **A) VROZENÉ**

Vrozená zraková poškození mají dědičný podklad nebo vznikla vlivem působení škodlivých činitelů na vyvíjející se zárodek nebo plod.

1. dědičné, geneticky podmíněné poškození
2. vzniklé působením vnějších prenatálních vlivů porodní úrazy nebo perinatální infekce,
  - *fyzikální* (následky úrazů, RTG záření atd.),
  - *chemické* (léky, alkohol, drogy)
  - *biologické*, kam lze zařadit virové a mikrobiologické vlivy (rubeola, AIDS, syfilis, tuberkulóza, toxoplazmóza apod.).

**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,  
anofthalmus – 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.

## **B) ZÍSKANÉ**

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.

### **5.4.3 Stupně zrakového postižení**

**Na základě stupně zrakového postižení se člení osoby se zrakovým postižením na:**

1. osoby nevidomé,
2. osoby se zbytky zraku,
3. osoby slabozraké,
4. osoby s poruchami binokulárního vidění.

**Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize (MKN-10), uvádí následující členění:**

Položka	Druh zdravotního postižení
1.	<b>Střední</b> <span style="float: right;"><b>slabozrakost</b></span> zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1
2.	<b>Silná</b> <span style="float: right;"><b>slabozrakost</b></span> zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2
3.	<b>Těžce</b> <span style="float: right;"><b>slabý</b></span> <span style="float: right;"><b>zrak</b></span> a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3 b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4.	<b>Praktická</b> <span style="float: right;"><b>nevidomost</b></span> zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5.	<b>Úplná</b> <span style="float: right;"><b>nevidomost</b></span> ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

## CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ

### Nevidomost

Nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 až světlocit.

I. praktická nevidomost znamená pokles zrakové ostrosti 3/60 – 1/60 včetně, a/nebo binokulární zorné pole menší než 10 stupňů, ale větší než 5 stupňů kolem centrální fixace

II. nevidomost se zachovaným světlocitem (tzv. skutečná nevidomost)

znamená pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 (zachovaný světlocit se správnou projekcí), a/nebo zachování zorného pole v rozsahu 5 stupňů a méně i bez porušení centrální fixace

III. totální slepota (tzv. plná slepota)

představuje zachovaný světlocit s chybnou světelnou projekcí až po ztrátu světlocitu (amauróza)“

Nevidomost může být vrozená i získaná. Mezi nejčastější příčiny

- a) vrozené nevidomosti patří dědičnost, porušení plodu v době prenatalní, infekční choroby matky v době gravidity - např. rubeola, pohlavní choroby matky - např. syfilis, virová onemocnění, toxoplazmoza, narkomanie matky a jiné.
- b) získané nevidomosti se řadí progresse 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 jak 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, představitost a obrazotvornost.

### **Slabozrakost**

Slabozrakost je ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Obecně je za slabozrakost považováno orgánové poškození obou očí, které i při optimální brýlové korekci činí jedinci problémy v běžném životě.

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.

Slabozrakost se dělí na lehkou (do 6/60 včetně) a těžkou (6/60 – 3/60 včetně). Může být stacionární i progresivní, vrozená i získaná.

Nejčastější příčiny slabozrakosti jsou myopia gravis, astigmatismus, nystagmus, atrophia nervi optici, hypermetropie gravis, albinismus, afakie, glaukom, cataracta, microphthalmus, retrolentální fibroplazie, retinis, degeneratis retinae, hemeralopie a jiné. (Květoňová-Švecová, 1998)

**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, slabou pozorností, rychlejší unavitelností, pomalejším pracovním tempem a vyšší sugestibilitou.**

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

### **Zbytek zraku**

Jedná se o kategorii dětí, mládeže a dospělých, kteří 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.

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 tito lidé využívají tzv. dvojmetody – čtení zvětšeného černotisku i Braillova písma, měli by zvládat základy prostorové orientace z důvodu možné progresse, využívat kompenzační mechanismy včetně speciálních technických pomůcek.

#### 5.4.4 Kompenzační pomůcky

Kompenzačními pomůckami rozumíme nástroje, přístroje nebo zařízení, speciálně vyrobené nebo speciálně upravené tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití kompenzovaly nedostatečnost způsobenou zrakovou vadou. Jejich použitím tak dochází k odstranění, zmírnění nebo překonání následků zrakového postižení.

Kompenzační pomůcky usnadňují integraci zrakově postiženého do pracovního i společenského života. Bez nich by tato integrace byla značně ztížena, ne-li nemožná.

#### DĚLENÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK

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:

- a. pomůcky pro běžný život a orientaci v prostoru
- b. pomůcky pro studium a vzdělávání
- c. pomůcky pro práci
- d. pomůcky pro volný čas

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

Jednou ze základních pomůcek pro orientaci v prostoru je BÍLÁ HŮL. Pomocí bílé hole se dá zjistit kvalita terénu, překážky, šířka prostoru, upozorňuje na další úskalí. Nevidomí používají bílou hůl, hluchoslepí červenobílou hůl.

*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. Tato hůl je kratší, lehčí, skladnější. Hole mohou být jednodílné nebo vícedílné (skladací). 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).

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 vybírání psi z plemen labradorský/zlatý retrívr, německý ovčák (v menší míře) a americko kanadský bílý ovčák. Výcvik se dělí na dvě fáze – výchova štěňat a odborný výcvik. Celý výcvik trvá přibližně jeden a půl až dva roky.

Vhodnými pomůckami pro běžný život jsou:

- **měřicí přístroje** – 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 apod.
- **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
- **optické pomůcky** – jedná se o ruční lupy (stojánkové lupy, lupy do ruky, s osvětlením nebo bez), které jsou vhodné pro čtení popisků na lécích, potravinách, jízdních řádu, televizního programu), dalekohledové brýle, hyperkorekční brýle, monookuláry apod..

Jedná se o pomůcky vhodné nejen pro studium na běžných školách a pro přípravu na práci, ale také pro celoživotní vzdělávání se, čtení odborné literatury, knih, časopisů, prohlížení obrázků, předmětu a psaní rukou.

**Mezi pomůcky k odstranění informační a komunikační bariéry** můžeme zařadit:

- **speciálně** upravené počítače tzv. digitální zvětšovací televizní lupy (pro slabozraké),
- digitální zvětšovací televizní lupy s podporou hlasového výstupu (pro osoby těžce slabozraké a se zbytky zraku),
- digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem (pro nevidomé).

Tyto pomůcky jsou složeny z počítače, skeneru, speciálních softwarových programů (zvětšovacích, které zvětšují obrazovku počítače nebo její část ve zvoleném zvětšení; nebo odečítacích s hlasovým výstupem pro práci nevidomých), zvukové karty, modemu, CD/DVD mechaniky apod. Speciální programy spolu se skenerem umožňují silně slabozrakým i nevidomým plnohodnotně pracovat s aplikačními programy, zpracovávat informace v digitální podobě (včetně přístupu k internetu) i pracovat s tištěnými předlohami. Všechny tyto typy pomůcek mohou být ve stolní nebo přenosné verzi (notebook).

Práce nevidomého s počítačem může být navíc ještě usnadněna pomocí přídavné pomůcky, tzv. braillského řádku (braillského terminálu). Braillský řádek je hardwarové zařízení, který zobrazuje informace z monitoru počítače do Braillova bodového písma. 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.

- kamerové zvětšovací lupy – kamerové lupy jsou vhodné pro středně až těžce slabozraké osoby, a to pro čtení souvislejších textů a psaní rukou, umožňují prohlížení obrázků, fotografií, předmětů, i drobné manuální práce. Kamera lupy snímá předlohu a její zvětšený obraz promítá na monitoru, takže i silně slabozraký uživatel může s textem či

grafikou v tištěné nebo psané podobě běžně pracovat (číst knihy, noviny, prohlížet mapy, luštit křížovky apod.).

Existují různé typy kamerových lup, liší se velikostí zvětšení (volitelné od 2,5 až 50 krát podle typu monitoru a objektivu – takové zvětšení je běžnými optickými pomůckami nedosažitelné), velikostí (existují stolní lupy nebo lupy přenosné), barevným nebo **černobílým režimem**, automatickým zaostřováním, možností změny barvy písma a pozadí, možností připojení k počítači apod. K některým kamerovým lupám lze připojit externí kameru, která snímá vzdálené předměty, např. tabuli ve školní třídě a informace na ni přenáší na monitor.

- kapesní kalkulátor s hlasovým výstupem – na trhu v ČR jsou k dispozici kalkulátory 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 nebo 8-mi bodový psací stroj, je určen převážně k psaní ve slepeckém Braillově písmu

### **POMŮCKY PRO PRÁCI**

Správný výběr kompenzačních pomůcek má velký význam především v administrativních a kancelářských činnostech.

Do této kategorie spadají především pomůcky odstraňující informační a komunikační bariéru, kamerové zvětšovací lupy, elektronické zápisníky, kalkulátory a diktafony. Ideální je kombinace pomůcek pro překonávání informační a komunikační bariéry a kamerové zvětšovací lupy. Tato kombinace umožňuje současnou práci s tištěným textem a práci s počítačem.

### **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.

### **ZÍSKÁVÁNÍ POMŮCEK**

Na některé pomůcky přispívá zrakově postiženým stát, tzv. příspěvkem na opatření zvláštních pomůcek. Jedná se o pomůcky definované v příloze č. 4 k vyhlášce č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení. O příspěvek si zrakově postižení mohou požádat u

obecních úřadů obcí s rozšířenou působností. Výše příspěvku se liší dle typu pomůcky a finančních a majetkových možností žadatele.

Některé další pomůcky jsou hrazeny plně nebo částečně zdravotními pojišťovnami. Jedná se např. o optické pomůcky, indikátor hladiny, glukometr, tonometr, lékařský teploměr a další.

#### **5.4.5 Zásady komunikace s lidmi se zrakovým postižením**

1. Pokud chceme komunikovat s nevidomým nebo těžce zrakově postiženým, je základním pravidlem pozdravit jako první bez ohledu na věk nebo postavení. Pozdrav s vlastním představením může vypadat např.: „Ahoj Petře, jsem Kamila“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. I známí nevidomí budou možná rádi, když se představíte, protože vás podle hlasu nemusí vždy poznat.
2. Když vstoupíte do místnosti, kde se nachází nevidomý, dejte se zřetelně poznat. Když vás nevidomý nepozná podle hlasu, povězte své jméno. Tichý pohyb neznámé osoby v jeho okolí na něj působí pochopitelně nepříjemně.
3. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že opouštíte místnost. Ušetříte mu nepříjemné pocity z "mluvení do prázdna". Dveře do místnosti by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.
4. S nevidomým je vhodné jednat přirozeně. Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není vhodné odvracet při rozhovoru tvář, různě popocházet, protože to nevidomí poznají ze směru řeči.
5. Neprojednávajte záležitosti nevidomého s jeho průvodcem, působí to na ně velmi nepříjemně. Nevidomý s vámi sice nemůže udržovat zrakový kontakt, ale své záležitosti si však vyřídí sám. Průvodce nevidomého pouze doprovází, nikoliv zastupuje. Bohužel častou chybou bývá např. z úst úřednice : „Paní, chce si pán sednout?“
6. I když neverbální komunikace má obvykle výrazně sníženou vypovídací hodnotu, nesmíme zapomínat, že prvky zahrnující melodii hlasu, tón, rytmus a další charakteristiky jsou zase vnímány velmi dobře sluchovou cestou (zrakově postižený „slyší“ mimiku či grimasy v obličeji).
7. Když se nevidomý ocitne na ulici, na nádraží apod. v orientačních těžkostech, zeptejte se ho, zda mu můžete nějak pomoci. Velký hluk, prudký déšť i sníh zhoršují nevidomému orientaci v prostoru. Při této pomoci stačí, když nevidomému nabídnete, aby se lehce zavěsil do vaší paže, protože takto může snadno sledovat směr vašich pohybů.
8. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
9. S nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
10. Když nevidomý vstoupí do restaurace bez průvodce, určitě uvítá pomoc při vyhledávání věšáku a volného místa u stolu. S jídlem si poradí sám, stačí, když mu povíte, jak je jídlo na talíři uspořádáno. Povězte mu také, kde je sklenice s nápojem, aby ji při hledání nepřevrhl.

#### 5.4.6 Poradenské a vzdělávací instituce

##### SLUŽBY RANÉ PÉČE

Raná péče je terénní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte

- ve věku do 4 let (u dítěte se zdravotním postižením/ s ohrožením vývoje)
- nebo do dosažení věku 7 let (u dítěte s kombinovaným zdravotním postižením).

Služba se poskytuje především v přirozeném sociálním prostředí osob. Pracovníci tedy vyjíždějí do rodin a poskytují poradenství ve smyslu podpory rodiny a vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. V období prvních tří let věku dítěte jsou kompenzační schopnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap. Proto Střediska rané péče nabízejí své služby rodinám právě v tomto nejcitlivějším období.

Rodina, která má zájem o služby rané péče, kontaktuje konkrétního poskytovatele rané péče. Dojde k předání informací o podmínkách a průběhu služby. Po zjištění potřeb dítěte a jeho rodiny dochází k plánování služby a podpisu dohody. Každá klientská rodina **má svého poradce rané péče**, na kterého se může i v období mezi jednotlivými konzultacemi obracet telefonicky nebo e-mailem. Frekvence konzultačních návštěv v rodině je dána její aktuální potřebou. Zpravidla se pohybuje v intervalu jeden měsíc až (maximálně) tři měsíce, v případě potřeby jsou konzultace častější. Konzultace se délkou obvykle pohybuje v intervalu 1,5 - 3 hodiny. Součástí průběhu služby je pravidelné vyhodnocování dosahování cílů rodiny a plánu rané péče.

##### PŘEDŠKOLNÍ VÝCHOVA DĚTÍ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Po dosažení 3 let věku může být dítě nadále vychováváno v rodině nebo může být zařazeno do institucionální formy předškolního vzdělávání, kde dítě získává sociální zkušenosti, doplňuje výchovné působení rodiny o nové podněty, rozvíjí je, obohacuje. Podle školského zákona 561/2004 Sb. §37 je možný pouze jeden rok odklad povinné školní docházky pro děti s postižením.

Děti mohou navštěvovat:

- **mateřskou školu se ŠVP v rámci RVP, upraveno pro děti se zrakovým postižením**
- **běžný typ mateřské školy – tzv. integrující mateřskou školu**, která by měla úzce spolupracovat se speciálně pedagogickým centrem.

Každé dítě s postižením je v rámci svého institucionálního předškolního vzdělávání vedeno podle **individuálního vzdělávacího programu**, na jehož tvorbě, realizaci a pravidelném hodnocení se podílí celý tým pracovníků, kteří s dítětem pracují **včetně jeho rodičů**.

**Cílem předškolní výchovy dětí se zrakovým postižením je** zaměření aktivit na reedukaci zraku (pokud je to možné rozvíjet i malé zbytky zraku pomocí zrakově stimulačních technik), aktivity směřující k rozvoji kompenzačních mechanismů (sluch, čich, chmat, prostorová orientace apod.), u nevidomých dětí příprava na čtení Braillova písma (základní orientace v šestibodí, vedení prstu po zvýrazněných linkách apod.), ale i obecně platné získávání sociálních dovedností a zkušenosti s jinou autoritou.

## ZÁKLADNÍ ŠKOLSTVÍ

Děti s postižením mohou být vzdělávány buď ve speciálních školách nebo v základních školách běžného typu za podpory speciálně pedagogického centra.

SPC se začala zřizovat na základě tlaku na systémové řešení poradenské péče v souvislosti s integrací postižených dětí a žáků mezi nepostižené vyvolaného rodiči a přáteli postižených dětí a mládeže, stejně tak i učiteli těchto žáků.

SPC se zaměřují na poradenskou činnost pro děti a mládež s určitým druhem postižení zpravidla od 3 let do ukončení školní docházky.

SPC nabízí např. tyto služby:

- depistáž jedinců s určitým typem postižení
- Komplexní diagnostika žáka (speciálně pedagogická a psychologická).
- rady a doporučení týkající se výchovy dětí a jejich všestranného rozvoje
- Pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do mateřských, základních a středních škol, instruktáž a úprava prostředí.
- Tvorba plánu péče o žáka (strategie komplexní podpory žáka, pedagogicko-psychologické vedení apod.)
- rady v otázkách profesionální orientace (SŠ, OŠ, ...)
- individuální výuka speciálních dovedností (např. pro zrakově postižené výuku prostorové orientace, práci na PC)
- ukázky a vypůjčování speciálních kompenzačních pomůcek, učebnic, her, odborné literatury
- Konzultace pro zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, školy a školská zařízení.
- Sociálně právní poradenství (sociální dávky, příspěvky apod.)
- Zpracování návrhů individuálních vzdělávacích plánů.

Vztah mezi PPP a SPC:

- PPP se v praxi orientují spíše na diagnostiku bez přímé návazné speciálně pedagogické péče. Tu zajišťují práce SPC.

## STŘEDOŠKOLSKÉ VZDĚLÁVÁNÍ

Jedinci se zrakovým postižením opět mohou využít obou variant – vzdělávání v běžném typu školy nebo ve škole speciální.

Dosud stále existují speciální střední školy, a to buď obecného zaměření (gymnázia), střední odborné školy s maturitou, učební obory ukončené výučním listem zaměřené na dělnické profese, dvouleté praktické školy, se zaměřením na péči o rodinu a o chod domácnosti.

Příkladem středních škol určených primárně pro studenty se zrakovým postižením: Gymnázium, obchodní akademie, ekonomické lyceum, **MATURITNÍ OBORY:** konzervatoř, Střední zdravotnická škola – obor rehabilitační pracovník ve zdravotnických zařízeních, **UČEBNÍ OBORY:** Střední škola ladičská, kartáčník, košíkář, keramik

## VYSOKOŠKOLSKÉ VZDĚLÁNÍ

Současné pojetí integrace zdravotně postižených do společnosti vůbec a do univerzitního studia zvláště znamená, že handicapovaní lidé mohou dělat prakticky všechno jako nehandicapovaní, ale potřebují pomoc

Pomocí může být stejně tak delší čas na písemku jako bezbariérový přístup do budovy a moderní kompenzační pomůcky. Nevidomí studenti zde mají možnost požádat o převod studijních textů do digitální podoby a následně je převést do formátu MP3, zvětšený tisk písemky apod. Důležitý je intenzivní kontakt pracovníků center s učiteli učícími a zkoušejícími postižené studenty, udržování a rozvíjení spolupráce s organizacemi postižených a školami nižších stupňů, propagace a osvěta.

## DOSPĚLOST

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 pobyty..)
- 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)

## 5.5 SHRNU TÍ

Tyflopédie je speciálně pedagogická disciplína, jejímž předmětem zájmu jsou jedinci se zrakovým postižením. 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 zapojení do hlavního vzdělávacího proudu. Existuje velmi mnoho organizací, které nabízí odborné služby i pro dospělé jedince se zrakovým postižením.

## 5.6 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 žáci slabozrací ve škole největší potíže? Jaké zásady musí učitel při práci se slabozrakými dodržovat?
3. Jaké kompenzační pomůcky mohou lidé se zrakovým postižením využívat ve volném čase?

## 5.7 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Zpracujte následující okruhy: zásady komunikace s nevidomými jedinci, zásady chůze s průvodcem. Vyhledejte moderní kompenzační pomůcky, které pomáhají nevidomým v prostorové orientaci (ve veřejných budovách, prostředcích MHD, při cestování apod.).
2. Vyhledejte podpůrná vysokoškolská centra, připravte databázi těchto existujících center z celé ČR a zjistěte, co konkrétně nabízejí studentům se zrakovým postižením.
3. Zjistěte, co je to Blind Friendly Web a popište jeho zásady v rozsahu 1 strany.

## 5.8 ZDROJE

BOTOŠOVÁ, M. Návaznost pracovního uplatnění na možnosti vzdělávání zrakově postižených. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1077-X.

FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L. Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.

FISCHER, S., ŠKODA, J. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

JANEČKA, Z., JEŠINA, O., a kol. Vybrané outdoor aktivity jinak zrakově disponovaných osob v letní přírodě. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1798-1.

JELÍNEK, D. Průvodce práce s digitálním čtecím zařízením s hlasovým výstupem. Těškovice: Duotisk, 2006. Díl 1-2. ISBN 80-239-8561-2.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. Oftalmopedie. 2. doplněné vyd. Brno: Paido, 2000. 72 s. ISBN 80-85931-84-2.

KVĚTOŇOVÁ, L. Základy oftalmopedie. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1994. 22 s. ISBN 80-210-0667-6.

LUDÍKOVÁ, L. Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami se zrakovým postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1636-6.

MATYSKOVÁ, K. Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením. Praha: Okamžik, 2009. ISBN 978-80-86932-24-8.

- MORAVCOVÁ, D. Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem. Praha: Triton, 2004
- PEROUT, E. Arteterapie se zrakově postiženými. Praha: Okamžik, 2005. ISBN 80-903247-9-7.
- PEŠATOVÁ, I. Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na oftalmopedii. 1. díl. 2., upr. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2005. ISBN 80-7372-001-9.
- PEŠATOVÁ, I. Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na tyflopédii. 2. díl. 2., upr. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2005. ISBN 80-7372-004-3.
- PIPEKOVÁ, J., et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- ŠTRÉBLOVÁ, M. Poznáváme svět se zrakovým postižením: úvod do tyflopédie. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7044-448-7.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VÍTKOVÁ, M. Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- WIENER, P. Prostorová orientace zrakově postižených. 3., upr. vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. ISBN 80-239-6775-4.
- WIENER, P. Terapie zrakového handicapu. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. ISBN 80-239-6774-6.
- WIENER, P., a kol. Praktická výchova zrakově postižených. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. ISBN 80-239-6773-8.
- WIENER, P., a kol. Základy komunikace se zrakově postiženými. 3., upr. vyd. Praha: Novartis, 2009. ISBN 978-80-254-5823-5.
- ZEZULKOVÁ, E., KRHUTOVÁ, L. Studenti se speciálními potřebami na vysoké škole [elektronický zdroj]: studenti se sensorickým postižením. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. 1 CD-ROM. ISBN 978-80-7368-450-1.

## 5.9 PRO ZÁJEMCE

Najděte si školní vzdělávací program MŠ a ZŠ pro zrakově postižené a vypište odlišnosti vzdělávacího programu, které Vás v porovnání s běžnou mateřskou a základní školou napadají.



## 6 PSYCHOPEDIE – TERMINOLOGIE, KLASIFIKACE, ETIOLOGIE. SPECIFIČNOST VÝVOJE JEDINCŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM. VZDĚLÁVACÍ A PORADENSKÉ INSTITUCE

### 6.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V této kapitole se seznámíte s terminologií, klasifikací a etiologií mentálního postižení. Pozornost bude věnována psychologickým a vývojovým zvláště osob s mentálním postižením, uvedeme si vzdělávací a poradenské instituce.

### 6.2 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.

### 6.3 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).

### 6.4 VÝKLADOVÁ ČÁST

#### PSYCHOPEDIE

**Psychopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců s mentálním postižením.**

Název psychopedie vznikl složeninou z řeckých slov psýché = duše, paidea = výchova. Jedinci s mentálním postižením jsou asi nepoččetnější cílovou skupinou speciálních pedagogů. V populaci se udává 2 – 5 % výskyt osob s mentální retardací. (Renotierová, Ludíková, 2006)

#### Vymezení pojmu mentální retardace

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, str. 111)

Mentální retardace / opoždění/ 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 a s omezenými možnostmi vzdělání a nedostatečnou sociální přizpůsobivostí.

V populaci se udává 2 - 5 % výskyt osob s mentální retardací.

## DEMENCE

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.

**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).

### 6.4.1 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE stupně MR:

Podle 10. revize SZO se dělí mentální retardace do těchto stupňů:

1. lehká mentální retardace ( IQ 50 - 69)
2. středně těžká mentální retardace ( IQ 35 - 49)
3. těžká mentální retardace ( IQ 20 - 34)
4. hluboká mentální retardace ( IQ 0 - 19)

IQ	Stupeň inteligence	mentální věk	% lidí
0 – 20	hluboká MR	mentální věk pod 3 roky	0,1
20 - 34	těžká MR	v dospělém věku rozumové úrovni 3- 6 roků	0,5
35 - 49	střední MR	v dospělém věku rozumové úrovni 6 – 9 let	1,9
50 - 69	lehká MR	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 MR se používá dělení podle druhu chování na

- typ eretický / neklidný/
- typ torpidní/ netečný/

## 6.4.2 PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE

K MR může vést celá řada příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají nebo spolupůsobí.

Příčiny mohou být:

**Endogenní** (vnitřní, geneticky dané)

**Exogenní** (vnější, mohou ale nemusí být bezprostřední příčinou MR)

Podle doby jejich působení na plod nebo dítě:

Prenatální 80 %

perinatální 5 %

postnatální. 15 %

Po 2 roce mluvíme o získané MR nebo demenci

Nejčastější příčiny MR:

- následky infekcí a intoxikací,
- následky úrazů nebo fyzikálních vlivů,
- poruchy výměny látek, růstu, výživy,
- organické nebo funkční porušení mozku a jeho zrání
- nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy,
- anomálie chromozomů – Downův syndrom, Turnerův syndrom
- nezralost,
- vážné duševní poruchy,
- psychosociální nebo sociokulturní deprivace
- jiné nespecifické etiologie.

### **Důležitá je diferenciální diagnostika**

Působit dojmem mentálně postiženého může i např. dítě se smyslovou vadou, bez speciální péče, dítě s dlouhodobou chorobou, dítě přestěhované do jinojazyčného prostředí, výchovně zanedbané, s poškozením mozku, kdy není porušena poznávací činnost a rozumové schopnosti, může mít určité zvláštnosti, nezvyklosti v chování a v povaze, se špatným a pozdním vývojem řeči v důsledku lehkého poškození CNS, na řeči závisí vývoj celkové poznávací činnosti dítěte, ale lze zjistit, že není v základě porušena poznávací činnost.

Nejužívanějším kritériem při posuzování úrovně MR je výsledek vyšetření vyjádřený inteligenčním kvocientem. Jeho nepřesnost vyplývá z toho, že nebere v úvahu neintelektové jevy, jako je motivační bariéra, nedokonalá schopnost vyjadřování, snížená adaptabilita, nesoustředěnost. Musíme brát v úvahu ostatní charakteristické znaky osobnosti.

## 6.4.3 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Zvláštnosti psychických procesů jsou pro MR specifické, modifikované vzhledem k charakteru, hloubce a nerovnoměrnosti postižení.

Uvedené příznaky netvoří celistvý syndrom, který musí být vždy přítomen u každého mentálně retardovaného.

### LEHKÁ MR

80 % (v dospělém věku rozumové úrovni 9 - 12 let)

částečně omezený, zpožděný rozvoj, projeví se v náročných situacích, do 3 let jen lehké zpomalení, mezi 3 - 6 rokem nápadné

Neuropsychický vývoj	omezený, opožděný,
Somatická postižení	ojedinělá
Poruchy motoriky	Poruchy motoriky jsou jen ojedinělé, motorický vývoj je opožděný, nedostatky jsou v jemné motorice a v pohybové koordinaci.
Poruchy psychiky	Snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti. Slabší paměť, vážne analýza a syntéza
Komunikace a řeč	Schopnost komunikovat většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, jednoduchá, někdy agramatická stavba vět, časté poruchy formální stránky řeči
Poruchy citů a vůle	Afektivní labilita, impulsivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita, popudlivost
Sociální dovednosti	Zpomalený rozvoj sociálních dovedností, v nenáročném prostředí mohou být bez problémů.
Možnosti vzdělávání	Vzdělávání na základě speciálního vzdělávacího programu

### Středně těžká MR 12 % (v dospělém věku rozumové úrovni 6 – 9 let)

neuropsychický vývoj	omezený, výrazně opožděný,
Somatická postižení	Častá, častý výskyt epilepsie
Poruchy motoriky	Výrazné opoždění, mobilní, motorický vývoj omezený, nápadná je nekoordinovanost pohybů, neschopnost jemných úkonů. Je možná částečná samostatnost v sebeobsluze
Poruchy psychiky	Celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný vývoj chápání, slabá schopnost kombinace a usuzování, opožděný rozvoj dovedností sebeobsluhy.
Komunikace a řeč	Úroveň rozvoje řeči je variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce i komunikace, verbální projev často bývá chudý, ve slovním projevu jsou jednoduchá slovní spojení nebo jednoduché věty, agramatismy a špatná artikulace.
Poruchy citů a vůle	Nestálost nálady, značná labilita, impulsivita, zkratkovitě jednání.
Možnosti vzdělávání	Na základě speciálních programů (pomocná škola)

### Těžká MR 7% (v dospělém věku rozumové úrovni 3 - 6 let)

neuropsychický vývoj	Celkově omezený
----------------------	-----------------

Somatická postižení	Častá, neurologické příznaky, epilepsie
Poruchy motoriky	Časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky, značná pohybová neobratnost s výrazným omezením motorického vývoje
Poruchy psychiky	Výrazně omezená úroveň všech schopností. Psychické procesy značně omezeny, nápadná je nedostatečná koncentrace pozornosti, psychomotorický vývoj výrazně opožděn již v počátečním období
Komunikace a řeč	Komunikace převážně nonverbální, rozvoj komunikativních dovedností a řeči minimální, řeč je primitivní nebo není vytvořena, projev tvoří je neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova.
Sociální dovednosti	částečná socializace, poznává blízké osoby
Poruchy citů a vůle	Celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování,
Možnosti vzdělávání	Vytváření dovedností a návyků, rehabilitační třídy. Při dlouhodobém tréninku je někdy možné vytvořit základní návyky sebeobsluhy.

**Hluboká MR 1 %** (v dospělém věku rozumová úroveň pod 3 roky)

Neuropsychický vývoj	Výrazně omezený
Somatická postižení	Velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné i smyslové
Poruchy motoriky	Většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu, nápadné stereotypní automatické pohyby
Poruchy psychiky	Těžké poruchy všech funkcí, minimální kapacita v oblasti senzomotorické
Komunikace a řeč	komunikace nonverbální často beze smyslu, neartikulované výkřiky, příp. echolálicky opakovaná jednotlivá slova, někdy lze dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům
Poruchy citů a vůle	Těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálý dohled. časté sebepoškozování, nepoznává okolí
Možnosti vzdělávání	Velmi omezené, potřebují stálý dohled.

**Děti s podprůměrnou inteligencí / IQ 70 - 85/ 13 % v populaci**

infantilismus, hravost

větší závislost na dospělých, méně regulovaná emocionalita

řeč obsahově chudší, chybí složitější pojmy, časté stereotypy ve vyjadřování, skladba projevu zjednodušená

omezený rozvoj myšlenkových operací, nedovedou zobecňovat, aplikovat pravidla, ulpívavé myšlení, preferují mechanickou práci

motorika nebývá porušena

**PROBLÉMY SOCIALIZACE MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH**

Vzájemné vztahy dítěte a rodičů bývají narušeny už v raném věku, kdy se rodiče musí vyrovnat s postižením. Problém je vnímán na pozadí budoucnosti, kterou pro ně MR dítě nemá.

Mnohdy cítí rodiče pocit viny za neschopnost dítě dostatečně milovat, který je vystupňován zvláště při rozhodování, zda dát dítě do ústavu.

Zpomalené tempo rozvoje řeči a její nedokonalost ztěžují a omezují styk dítěte s lidmi, kteří jej obklopují i se svými vrstevníky. MR dítě nezaujímá v dětském kolektivu přiměřené postavení, ostatní si s ním buď nehrají, nebo ho ignorují, vysmívají se mu, ponižují, různě zneužívají.

K získání postavení ve společnosti jsou rozhodující faktory jako osobní vlastnosti, schopnosti, zájmy, prestiž, popularita, chování a zaujímání pozic a rolí. MR dítě se lehce může dostat do role posledního, na něhož si všichni dovolí.

### **Specifičnost výchovy mentálně hendikepovaného dítěte**

#### **ROZUMOVÁ VÝCHOVA**

Rozšíření a upevnění představ prostřednictvím praktických cvičení, nácvikem operací jako je srovnávání, vnímání stejnosti a rozdílu.

Individuální přístup ve výběru úkolů podle stupně obtížnosti, množství, tempa.

Využití pozitivních vlastností a dovedností MR dítěte.

Správná motivace.

#### **SMYSLOVÁ VÝCHOVA**

Zaměřená na zrakové vnímání - poznávání barev, tvarů, velikosti, prostorová orientace, vydělení předmětu z pozadí, srovnávání

Zaměřená na sluchové vnímání - zvláště na fonemický sluch

Zaměřená na hmatové a kinestetické vnímání - poznávání velikosti, povrchu, polohy, směru, důležité pro nácvik praktických dovedností

#### **MRAVNÍ A CITOVÁ VÝCHOVA**

Bereme v úvahu nekritický vztah k sobě a k ostatním lidem i obtížné chápání vztahů mezi lidmi, sugestibilitu a impulsivní jednání.

Zaměříme se na rozvíjení kladných rysů osobnosti dítěte, spojíme s určitou náročností.

Klademe přiměřené nároky, snažíme se motivovat k aktivitě.

Soustředíme se na sociální aspekt.

#### **ESTETICKÁ VÝCHOVA**

Plní důležitou reedukační úlohu / rozvíjí činnost smyslových orgánů, myšlení, řeči.../.

Složka receptivní - působí na rozvíjení vnímání, pozornosti, představivosti, paměti, učí dítě hodnotit - rozvíjení kontrolních mechanismů.

Složka aktivní - rozvíjí konkrétní dovednosti, napomáhá k řečové výchově, podporuje aktivitu, vlastní motivaci dítěte, rozvíjí kreativitu jako složitější myšlenkový proces.

#### **TĚLESNÁ A ZDRAVOTNÍ VÝCHOVA**

Rozvíjení pohybové zručnosti, statické i dynamické koordinace pohybů.

Rozvíjení rychlosti, podpora aktivity a vytrvalosti.

Rozvíjení rytmičnosti, správného držení těla, účelnosti pohybů.

Zdravotní tělesná výchova, rozvíjení kondice, psychická relaxace.

#### **PRACOVNÍ VÝCHOVA**

Důležitá pro celkovou spíše manuální praktickou orientaci MR dítěte.

Individuálně vychází z pohybových možností, směřuje k vytvoření dovedností a upevnění správných návyků.

Výchova sebeobsluhy.

Má významnou terapeutickou funkci v rozvíjení osobnosti mentálně hendikepovaného dítěte, podporuje samostatnost, sebevědomí / dítě dokáže něco udělat/

#### 6.4.4 SYSTÉM PÉČE O MENTÁLNĚ RETARDOVANÉ

##### SPC

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, nebo ve škole nebo v rodině.

##### PŘEDŠKOLNÍ VĚK

Děti s lehkou mentální mohou navštěvovat bez potíží běžnou mateřskou školu. U těžšího stupně mentálního postižení rodiče častěji zvažují umístění do speciální mateřské školy. Základním obsahem činnosti speciální MŠ je její diagnostické, výchovné a sociální poslání. Kromě výchovně vzdělávacích aktivit zaměřených na rozvoj hrubé a jemné motoriky, smyslů a kognitivních schopností je dětem poskytována intenzivní logopedická péče.

##### ZÁKLADNÍ ŠKOLSTVÍ

Děti mohou navštěvovat v souladu s aktuální legislativou základní školu v běžném vzdělávacím proudu.

Rodiče se mohou rozhodnout a nechat dítě vzdělávat ve speciálním školství.

Rozlišují se základní školy praktické (primárně určené dětem s lehkou mentální retardací) a základní škola speciální (primárně určeno pro děti 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. Není výjimkou, že je při této škole ještě tzv. přípravný ročník. Úspěšný absolvent školy získá základní vzdělání.

##### *ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ (DŘÍVE TZV. POMOCNÉ ŠKOLY)*

Je desetiletá, strukturálně je škola dělena na stupně nižší (3 roky), střední (3 roky), vyšší (2 roky) a pracovní (2 roky) a absolvent této školy **nezíská základní vzdělání, ALE základy vzdělání.**

##### 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 ZvŠ, v současné době se mohou dostat na jakoukoli SŠ, pokud složí přijímací zkoušky.

**DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM** (dříve tzv. ústavy sociální péče)

Jsou s denním, týdenním nebo celoročním provozem.

**NESTÁTNÍ NEZISKOVÉ ORGANIZACE**

NNO se zaměřují primárně na hledání práce, podporované zaměstnávání, chráněná pracovní místa, chráněné bydlení a pro rodiče nabízejí možnost tzv. respitní péče.

## 6.5 SHRnutí

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 vzdělávány 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.

## 6.6 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jaký je rozdíl mezi mentálním postižením a demencí?
2. Popište komunikační dovednosti u jednotlivých stupňů mentálního postižení.
3. Komu je primárně určena základní škola speciální a komu základní škola praktická?
4. V jaké speciální škole získá absolvent základy vzdělání?

## 6.7 KORESPONDENČNÍ ÚKOLY

5. V posledních dvaceti letech vzniklo mnoho organizací a institucí, které chtějí pomoci rodinám s dospělými lidmi s mentálním postižením. Vyhledejte organizace pomáhající rodinám s těžkým mentálním postižením ve vašem kraji a zjistěte jejich poslání, dostupnost a cílovou skupinu.
6. Zjistěte rozdíl mezi podporovaným zaměstnáváním a chráněným pracovním místem? Popište tyto služby v rozsahu 1 strany.
7. Vyhledejte informace o Downově syndromu a popište v rozsahu 1 strany.

## 6.8 ZDROJE POUŽITÉ I VHODNÉ K SAMOSTUDIU

ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 222 stran. ISBN 978-80-246-3071-7.



- FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Základy speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2007. 188 s. ISBN 978-80-7044-855-7.
- JEŠINA, Ondřej a kol. *Úvod do didaktiky aplikovaných pohybových aktivit žáků s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 95 s. ISBN 978-80-244-3939-6.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka, KREJČÍŘOVÁ, Olga a MÜLLER, Oldřich. *Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 115 s. ISBN 978-80-244-3716-3.
- KREJČÍŘOVÁ, Olga, KOZÁKOVÁ, Zdeňka a MÜLLER, Oldřich. *Teoretická východiska speciální pedagogiky u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 95 s. ISBN 978-80-244-3715-6.
- KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Metodická specifika počátečního vzdělání jedinců s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 95 s. ISBN 978-80-244-3713-2.
- KŘÍŽKOVSKÁ, Petra a kol. *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 128 s. ISBN 978-80-244-3375-2.
- 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*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2014. 322 stran. ISBN 978-80-210-7581-8.
- PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Social inclusion of people with intellectual disabilities*. 1st ed. Brno: Masaryk University, 2015. 217 s. ISBN 978-80-210-7726-3.
- PIVARČ, Jakub. *Poznatky o žákovských prekonceptech mentálního postižení v kontextu proměny paradigmatu současného vzdělávání*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2017. 227 stran. ISBN 978-80-7290-952-0.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. 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*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 191 s. ISBN 978-80-262-0369-8.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. 221 s. Speciální pedagogika. ISBN 978-80-7367-889-0.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta, 2012. 219 s. ISBN 978-80-7320-176-0.
- VALENTA, Milan et al. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. 495 s. 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].

## 6.9 PRO ZÁJEMCE

Vyhledejte 5 organizací v ČR i zahraničí (tu alespoň jednu), které se věnují problematice Downova syndromu, popište jejich služby a současně najděte odkazy na případné příručky nebo metodiky pro rodiče a učitele se stručným komentářem k jejich obsahu.



## 7 LOGOPEDIE – TERMINOLOGIE, KLASIFIKACE, ETIOLOGIE. NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST. POMŮCKY A TECHNICKÉ PROSTŘEDKY PRO OSOBY S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ. ORGANIZACE LOGOPEDICKÉ PÉČE

### 7.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V této kapitole se seznámíte s ustavením terminologie, klasifikace, etiologie narušené komunikační schopnosti. Budou vysvětleny základní skupiny poruch, jejich příčiny i projevy. Pozornost bude věnována také pomůckám při logopedické péči a způsobu její organizace v ČR.

### 7.2 CÍLE KAPITOLY

Po nastudování této kapitoly získá student základní přehled o poruchách narušené komunikační schopnosti. Každou skupinu bude umět popsat z hlediska etiologie, symptomů a možností práce s těmito jedinci. Současně získá povědomí o používaných kompenzačních pomůckách, metodách práce a oblastech působení logopedů v rámci systému v ČR.

### 7.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Logopedie, centrální poruchy řeči (vývojová dysfázie, afázie, mutismus), poruchy zvuku řeči (huhňavost – rhinolalia, palatolalie), poruchy plynulosti řeči (balbuties, tumultus), poruchy artikulace (dyslalie, dysartrie), poruchy grafické podoby řeči (dyslexie, dysgrafie, dysortografie), symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu (dystonie, afonie), logopedická diagnostika, pomůcky v logopedické praxi, instituce zajišťující péči o osoby s narušenou komunikační schopností (rezort MŠMT, MPSV, MZ).

### 7.4 VÝKLADOVÁ ČÁST

Z ŘECKÉHO SLOVA **LOGOS** = SLOVO A **PAIDEA** = VÝCHOVA

**LOGOPEDIE se zabývá výchovou, vzděláním, komplexní péčí o osoby s narušenou komunikační schopností.**

Logopedie je speciálněpedagogická disciplína, která se zabývá

- komunikačními schopnostmi člověka, fyziologií a patologií komunikačního procesu,
- výzkumem v této oblasti,
- ontogenezí řeči,
- diagnostikou a terapií vad a poruch komunikačních schopností,
- edukací osob s poruchami komunikačních schopností
- a také prevencí těchto poruch.

Logopedická péče není orientována jen na dětský věk, ale zahrnuje osoby s narušenou komunikační schopností všech věkových kategorií - děti, adolescenty, dospělé i osoby ve stáří.

Logopedie jako speciálně pedagogická disciplína má těsný vztah k

- **obecné pedagogice**
- k ostatním **oborům speciální pedagogiky**. U osob s postižením somatickým, mentálním či smyslovým se setkáváme s poruchami komunikačních schopností.
- Logopedie se zabývá patologickou stránkou komunikačního procesu, což určuje její vztah k **medicině**. Lékařské obory se orientují na léčbu osob s narušenou komunikační schopností, v logopedii jde o výchovu řeči, o reedukaci vad a poruch řeči.
- Z oborů medicíny jsou to pediatrie, foniatrie, otorhinolaryngologie, stomatologie, plastické chirurgie, ortodontie, neurologie, neurochirurgie, psychiatrie),
- obory psychologie -vývojové psychologie, patopsychologie,
- dále jazykovědní obory lingvistika, fonetika, fonologie,
- stále důležitějšími se stávají poznatky z genetiky, informatiky, kybernetiky, právních věd atd.

## ETIOLOGIE

Narušená komunikační schopnost může být buď vývojovou poruchou ve smyslu existence organické etiologie (např. odchylky vývoje pro řeč významných mozkových struktur) nebo získané (příčiny jsou nádory CNS, neuroinfekce, úrazy hlavy, cévní příhody, epilepsie...).

Je důležité diferenciací diagnostikou odlišit fyziologické vývojové těžkosti od vlastních poruch řeči. Nejčastěji se setkáme s fyziologickou patlavostí do 3 - 4 roku, fyziologickými iteracemi - opakování / nekoktavost/ a fyziologickou bradylálií - pomalejší tempo řeči.

Mezi druhým a třetím rokem mluví dítě již ve větách. Jestliže se vývoj řeči opozdí a dítě je zdravé, slyší, duševní vývoj není opožděn, není postižena motorika, nejsou porušeny mluvní orgány, když prostředí přiměřeně stimuluje vývoj řeči a dítě přiměřeně (i když ne řečí) reaguje na podněty z prostředí - mluvíme o **prodloužené fyziologické nemluvnosti**.

**PORUCHY KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ můžeme rozdělit do několika skupin:**

1. **centrální poruchy řeči**
2. **poruchy zvuku řeči**
3. **poruchy tempa řeči**
4. **poruchy výslovnosti**
5. **poruchy hlasu**
6. **symptomatické poruchy řeči**

### 7.4.1 Centrální poruchy řeči:

Jako příklad centrálních poruch řeči si uvedeme vývojovou dysfázii, afázii a mutismus.

**Vývojová dysfázie** (vývojová nemluvnost) je porucha osvojování mluvené řeči.

Bývá diagnostikována v případech, že dítě má neschopnost nebo sníženou schopnost verbálně komunikovat, i když podmínky pro vytvoření této schopnosti jsou dobré / není porucha sluchu, psychiatrický nálezn, je přiměřená inteligence, sociální prostředí je stimulační/.

Podle Říčana a Krejčířové (2006) jsou pro vývojovou dysfázii typické příznaky:

- Velký rozdíl mezi úrovní porozumění řeči, která je dobrá, a aktivním mluvením, které vázne.
  - Diskrepance mezi relativně dobrou slovní zásobou a špatnou srozumitelností řeči, dítě má artikulační obtíže, přestože je orální motorika neporušena.
  - Nízká schopnost užití řeči, dítě řeč neužívá k běžným komunikačním účelům, neužívá slova k vyjadřování svých pocitů a přání, obtížně tvoří odpovědi na otázky apod.
  - Dítě má nápadné obtíže ve vybavování i známých slov.
- Dysfatici jsou zvýšeně unavitelní, je narušena i sféra emocionální, motivační, zájmová.

### **Afázie** - získaná nemluvnost

Afázie nejčastěji vzniká na základě organického lokálního poškození mozku, řeč byla vyvinuta a na základě poškození dominantní hemisféry při úrazech, nádorech, náhlých mozkových příhodách, zánětech mozku, krvácení do mozku dojde k porušení komunikativní funkce řeči.

Podle toho, která oblast mozku je poškozena, rozlišujeme afázii

- motorickou (poškození Brocova centra řeči – pacient rozumí obsahu sdělení, ale neovládá mluvidla pro odpověď)
- senzorickou (poškození Wernickova centra ) : hendikepovaný slyší, vidí, ale nerozumí
- totální: nepoznává slova, nemůže nic sdělit

### **Mutismus** (oněmění, neuróza řeči)

Jedinec umí mluvit, řeč je v normě, je řazena podle MKN do „poruch sociálních vztahů“. Rozlišují se tři stupně:

Totální mutismus znamená ztrátu artikulované řeči psychogenně podmíněnou, na základě silného psychického traumatu (úlek, šok, stres, vyčerpání), porucha není spojena s organickým poškozením

Elektivní (selektivní) mutismus je výběrová ztráta řeči spojená s negativistickým postojem, jedná se o útlum za určitých okolností, vůči určitým osobám, objeví se často ve spojení se školou, v nemocničním prostředí. Diagnostikuje se, pokud trvá nejméně měsíc. Neverbální řeč bývá zachována, někdy mohou šeptat nebo odpovídat jednoslovně. Nelze uplatnit autoritativní přístup, jsou velmi citlivé na nevládnost, pokárání. Léčba velmi dlouhodobá, osvědčuje se individuální a rodinná psychoterapie

Surdomutismus je poměrně vzácné onemocnění, projevuje se ztrátou schopnosti mluvit i slyšet, je to příznak hysterie po duševních traumatech (odstraňování úzce souvisí s psychiatrickou léčbou)

## **7.4.2 Poruchy zvuku řeči**

### **Huhňavost (rhinolalia)**

- patologicky změněná nosovost, která může být zvýšená nebo snižená  
zavřená huhňavost - snižená nosovost – hyponazalita

- častá příčina zduřelá sliznice v dutině nosní nebo nosohltanové, organické změny v dutině nosní, zbytnělá nosní mandle / adenoidní vegetace//
- m,n, ň se podobají b, d, d'/,

otevřená - zvýšená nosovost - hypernazalita

- příčinou mohou být funkční nebo organické změny patrohltanového uzávěru, obrny měkkého patra, rozštěpy patra...
- změněny hlavně i, u, sykavky

### **Palatolálie**

Palatolalia je porucha komunikační schopností, která vzniká na základě rozštěpu patra a narušené funkce patrohltanového mechanismu.

Rozštěp patra je vývojová vada, orgánové postižení, které postihuje pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní nebo orgány patrohltanového uzávěru.

Pro palatolálie jsou charakteristické

- změny rezonance (zvýšená a deformovaná nazalita, otevřená huhňavost),
- porušená artikulace,
- narušené neverbální chování.

U palatolalických dětí se setkáváme s opožděním ve vývoji řeči, časté jsou poruchy sluchu, může být deformován i hlas (palatofonie).

Jedinci vyžadují komplexní péči od narození až do dospělosti. Ošetření rozštěpu patra je věcí lékařskou (plastická chirurgie, pediatrie, foniatrie, stomatologie, stomatochirurgie, ortodontie) s následnou péčí logopedickou. Spolupracovat musí rodiče a následně i pedagogové ve vzdělávacích institucích (mateřská škola i škola základní).

### **7.4.3 Poruchy plynulosti řeči**

#### **Koktavost- balbuties**

Balbuties jeden z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti, řeč je nápadná opakováním nebo protahováním slabik nebo slov a pauzami, které plynulost řeči také ruší.

Jedná se o syndrom komplexního narušení koordinace orgánů účastnících se na mluvení, který se projevuje charakteristickým nedobrovolným tonickým/klonickým přerušováním plynulosti procesu mluvení. Poměr postižení mužů a žen je 4 :1.

**Příčiny nejsou spolehlivě vysvětleny, shoda je v tom, že příčina není nikdy jediná... může jimi být:**

- dědičná dispozice
- orgánové poruchy, neurologický nález různého stupně
- průběh biochemických procesů mozku
- elektrická aktivita mozkových hemisfér
- násilné přecvičování leváků, upozorňování dítěte na neplynulost řeči v období fyziologických těžkostí, bilingvistická výchova,
- psychotrauma

**Příznaky:**

- dýchání: povrchní, nepravidelné, přerývané
- tvrdý hlasový začátek / křeč hlasivek/
- narušení průběhu artikulace
- vsuvky, jimiž překonává křeč mluvidel
- parafráze- snaží se vyhnout slovům, které začínají hláskami pro něj problémovými
- logofobie - strach z řeči
- narušené koverbální chování / grimasy, pohyby, neklid.../.

Balbutik není schopen svojí vůlí řeč ovlivnit – čím více se na řeč soustředí, tím hůře mluví... Rodiče i učitelé by se měli vyvarovat radám typu „Zkus to říct ještě jednou a lépe“, „on z toho vyrosté“. Jedinou aktuálně existující pomocí je naučit se novou řečovou techniku „měkké řeči“. Existuje i řada dalších terapií, např. hypnóza, biofeedback, one brain apod., ale úspěchy jsou pouze náhodné a mohou způsobit velké škody – ať již fyzické (epi záchvaty) nebo psychické (zase to nepomohlo).

**Breptavost – TUMULTUS CERMONIES**

Breptavost je porucha tempa mluvy, pro kterou je charakteristické extrémně zrychlené tempo řeči. Řeč je často úplně nesrozumitelná, je pro ni typický rychlý, nerytmický, trhavý proud řeči, často se přeříkává, artikulace se stává nezřetelnou a řeč je pro okolí nesrozumitelná. Může vynechávat slabiky, části slov, je narušeno dýchání (vdech při řeči), dochází k hlasovým poruchám, je narušená artikulace (může správně vyslovit, ale nemá čas).

Breptaví si svůj nedostatek neuvědomují, můžeme je na způsob řeči upozornit na rozdíl od koktavých.

**7.4.4 Poruchy artikulace - článkování řeči:**

***Dyslálie – patlavost***

Patlavost supluje v povědomí veřejnosti logopedii, protože patří k nejrozšířenější vadě dětského věku. Jedná se o poruchu artikulace, neschopnost nebo porucha používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka.

Nesprávná výslovnost je vývojový, přechodný jev; vadná výslovnost má výrazně patologický charakter, přetrvává po 7. roce

**Příčiny:**

- nesprávný řečový vzor
- poruchy sluchu, sluchové percepce
- poruchy ve fonematické diferenciaci - nedostatečná schopnost analyzovat a diferencovat jednotlivé hlásky - fonémy
- poruchy CNS
- motorická neobratnost

- anomálie řečových orgánů
- nesprávný postoj prostředí k mluvnímu projevu dítěte / napomínání, výsměch.../,

Typy dyslálie:

1. hlásková:                   mogilálie - dítě hlásku netvoří, vynechává  
                                  paralálie - dítě hlásku zaměňuje  
                                  dítě hlásku vyslovuje chybně, na jiném artikulačním místě - rotacismus,  
                                  rotacismus bohemicus, ...
2. slabiková - dítě hláskové skupiny redukuje, přesmykuje, výslovnost izolovaných hlásek je  
správná
3. slovní

### **Dysartrie**

- porucha procesu artikulace, respirace, fonace, modulace jako celku při organickém poškození CNS, např. u DMO

### **Etiologie**

prenatální období (úrazy matky, infekční onemocnění matky, krvácení do mozku plodu při nedostatku vitamínu K, Rh - inkompatibilita, nedonošenost různého stupně, pokusy o přerušování těhotenství atd.),

perinatální období - asfyxie během porodu, motorické oblasti mohou být postiženy drobným nebo větším krvácením při porodu,

postnatálním období - meningitida, encefalitida, horečnatá onemocnění, intoxikace v prvních měsících života,

v pozdějším věku - cévní onemocnění, zánětlivá onemocnění mozku, nádor metastázy, úrazy hlavy, degenerativní a toxická poškození CNS

**Podle lokalizace postižení CNS** se dysartrie dělí na různé typy -korová, pyramidová, extrapyramidová, bulbární, cerebelární, smíšená.

- je poskytována logopedická péče v rámci komplexní péče (lékařská, fyzioterapeutická, psychologická, speciálně pedagogická).

### **7.4.5 Symptomatické poruchy řeči**

Symptomatickými poruchami řeči označujeme poruchy komunikačních schopností, které jsou průvodním příznakem **jiného, dominantního** senzoryckého, motorického, mentálního postižení, onemocnění, poruchy chování.

Příklad vzniku symptomatické poruchy řeči:

- orgánové poškození mozku jako primární příčina způsobí mentální postižení, které mezi příznačnými symptomy má narušenou komunikační schopnost
- dědičnost jako primární příčina způsobí dominantní postižení, např. hluchotu, pro kterou je jeden z příznaků narušená komunikační schopnost



#### 7.4.6 Poruchy hlasu:

##### a) funkční - dysfonie

- hypertonické: chorobně tvrdé hlasové začátky, návykové pokašlávání, křiklavý hlas, dysodie/ porucha zpěvného hlasu/ - tvoření hlasu tlakem v hlasové úžině, návykově vysoká poloha hlasu, spastická dysfonie - násilná tvorba hlasu při zánětu, spastická afonie - jen sípavý šepot
- hypotonické: dysfonie- dyšný hlas, afonie - např. hysterická - tichý šepot /kašel, smích je hlasitý/

hlasová slabost- fonastenie

dětská chraptivost- křiklavý, drsný hlas, hlučné dýchání

**b) organické poruchy hlasu:** nedomykavost hlasivek, uzlíky, vrozené vady, nádory, ..

#### 7.4.7 LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA

1. Navázání kontaktu
2. Anamnéza - různé poruchy sluchu, hlasu, levorukost, sociální podmínky, řečový vzor, reakce rodiny na obtíže dítěte / neurotizace/
3. Orientační vyšetření sluchu, vyšetření fonematické diferenciaci
4. Vyšetření porozumění řeči (tj. vyšetření tzv. receptivní složky)
5. Vyšetření řečové produkce (= vyšetření tzv. expresivní složky řeči), která obsahuje vyšetření výslovnosti jednotlivých hlásek, pasivní a aktivní slovní zásobu, gramatickou stavbu řeči, dýchání při řeči, užití hlasu, čtení, psaní..)
6. Orientační vyšetření zrakového vnímání - krátkozrakost znesnadňuje odezírat způsob artikulace
7. Orientační vyšetření motoriky:
8. Orientační vyšetření laterality
  - zkouška navlékání: důležité je která ruka vede pohyb
  - zkouška stavění kostek: sledujeme i poslední kostku a kterou rukou zachraňuje věž
  - zkouška na dolní končetinu: posouvání drobného předmětu podél linky
  - zkouška dominantního oka: podívat se krasohledem, klíčovou dírkou
  - zkouška dominantního ucha: budík pod stolem, dítě naslouchá zblízka
  - zkouška kreslením a psaním: sledujeme pevnost tahů, ale i bohatost detailů / někdy jsou tahy slabé, neprocvičované/
9. Prozkoumání sociálního prostředí.

#### 7.4.8 Pomůcky v logopedické praxi

V logopedické praxi, při diagnostice i následné terapii, při reedukaci vad a poruch řeči se využívá množství pomůcek. Jsou to pomůcky, které logoped volí vždy podle druhu narušení komunikační schopnosti, věku klienta, rozsahu postižení apod.

Pomůcky, které logoped ve své praxi užívá, se stále zdokonalují, vytváří se nové testy, testové baterie, zdokonalují se a vznikají stále nové elektronické výukové programy, programy PC.

Logopedové užívají různých pomůcek např. sondy, špachtle, indikátory, rotavibrátory apod., velké množství didaktického materiálu – říkanky, razítka, kreslení, počítače s logopedickými programy.

#### **7.4.9 Organizace péče**

V České republice je logopedická péče zajišťována třemi resorty

- resortem ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy,
- resortem ministerstva zdravotnictví
- a resortem ministerstva práce a sociálních věcí.

Logopedická péče je poskytována nejen dětem, ale i dospívajícím, dospělým i lidem ve stáří, u nichž se vyskytuje narušená komunikační schopnost.

#### **RESORT ZDRAVOTNICTVÍ**

Od narození dítěte až do nástupu do školy hrají důležitou roli pediatři, kteří mají rodiče instruovat o předřečovém i řečovém vývoji jejich dítěte. Při podezření na opoždění ve vývoji psychomotorickém i řečovém má pediatr odeslat rodiče s dítětem na odborná vyšetření a zajistit ranou péči (ranou intervenci) vůči dítěti i rodině.

V období příchodu dítěte do mateřské školy sledují vývoj řeči dítěte pedagogové mateřských škol. Měly by mít dostatečné znalosti a dovednosti, jak je možné v předškolním věku ovlivňovat řečový vývoj dětí. V mateřské škole rozvíjí pedagogové motorické schopnosti dětí, sluchové a zrakové vnímání, slovní zásobu, učí děti říkadla, básničky, pohádky apod. Vše probíhá v rámci každodenních aktivit, hravou formou. Vyskytne-li se nějaký nedostatek či podezření na poruchu komunikační schopnosti, je důležité provést včasnou logopedickou diagnostiku, stanovit diagnózu a na základě diagnózy vypracovat speciálně pedagogický postup terapie.

Rodiče se mohou obrátit na logopedické poradny při zdravotnických zařízeních, při odděleních foniatry, ORL, při dětských odděleních, logopedy najdou i v soukromých logopedických poradnách, kde logopedi zajistí logopedickou diagnostiku i následnou intervenci.

Logopedická péče probíhá ambulantně. V případě potřeby mohou být děti s narušenou komunikační schopností, která je symptomem jiného dominantního postižení (mentálního, somatického), zařazeny do každodenní péče v dětských denních rehabilitačních stacionářích.

#### **ŠKOLSTVÍ**

V resortu školství mají možnost rodiče s dětmi kontaktovat speciálně pedagogická centra (dále SPC), která zajišťují poradenství v resortu školství. SPC většinou působí při speciálních mateřských i základních školách pro žáky s vadami řeči.

V předškolním věku lze dítě integrovat na základě vyšetření v SPC do běžné mateřské školy, může navštěvovat speciální třídy při běžné mateřské škole nebo speciální mateřskou školu.

V případě integrace dítěte do běžné mateřské školy speciální pedagog - logoped z SPC spolupracuje s pedagogy mateřské školy i s rodiči dítěte. Ve speciálních třídách i speciálních mateřských školách pracují s dětmi logopedi, nebo logopedičtí asistenti pod vedením logopeda.

Ve školním věku mohou děti s narušenou komunikační schopností navštěvovat běžnou základní školu a docházet do logopedické poradny (ambulantní péče).

V případě potřeby je možné děti integrovat do běžné základní školy, zajistit mu individuální přístup a edukaci podle individuálního vzdělávacího plánu. Je-li na základní škole více žáků s vadou řeči, může ředitel zřídit speciální třídu, kde při sníženém počtu žáka ve třídě s dětmi pracuje speciální pedagog - logoped. Ten kromě plnění učebního plánu základní školy zajišťuje i reedukační činnost narušené komunikační schopnosti žáků.

V případě, není-li v místě bydliště možnost navštěvovat ambulantně logopedickou poradnu, nelze-li zajistit logopedickou péči na základní škole, ale rozsah a druh narušené komunikační schopnosti neumožňuje žákovi vzdělávání v běžné škole, mohou pracovníci SPC navrhnout zařazení do speciální školy pro žáky s vadami řeči.

Tyto speciální školy jsou u nás zřizovány jak pro denní docházku dětí, tak i internátní pro žáky, u nichž není možné každodenní docházku zajistit.

Obsah výuky je shodný s obsahem výuky na základní škole, navíc jsou zařazeny hodiny logopedické péče. Ve třídách speciálních škol je snížený počet žáků, při individuálním přístupu prolíná logopedická péče celým vyučovacím procesem.

V odpolední činnosti v internátních zařízeních navazují vychovatelé na práci učitelů, spolupracují s učiteli, pracují s žáky podle instrukcí třídních učitelů. Vychovatelé procvičují učivo, probírané v dopolední činnosti, snaží se pokračovat v rozvoji komunikačních schopností při různých zájmových činnostech dětí.

Do speciálních škol se žáci zařazují na nezbytně dlouhou dobu, po úspěšném ukončení logopedické péče ve speciální škole pokračují ve školní docházce ve své kmenové škole v místě bydliště.

Logoped ve školských i zdravotnických organizacích musí spolupracovat při diagnostice i edukaci s ostatními odborníky - pediatry, foniatry, neurology, psychology a dle individuálních potřeb s dalšími odborníky, jen tak zajistí ucelenost rehabilitační péče.

Také u dětí a mladistvých se smyslovým, tělesným, nebo rozumovým postižením je v rámci vzdělávání zahrnuta logopedická péče.

## **V RESORTU MINISTERSTVA PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ**

V Domovech pro osoby se zdravotním postižením se logopedická péče vztahuje převážně ke klientům s těžkým mentálním postižením, aby byla rozvíjena alternativní nebo augmentativní komunikace.

### **7.5 SHRNUTÍ**

Logopedie je speciálně pedagogická disciplína, jejíž cílovou skupinou jsou jedinci s narušenou komunikační schopností. Nepatří sem tedy pouze logopedické problémy související se špatnou výslovností (dyslalie), ale také centrální poruchy řeči, poruchy plynulosti řeči, poruchy hlasu, zvuku řeči, artikulace. Nedílnou součástí péče logopedů je také v případech symptomatických poruch řeči, které souvisí s jiným primárním postižením (hluchota, slepota apod.). Logopedická péče je poskytována v rámci zdravotnictví, školství i resortu ministerstva práce a sociálních věcí.

## 7.6 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jaký je rozdíl mezi vývojovou afázií a dysfázií?
2. Jak dlouhou dobu musí mít dítě potíže hovořit v určitém prostředí nebo s určitými lidmi, aby byl diagnostikován výběrový mutismus?
3. Jaké jsou dvě hlavní příčiny balbuties?

## 7.7 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Vyhledejte deset pravidel pro komunikaci s dospělým balbutikem a deset zásad pro balbutiky samotné. Zpracujte v rozsahu min. 1 NS.
2. Popište v rozsahu 2 NS zásady práce s člověkem se získanou afázií.
3. Vyhledejte, jaké jsou v ČR možnosti získání kvalifikace pro logopedickou práci (rozlište pojem logopedický asistent, školní logoped, klinický logoped).

## 7.8 ZDROJE, ANEB ODKUD SE ČERPALO A DALŠÍ, CO STOJÍ ZA PŘEČTENÍ

BENDO VÁ, Petra. *Logopedická prevence: metodicko-didaktický materiál*. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 179 stran. ISBN 978-80-7435-421-2.

BERNHAUSEROVÁ, Dana a KLUGEROVÁ, Jarmila. *Diagnostika breptavosti*. První vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. 96 stran. ISBN 978-80-7452-104-1.

CSÉFALVAY, Zsolt a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Vydání 1. Praha: Grada, 2016. 222 stran. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3941-0.

KOPEČNÝ, Petr. *Logopedická intervence u osob se zdravotním postižením ve věku mladé dospělosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. 210 s. ISBN 978-80-210-7339-5.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie - patlavost: vady a poruchy výslovnosti*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Beakra, 2013. 295 s. ISBN 978-80-903863-1-0.

LECHTA, Viktor a KRÁLIKOVÁ, Barbara. *Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 124 s. ISBN 978-80-7367-849-4

MLČÁKOVÁ, Renata a VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Základy logopedie a organizace logopedické péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 135 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3722-4.

NEUBAUER, Karel a kol. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Vydání: první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 229 stran. ISBN 978-80-7435-640-7.

NEUBAUER, Karel a kol. *Žáci s poruchami učení a řečové komunikace v programu základní školy*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. 114 stran. ISBN 978-80-7465-261-5.

OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 333 s. Monografie. ISBN 978-80-244-3737-8.

ŘÍHOVÁ, Alena a VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná publikace pro logopedy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 124 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2908-3.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a kol. *Hodnocení komunikačních specifík vybraných skupin jedinců s narušenou komunikační schopností*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 154 stran. Monografie. ISBN 978-80-244-4414-7.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a kol. *Výzkum vybraných parametrů produkce a percepce hlasu, řeči a jazyka ve vazbě na specifické etiologické determinanty v logopedickém náhledu*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 179 stran. Monografie. ISBN 978-80-244-5099-5.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a MLČÁKOVÁ, Renata. *Student s narušenou komunikační schopností na vysoké škole*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 61 stran. Studijní opory. ISBN 978-80-244-4213-6.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Fylogeneze a ontogeneze řeči*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 105 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3717-0.

VRBOVÁ, Renáta a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s narušenou komunikační schopností*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 140 stran. Ostatní odborné publikace. ISBN 978-80-244-4475-8.

## **7.9 PRO ZÁJEMCE**

## **8 SURDOPEDIE – TERMINOLOGIE, KLASIFIKACE, ETIOLOGIE. SPECIFIČNOST VÝVOJE JEDINCŮ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM. KOMPENZAČNÍ POMŮCKY. ZÁSADY KOMUNIKACE. VZDĚLÁVACÍ A PORADENSKÉ INSTITUCE**

### **8.1 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 – hluchotě, 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.

### **8.2 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.

### **8.3 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).

### **8.4 VÝKLADOVÁ ČÁST**

#### **SURDOPEDIE**

Název oboru je složen z lat. slov *surdus* = hluchý a *paidea* = výchova.

Surdopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením. 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).

V České republice podle posledního Výběrového šetření osob se zdravotním postižením (k 31. 12. 2012) žije 86 476 jedinců se sluchovým 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.)

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.

#### **8.4.1 Sluchové vnímání a poruchy sluchu**

Sluchovým podnětem je chvění vzduchu vyvolané chvěním předmětů.

Sluchový analyzátor je tvořen dvěma systémy: převodním a percepčním.

**Převodní systém** zesiluje a přenáší podněty k receptorům, kde vzniká počitek zvuku. Skládá se z vnějšího ucha (boltec, zevní zvukovod) a středního ucha (napjatá membrána bubínku se rozechvěje prostřednictvím chvění převáděným zvukovodem, vibrace bubínku rozechvěje kladívko, kovadlinku, třmínek a následně oválné okénko, kde je vstup k receptorům vnitřního ucha). Tento převodní systém zvuk nejen převádí, ale i zesiluje.

**Percepční systém** je systém, který převádí zvuk na nervové impulsy. Sídlo je v hlemýždi ve vnitřním uchu, který je rozdělen membránami na několik oddílů vyplněných tekutinou. Tlak ze středního ucha, který působí na oválné okénko, způsobí změnu v tlaku tekutiny a rozechvívá bazilární membránu, ohýbá vláskové buňky, které vytvářejí elektrické impulsy. Tyto impulsy jsou potom vedeny sluchovým nervem do příslušných oblastí mozku. (Renotierová, Ludíková, 2006)

#### **8.4.2 Typy vad sluchu**

##### **PODLE TYPU 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, 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, 2008; Renotierová, Ludíková, 2006)

**PERCEPČNÍ PORUCHY** – 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 (2008) 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, 2008; Renotiérová, Ludíková, 2006)

**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 agnózi. (Vágnerová, 2008; Renotiérová, Ludíková, 2006)

## **ROZDĚLENÍ PODLE DOBY VZNIKU SLUCHOVÉ PORUCHY + ETIOLOGIE**

### **PRELINGVÁLNÍ SLUCHOVÉ PORUCHY**

Sluchová porucha vznikla před vznikem a ustálením řeči. Příčiny mohou být dědičné (po 1 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 nedonošenosti, předčasné porody, protražované porody, insuficience novorozenců, sepse) nebo v období postnatálním (meningitida, encefalitida, úraz..). Hranice přijatelné sluchové funkce, nezbytné pro bezproblémové osvojení mluvené řeči je pásmo střední nedoslýchavosti (56- 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.

### **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.

Vznikají nejčastěji po prodělaných infekčních onemocněních (spalničky, neštovice, příušnice, meningitidy), ohluchnutí po explozích, poškození sluchu při zánětech, nádorech, úrazech, cizích tělesech, v poruše cévního zásobení, iontových dysbalancích nitroušních tekutin, metabolických poruchách a degenerativních onemocněních. (Vágnerová, 2008; Renotiérová, Ludíková, 2006)

#### **8.4.3 Stupně sluchového postižení**

Lechta (2010) 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	Žádné nebo velmi lehké potíže se sluchem. Schopnost slyšet šepot.
lehká nedoslýchavost	26 – 40 dB (lepší ucho)	Schopnost slyšet a opakovat slova, která jsou mluvena normálním hlasem z 1 metru.



střední nedoslýchavost	41 – 60dB (lepší ucho)	Schopnost slyšet a opakovat slova, která jsou mluvena hlasitě z 1 metru.
těžká nedoslýchavost	61 – 80 dB (lepší ucho)	Schopnost slyšet nějaká slova, když jsou křičeno do lepšího ucha.
praktická hluchota /zbytky sluchu	81 – 110 dB (lepší ucho)	Neschopnost slyšet a porozumět křičenému hlasu, slyší zvuk
úplná hluchota	nad 110 dB	Neschopnost slyšet křik, neslyší žádný zvuk

### TĚŽKÁ NEDOSLÝCHAVOST

Podle Lechty (2010) 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.

Průměrný věk, kdy rodiče mají pocit, že dítě dobře neslyší, bývá kolem 18. měsíce a to je již pozdě. Už v této době je tím omezována rozumová, citová a sociální sféra osobnosti dítěte. Dítě samo nemusí rozpoznat pokyn nebo zvukový signál a pak 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)

### ZBYTKY SLUCHU

Sluchová ztráta činí více než 91 dB. Tito lidé nemohou přijatelně vnímat zvukovou řeč ani s pomocí sluchadla. Mohou něco slyšet, řečové i neřečové prvky, ale nerozumějí, neumí tyto zvuky diferencovat.

### HLUCHOTA

Hluchota je vymezena jako ztráta sluchu větší než 110 dB. Lidé s tímto postižením nejsou vůbec schopni slyšet mluvenou řeč. Rozlišuje se hluchota částečná a úplná, hluchota jednostranná a oboustranná, hluchota v oblasti ucha nebo sluchové dráhy. Pokud vznikne před vývojem řeči nebo jejím upevněním, mluvíme o hluchoněmotě. Pokud k ní dojde později hovoříme o ohluchlosti. (Renotiérová, Ludíková, 2006) Vzhledem k chybějící zvukové kontrole je řeč zkreslená, má pomalé tempo, nepřirozenou melodii a rytmus.

### 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.

Pro aplikaci kochleárního implantátu je důležitá jeho včasnost (u neslyšících dětí do 1. roku života), u dětí ohluchlých co nejdříve po traumatické události. Rehabilitace postupuje od detekce (zjištění) přes diskriminaci (rozlišování) a identifikaci (rozeznávání) k porozumění běžné konverzaci bez nutnosti odezírat. Díky sluchové kontrole se postupně zlepšuje také melodie rytmus a srozumitelnost řeči.

**OHLUHLÉ DĚTI S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM** po operaci znovu získají komunikační schopnosti, které měly rozvinuté před ohluchnutím v téměř plném rozsahu.

**NESLYŠÍCÍ DĚTI S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM** se musí učit slyšet a mluvit, je tedy velmi důležitá intenzivní rehabilitace a práce logopedů a rodičů, díky níž se řeč osvojí „podobně jako nedoslýchavé děti, tedy přirozeným způsobem, tedy napodobováním.“ (Lechta, 2010, s. 221)

#### **8.4.4 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 např. sluchadla (kapesní, závěsná, zvukovodová), bezdrátové naslouchací soupravy, budíky se světelnou indikací, nebo s vibrátorem, zvonky u dveří i telefony se světelnou signalizací, zesílený nebo psací telefon, fax, indukční smyčky pro zesílení signálu z televize.

Pro sledování televize není již výjimkou využívání nabídky otevřených a skrytých titulků nebo filmů na DVD (např. Vratné láhve). Dekodér slouží pro přizpůsobení běžně prodávaných videorekordérů na záznam skrytých titulků vysílaných Českou televizí na teletextové stránce č. 888.

Nezbytným pomocníkem zvláště pro starší občany je také tzv. hlásič pro tísňová volání, což je automatický telefonní hlásič určený pro přivolání pomoci při zdravotních obtížích či jiných problémech – po aktivaci hlásič postupně automaticky volá až na čtyři naprogramovaná telefonní čísla (klasická i mobil) a přehrává na ně nahranou nouzovou zprávu. Může též vyslat numerickou zprávu na Pager.

#### **8.4.5 Vliv sluchové poruchy na psychické funkce**

Sluchová porucha je svou podstatou sensorickou 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 opoždí. (Renotíerová, Ludíková, 2006).

### MYŠLENÍ

Myšlení je vázáno na konkrétní činnosti (manipulaci s předměty, pozorování). Myšlení je 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

Nedostatečně osvojená mluvená řeč jim činí potíže s porozuměním čtenému textu, často neslyšící slovo znají, ale nerozumí plně jeho významu, jejich slovní zásoba je chudá. Mají potíže s tvaroslovím, slovo znají, ale nerozeznají jej v jiném tvaru. Význam nového slova zamění za jiný, pokud se mu hláskově podobá. Podle Lechty (2010) neznají frazeologii a obrazová pojmenování chápou doslova. Neznají hovorové výrazy. 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 také vycházejí z toho, že nemají dostatečné základy matematického jazyka a pojmosloví. Často zaměňují znaménka matematických operací, špatně chápou význam pozice ve vícemístných číslech, nesprávné pochopení zadání úlohy, slovní příklady, užívají jednoduché strategie řešení, mechanicky vykonávají matematické úkony. 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, 2008)

### 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, pocíťovat menší uspokojení a kompetenci ve své mateřské roli. 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 jakémisi 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 vyčleněni 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, 2008; Renotiérová, Ludíková, 2006)

#### **8.4.6 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, 2008, s. 214)

#### **ARTIKULOVANÁ, ORÁLNÍ ŘEČ**

Orální řeč spočívá ve výcviku běžné mluvené řeči. 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 artikulační 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, 2008; Renotiérová, Ludíková, 2006)

#### **ODEZÍRÁNÍ**

V komunikaci se slyšícím partnerem využívá jedinec se sluchovým postižením náhradní způsob, tzv. odezírání kinémů (= pohybů mluvidel při artikulaci), event. omezené sluchové percepcie. Odezírání je 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 dána (bez ohledu na jejich stav sluchu) v různé míře. Tato vložka lze tréninkem zdokonalovat. Aby odezírání opravdu splnilo svůj účel, je třeba splnit určité vnitřní a vnější podmínky: vnitřní podmínky pro odezírání jsou 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 je 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)

## ČESKÝ ZNAKOVÝ JAZYK

Český znakový jazyk je přirozeným jazykem neslyšících. Je tvořen specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, znaky jsou tvořené pomocí rukou, horní poloviny těla a hlavou, což je tzv. „manuální složka znaku“. Důležitou a neoddelitelnou částí většiny znaků je tzv. orální komponent a mimika, tzv. „nemanuální složka znaku“. Orální složka je ta část znaku, která se tvoří ústy (vyslovené slovo, písmeno, postavení rtů). Poslední složkou je mimika tváře (postavení tváří, obočí, nafouknutí či vtáhnutí tváří a to všechno opět doplňuje znak). Mimikou se vyjadřuje stupňování (dobrý, lepší, nejlepší), rozlišuje klad a zápor, vyjadřuje se způsob věty (tázací, rozkazovací, oznamovací) a podobné věci. Je v komunikaci velmi důležitá, protože její nepoužití nebo nevyhodnocování může způsobit nedorozumění - je to vlastně obdoba přízvuku a intonace mluveného jazyka. 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, 2008; Renotierová, Ludíková, 2006)

## ZNAKOVANÁ ČEŠTINA

Umělý jazykový systém, který usnadňuje dorozumívání mezi slyšícími a neslyšícími. Znakovaný jazyk (u nás znakovaná čeština) je stejný jazyk jako mluvený. Má stejný slovosled a stejná pravidla. Ale ke komunikaci používá znaky „vypůjčené“ z českého znakového jazyka. Znakovaná čeština nepoužívá mimiku, tvář a mluvidla, takže při jejím použití lze normálně mluvit. ([www.ruce.cz](http://www.ruce.cz))

## PRSTOVÁ ABECEDA, DAKTYLOTIKA

(z řec. Daktylos = prst)

Vizuálně motorická komunikační forma, při které se užívá různých pozic prstů a dlaně k vyjádření písmen abecedy. Prsty označují písmena. Abeceda tvoří vlastně písmena latinské abecedy tvořená prsty. 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. Např. E, F, S, ale i když to jeden předvádí nějak jinak, bývá to k pochopení. Tento způsob analýzy a syntézy slova pomáhá těžce sluchově postiženým dětem už v předškolním věku pochopit a zapamatovat si strukturu slova a dorozumět se.

Druhy: jednoruční, dvouruční, smíšená, dlaňový daktyl hluchoslepých – taktilní forma.

Výhody: podpora zapamatování, syntézy, analýzy slov, snadná reprodukce, rychlejší než písmo, pomoc při artikulaci, odezírání, slouží k pojmenování tam, kde chybí znak.

Nevýhody: nutná znalost jazyka v psané podobě, hláskování slova, věty, pomalejší než mluvení, ovlivněno úrovní motoriky, problém u lidí s poruchou hybnosti.

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

## 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, jejich 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. Součástí osvojování totální komunikace je cvičení smyslů – hmatu, zrakové diferenciaci, rozvíjí se jemná i hrubá motorika ruky. Totální komunikace představuje komplex manuálních a orálních způsobů komunikace, které jsou schopny SP zajistit bezbariérový přístup k informacím, tak, aby byl zajištěn jejich harmonický rozvoj, zahrnuje znakový jazyk, mluvenou řeč, prstovou abecedu, čtení, psaní, odezírání, mimiku, pantomimu, kresbu, film, divadlo a gesta.

Totální komunikace je v současné době nejfrekventovanějším přístupem ve školách pro SP. (Krahulcová, 2002)

### 8.4.7 Pravidla komunikace s lidmi se sluchovým postižením

- 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.
- Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
- Neslyšící se dotýkají mnohem více než slyšící, např. při přerušení vzájemného hovoru, vyžádání si pozornosti. .. Vhodný je dotyk na rameno. Dotyk na hrud' není povolený a dotyk na záda může mít velmi hněvivou reakci.
- Přerušení 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 rameno a zároveň se podívá na druhou osobu a použije posunek promiňte.
- Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu. Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30-40%.
- Pokud neslyšícímu nerozumíte, je vhodné ho požádat, aby zpomalil nebo větu zopakoval.
- Znáte-li základy znakového jazyka či prstové abecedy, měli byste je používat.
- Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.
- Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.
- Odvrácení je při posunkování urážkou. Pokud se osoba musí odvrátit, musí se partnerovi omluvit, vysvětlit mu to. Nejčastěji se to dělá pomocí posunku „čekej“ nebo držením za rameno, pokud jsme odvráceni.
- Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky.

- Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujistění, 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. 2010-04-22].

#### **8.4.8 Vzdělávání a výchova sluchově postižených**

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

#### **ZDRAVOTNICKÁ PÉČE**

Důležitá je depistáž dětí s poškozením sluchu, které probíhá screeningově ve věku 7 – 9 měsíců, 3. a 5. roce, ve školním věku při preventivních prohlídkách. Sluchové zkoušky po prodělání nemoci, která mohou způsobit sluchovou vadu (zánět středouší, meningitida, infekční onemocnění, po požívání léků s ototoxickými účinky). Vyšetřením sluchu u dětí, v jejichž anamnéze se vyskytuje sluchová vada. Spolupráce s ORL pracovištěm.

#### **SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ PÉČE**

Speciálně pedagogická centra 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 SP a baterií, ale hlavně nabídka komunikační strategie v rodině s postiženým dítětem. Nutné je zdůraznění potřeby neprodlené 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), znakovanou 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 jasná, 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 vyučuje jako nepovinné předměty znakový jazyk a informatiku.

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, tel.,fax:541245321, Božetěchova 1, 612 00 Brno
- Český klub nedoslýchavých Help, [ckhn.zdenek@tiscali.cz](mailto:ckhn.zdenek@tiscali.cz), 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) .

## 8.5 SHRNU TÍ

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 (znaková řeč, znakový jazyk, daktylotika..). 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.

## 8.6 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jaké jsou důsledky ztráty sluchu pro dospělého člověka?
2. Jakému typu poruchy mohou pomoci sluchadla?
3. Jaký je rozdíl mezi českým znakovým jazykem a znakovanou češtinou?

## 8.7 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Promyslete deset výhod a nevýhod zařazení neslyšícího žáka do běžného vzdělávacího proudu. Současně zkuste vymezit 10 základních podmínek, za jakých je integrace neslyšícího žáka do běžné základní školy možná.
2. Zjistěte strukturu předmětů a učebních plánů na speciálních školách pro žáky se sluchovým postižením (je dohledatelné na webových stránkách).

## 8.8 ZDROJE

ANTONOVA, Marika. *Rytmus jako prostředek jevištního projevu neslyšícího herce*. 1. vyd. Brno: Janáčkova akademie múzických umění v Brně, 2011. 179 s. Výběrová řada doktorských prací. 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. 201 stran. Ostatní odborné publikace. ISBN 978-80-244-4616-5.

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. 302 stran. ISBN 978-80-7290-619-2.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

HOUDKOVÁ, Z. *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. . sv. ISBN 978-80-904786-1-9.

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-2460-329-2.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikační systémy sluchově postižených*. 1. vyd. Praha: Beakra, 2014. 375 s. ISBN 978-80-903863-2-7.

LANGER, Jiří. *Komunikace osob se sluchovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 95 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3674-6.

LANGER, Jiří. *Student se sluchovým postižením na vysoké škole*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 67 stran. Ostatní odborné publikace. ISBN 978-80-244-4214-3.

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. 96 s. ISBN 978-80-260-5874-8.

PANSKÁ, Svatava. *Aplikované pohybové aktivity osob se sluchovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 73 s. Skripta. ISBN 978-80-244-3655-5.

PIPEKOVÁ, J., et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

POTMĚŠIL, Miloň a kol. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 197 s. ISBN 978-80-210-5184-3.

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

SKÁKALOVÁ, Tereza. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku*. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. 287 stran. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-628-5.

## 8.9 PRO ZÁJEMCE

3. Někteří lidé nemají pouze sluchové, ale mají i zrakové postižení, jsou tzv. slepohluší. Vyhledejte v odborné literatuře nebo webových stránkách organizací informace o komunikačních systémech těchto jedinců a popište je v rozsahu min. 1 NS.
4. V případě zvládnání ruského jazyka vyhledejte informace o systému péče o neslyšící v Rusku. Zpracujte v rozsahu min. 1 NS.

## **9 SOMATOPEDIE – TERMINOLOGIE, KLASIFIKACE, ETIOLOGIE. SPECIFIČNOST VÝVOJE JEDINCŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM. KOMPENZAČNÍ POMŮCKY. ZÁSADY KOMUNIKACE. VZDĚLÁVACÍ A PORADENSKÉ INSTITUCE**

### **9.1 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.

### **9.2 CÍLE KAPITOLY**

Po prostudování kapitole student zvládne charakterizovat cílovou skupinu somatopedie, tedy jedince pohybově postižené, dlouhodobě nemocné a zdravotně oslabené. Bude se orientovat v jednotlivých stupních porušení hybnosti a možných kompenzačních pomůckách. Ujasní si specifika komunikace s touto cílovou skupinou a bude se orientovat v možnostech poradenství, vzdělávání a pracovního uplatnění této cílové skupiny.

### **9.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY**

Somatopedie, stupně porušení hybnosti (lehký, střední, těžký), vrozená tělesná postižení (vrozené vady lebky, poruchy velikosti lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře, vrozené vady končetin, centrální a periferní obrny, DMO (spastický typ DMO – diparetický, hemiparetický, kvadraparetický, nespastické formy DMO (dyskinetický, hypotonický typ), získaná tělesná postižení, postižení po úraze, po nemoci (epilepsie – symptomatická, idiopatická, kryptogenní), komunikace s tělesně postiženými (odlišnosti ve verbální a neverbální komunikaci), kompenzační pomůcky, systém péče a vzdělávání.

### **9.4 VÝKLADOVÁ ČÁST**

Vědní obor somatopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním a 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 500167 jedinců s tělesným postižením a 716993 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, neurofyziologie, somatopatologie, pediatrie, dětská ortopedie, dětské chirurgie, neurologie), společenských věd jako psychologie, ostatní disciplíny pedagogiky, sociologie, ale také např. s kineziologií nebo ortopedickou protetikou.

#### **9.4.1 Pohybové (tělesné) postižení**

Tělesné postižení jsou přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony.

Tělesná postižení se dále člení na vrozené, získané po úraze, získané po nemoci.

#### **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)

#### **VROZENÁ TĚLESNÁ POSTIŽENÍ**

Vrozené tělesné postižení je zapříčiněno faktory, které působí v době prenatalní, perinatální nebo časné postnatální.

- Prenatální (před narozením) příčiny: infekce a virová onemocnění plodu i matky, např. toxoplazmoza, zarděnky, opar; vliv léků, rentgenového záření, geneticky podmíněné odchylky vývoje,
- Perinatální – 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.
- Postnatální (v různých vývojových stádiích života) – 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, 2008).

#### **PŘÍKLADY VROZENÝCH POSTIŽENÍ**

- VROZENÉ VADY LEBKY (předčasný srůst lebečních švů, jejichž důsledkem jsou deformace lebky);
- PORUCHY VELIKOSTI LEBKY (makrocefalus – nadměrná velikost hlavy, mikrocephalus – 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 objevuje 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.

### **SPASTICKÝ TYP DMO (HYPERTONICKÁ FORMA)**

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. Při dětské mozkové obrně mohou být postiženy dolní končetiny – tzv. diparéza/diplegie, polovina těla – hemiparéza/hemiplégie, kvadruparéza/kvadruplégie.

#### **DIPARETICKÝ TYP**

Vzniká poškozením temenního laloku mozku, je charakteristický natažením dolních končetin v kolenu a pozici chodidel do tzv. plantární flexe (špičkami dolů). Při včasné rehabilitaci a méně zásadních projevech spasticity dochází k uvolnění napětí a k možnosti návratu k „normální“ hybnosti. Charakteristickým projevem je drobná nápadnost chůze – tzv. nůžkovitá chůze). Není poškozen intelekt.

#### **HEMIPARETICKÝ TYP**

Příčinou bývá krvácení do mozku v postranních komorách. 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. Často není možná jemná motorika (pohyby prstů), činnost oběma rukama současně je nemožná nebo velmi ztížená, je možná volná chůze, ale je narušena rovnováha.

#### **KVADRUPARETICKÝ TYP**

Poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti neokortexu. Kvadruparetický typ DMO znamená postižení celého těla- všechny končetiny, trup, hlava (dysartrie, porušením hybnosti jazyka a svalů úst), svěrače. Časté také smyslové poruchy a mentální retardace.

### **NESPASTICKÝ TYP DMO (HYPOTONICKÁ FORMA)**

#### **DYSKINETICKÝ TYP**

Dyskinetický typ DMO je spojen s vůlí nepotlačitelnými a nekoordinovatelnými pohyby, které narušují normální hybnost. Potíže jsou často s řečí, která je celoživotně poškozena přerývaným, nepravidelným dýcháním, způsobeným nedostatečnou koordinací dýchacích svalů a mluvidel.

#### **HYPOTONICKÝ TYP**

Je vázán na raný věk 3 – 4 let, později přechází do jiných forem, např. do spastické DMO. Je s tím spojena porucha duševního vývoje. (Renotiérová, Ludíková, 2006; Pipeková, 1998)

### **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.

- úrazová onemocnění 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).

- úrazová onemocnění a míchy

Jsou velmi závažná, zlomeniny obratlů mívají za následek poškození míchy, při kterém se okamžitě projevují poruchy hybnosti, citlivosti i vegetativních funkcí (mikce a defekace).

- úrazové poškození periferních nervů

Vlivem úrazu dojde k přerušení nebo zhmoždění nervu na končetině s úplnou nebo částečnou obrnou (je zasažena v určitém rozsahu pohyblivost a svalová síla).

- amputace

Amputace je umělé odnětí části končetiny od trupu. (nejen v důsledku úrazu, ale také nádoru v končetině, důsledkem infekce, cévní onemocnění) (Renotierová, Ludíková, 2006; Pipeková, 1998)

### ZÍSKANÁ PO NEMOCI

- revmatické onemocnění (např. revmatická horečka, jejíž příčinou bývá streptokoková infekce, postihuje velké klouby, nejzávažněji poškozuje srdce) nebo vleklý kloubní revmatismus omezení hybnosti až úplnou kloubní ztuhlost
- dětská infekční obrna (u nás už díky očkování nevyskytuje, v některých zemích ano)
- Myopatie (progresivní svalová dystrofie) je geneticky podmíněné onemocnění, 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, Škoda, 2008)

### ZÍSKANÉ DEFORMACE

Získané deformace mohou vzniknout také 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.).

#### 9.4.2 Jedinci dlouhodobě nemocní

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, 1998, s. 144)

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, 1998)

### **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) nebo 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. (Renotírová, 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)

#### **9.4.3 Jedinci se zdravotním oslabením**

Mají sníženou odolnost vůči nemocem a zvýšený sklon k jejich opakování. Jsou pro ně zřizovány dětské ozdravovny, lázeňské programy, které poskytují převážně preventivní péči v příznivých klimatických podmínkách.

#### 9.4.4 Psychologické zvláštnosti poznávacích procesů

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)

#### 9.4.5 Komunikace s tělesně postiženými

Komunikace zdravých lidí s tělesně postiženými má své specifické znaky. Mnoho odlišností, které jsou dány narušením různých funkcí, mohou být nesprávně interpretovány.

##### **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 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)

##### **ODLIŠNOSTI VERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

Verbální komunikace je často narušena v důsledku formálního narušení verbálního projevu v rámci poruchy plynulosti řeči (vyražení slabik a slov) a v důsledku artikulačních poruch.

##### **ZÁSADY KOMUNIKACE S JEDINCÍ S POHYBOVÝM POSTIŽENÍM**

1. Komunikovat vždy s jedincem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho případným doprovodem.
2. Při nezbytné manipulaci s klientem (uložení na lůžko aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat.
3. Dbáme, aby klient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu a pocit soběstačnosti.
4. Při delším pobytu v zařízení zjistit, které bariéry brání relativně samostatnému pohybu klienta a snažit se je odstranit.

##### **ZÁSADY KOMUNIKACE S JEDINCEM PO ÚRAZU MOZKU**

1. Snažit se, pokud to jde, odstranit rušivé vlivy v okolí.



2. Snažit se udržovat oční kontakt.
  3. Mluvit jednoduchým a jasným způsobem, pokládejte přímé otázky, nepodávejte velké množství informací najednou.
  4. Po chvíli zopakovat, k čemu jste společně již došli.
  5. Pokud dotyčný odbíhá od tématu, vracet ho zpět.
  6. 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.
  7. Buďte trpěliví, dejte dotyčnému čas k sebevyjádření, v případě nutnosti nabídněte slova nebo výrazy, které by mohly pomoci.
  8. Využívejte gestikulaci.
  9. Ignorujte nevhodné chování, zůstaňte co nejvíce v klidu.
  10. Nemluvte s dotyčným jako s malým dítětem nebo s chudákem, kterého je třeba litovat.
- (dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp.html>)

#### 9.4.6 Kompenzační pomůcky

Invalidní vozíky lze rozdělit do dvou skupin – mechanické a elektrické. Na elektrický vozík má zpravidla nárok člověk, který má výrazně omezenou hybnost horních končetin. Vozíky mají různé možnosti a funkce, např. jsou skládací, mohou mít skládací, odklopné a odnímatelné postranice, odnímatelné úhlově nastavitelné stupačky, rychloupínací plná zadní kola, měnitelné výškové uchycení zadního kola, výškově nastavitelná skládací opěrka zad apod.

V současné době existují i elektrické skútry pro pohyb v přírodě a náročnějším terénu, schodišťové plošiny, rampy, schodolezy, které slouží k přesunu člověka na vozíku po schodech.

Existuje potom celá řada pomůcek typu speciální židle a křesla, polohovací postele, různé zvedáky, sedáky, podavače apod.

Více informací např. na <http://www.ligavozic.cz/ip/pomucky.php?oblast=9000019>

#### 9.4.7 Systém péče a vzdělávání

##### RANÁ PÉČE

Není systém 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 zjištění 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).

##### 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), 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

- Speciální školy nebo běžný typ školy (za intenzivní spolupráce SPC)
- Speciální školy, které mají vzdělávací program rozšířený o dorozumívací 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...

## 9.5 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jaké jsou nejtypičtější vrozená tělesná postižení?
2. Co je příčinou vrozeného a získaného tělesného postižení?
3. Jaké jsou zásady pro komunikaci s jedincem na invalidním vozíku?
4. Vyhledejte zásady komunikace s jedincem, který má těžké tělesné postižení.

## 9.6 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. K jakým architektonickým úpravám (nebo jaké pomůcky musí použít) musí škola běžného typu přistoupit, aby se mohl ve škole vzdělávat žák s tělesným postižením pohybující se:
  - na invalidním vozíku
  - s berlemi.
2. Vyhledejte informace ohledně poskytnutí první pomoci u epileptického záchvatu grand mal. Vytvořte přehled postupu první pomoci v deseti bodech (včetně uvedení zdroje informací).

## 9.7 ZDROJE

BENDOVIÁ, Petra. *Základy somatopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 52 s. ISBN 978-80-244-2620-4.

- ČADOVÁ, Eva a kol. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodů tělesného postižení nebo závažného onemocnění: dílčí část. 1.* vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 305 stran. Ostatní odborné publikace. ISBN 978-80-244-4615-8.
- ČMELÍKOVÁ, Jana a kol. *Trochu jiné hry.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 53 s. Ostatní. ISBN 978-80-244-2882-6.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním.* Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- HANKOVÁ, Magdalena a VÁVROVÁ, Soňa. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením.* Vydání 1. Praha: Grada, 2016. 166 stran. Psyché. ISBN 978-80-271-0012-5.
- JANKŮ, Kateřina a HARČARÍKOVÁ, Terézia. *Multidimenzionalita tělesného postižení z pohledu komplexní rehabilitační péče.* Vydání: první. Ostrava: Ostravská univerzita, 2016. 146 stran. ISBN 978-80-7464-886-1.
- JEŠINA, Ondřej a kol. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 150 s. ISBN 978-80-244-2946-5.
- KANTOR, Jiří a kol. *Psychosociální aspekty omezení hybnosti.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 108 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3708-8. ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 112 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3856-7.
- KANTOR, Jiří, URBANOVSKÁ, Eva a PFEIFFER, Jan. *Student s omezením hybnosti na vysoké škole.* 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 72 stran. Ostatní odborné publikace. ISBN 978-80-244-4466-6.
- KUDLÁČEK, Martin a kol. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 91 s. Skripta. ISBN 978-80-244-3938-9.
- NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou.* 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 150 s. ISBN 978-80-210-5266-6.
- PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika.* 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

## 9.8 PRO ZÁJEMCE

Zpracujte metodický materiál pro tělesnou výchovu, v níž budou společné aktivity dítěte na vozíku (zvolte si věk) se zbytkem „zdravé“ třídy. Popište tak minimálně 5 společných aktivit (stanovit cíl, metody, pomůcky, organizace, vysvětlení pravidel, vyhodnocení).

## **10 PROBLEMATIKA SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ – TERMINOLOGIE, KLASIFIKACE, ETIOLOGIE, REEDUKACE, DIAGNOSTIKA**

### **10.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY**

V této kapitole se seznámíte s problematikou specifických poruch učení z hlediska znalosti příčin, jednotlivých typů. Uvědomíte si souvislost mezi příčinou a projevy jednotlivých druhů dyslexie, individuální variabilitu a možnosti reedukace. Po prostudování kapitoly se Vám ujasní problematika druhé, nejčastější specifické poruchy učení a to dyskalkulie s jednotlivými druhy. Po prostudování této kapitoly se budete orientovat v možnostech reedukace jednotlivých poruch a systému vzdělávání jedinců, u nichž jsou specifické vývojové poruchy učení diagnostikovány odbornými pracovišti.

### **10.2 CÍLE KAPITOLY**

Student se bude orientovat v problematice specifických poruch učení z hlediska znalosti příčin, jednotlivých typů. Uvědomí si souvislost mezi příčinou a projevy jednotlivých druhů dyslexie, individuální variabilitu a možnosti reedukace. Po prostudování kapitoly se studentovi ujasní problematika druhé, nejčastější specifické poruchy učení a to dyskalkulie s jednotlivými druhy. Po prostudování této kapitoly se bude student orientovat v možnostech reedukace jednotlivých poruch a systému vzdělávání jedinců, u nichž jsou specifické vývojové poruchy učení diagnostikovány odbornými pracovišti.

### **10.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY**

Dyslexie (na podkladě percepčních deficitů, s převahou obtíží v motorické oblasti, na podkladě integračních obtíží, s poruchou dynamiky základních psychických procesů, z hlediska lateralizace mozkových hemisfér), dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie (verbální, praktognostická, lexická, grafická, operační, ideognostická), dyspinxie, dysmúzie, dyspraxie.

### **10.4 VÝKLADOVÁ ČÁST**

Říčan, Krejčířová (2006) definují specifické vývojové poruchy učení jako dílčí oslabení ve schopnostech a funkcích primárně potřebných k získávání výukových dovedností anebo v souhře těchto schopností a funkcí při inteligenci alespoň v mezích širší normy, přičemž se předpokládá se dysfunkce centrálního nervového systému. Oslabení se týkají některých funkcí kognitivních (zrakové, sluchové vnímání), motorických, pamětních (paměť zraková, sluchová, motorická), řečových (specifické poruchy výslovnosti) a jejich součinnosti a integrace.

Důležitá je diferenciální diagnostika, která vyloučí mentální retardaci, duševní poruchu, sociální zanedbanost, jazykové dispozice – bilingvální výchova. I pokud se porucha učení objeví souběžně s jiným typem postižení nebo zanedbání, není jejich přímým následkem.

## PŘÍČINY

- Lehká mozková dysfunkce (poškození mozku v důsledku působení prenatálních, perinatálních nebo raně postnatálních vlivů) 50 % případů
- dědičná dispozice 20 % případů
- kombinace LMD a heredity asi v 15 % případů
- neurotické příčiny, problematická lateralita, jiné 15% (Pipeková, 1998)

### 10.4.1 Specifická porucha čtení – dyslexie

Dyslexie představuje téměř 95 % diagnostikovaných specifických vývojových poruch učení. Dyslexie je specifická porucha učení, která se projevuje neschopností naučit se číst běžnými výukovými metodami (přiměřenými rozumové úrovni).

Objevují se obtíže v rychlosti, správnosti, porozumění čtení. Říčan, Krejčířová (2006) rozlišují různé typy dyslexie, a to na podkladě percepčních deficitů, s převahou obtíží v motorické oblasti, na podkladě integračních obtíží, s poruchou dynamiky základních psychických procesů a z hlediska lateralizace mozkových hemisfér.

Dyslexie je omezení, které jinak i velmi nadaným dětem ztěžuje až znemožňuje dosahovat ve škole úspěchů srovnatelných s ostatními dětmi.

#### Dyslexie na podkladě percepčních deficitů

##### OSLABENÍ V OBLASTI SLUCHOVÉ PERCEPCE

Pro český jazyk má velký význam sluchová analýza a syntéza a sluchová diferenciacie, zvláště fonemický sluch.

Děti, které mají v této oblasti potíže, nedokážou rozdělit slova na slabiky a hlásky a složit je zpět. Komolí při čtení i psaní slova, hlavně delší se shlukem souhlásek, ale mohou mít potíže i s rozlišováním zvukově podobných hlásek a slabik ( a – e, p – b), tvrdé a měkké slabiky (di ti ni, dy ty ny), hlásky znělé a neznělé. Špatně slyšené hlásky se odrazí i v písemném projevu: píše to, co slyší. U dětí s deficitem ve sluchové percepci se objevuje artikulační neobratnost a specifické asimilace

##### OSLABENÍ V OBLASTI ZRAKOVÉ PERCEPCE

Dítě má potíže s rozpoznáním a zapamatováním si tvarů jednotlivých písmen. Při čtení a psaní dochází k záměně písmen tvarově podobných, které se liší ve směrovosti, např. b-d-p, m-n. Dítě se ve čteném textu očima špatně orientuje, čtení se jen obtížně stává automatickým procesem

#### Dyslexie s převahou obtíží v motorické oblasti

Může se jednat o poruchu plynulosti očních pohybů (pomáhá tzv. „čtenářské okénko), narušení pohybů jazyka (artikulační neobratnost, při níž dítě selhává při vyslovování celku, např. ve slovech se souhláskovými složeninami nebo složenými slovy), motoriky mluvidel, motoriky ruky. Technická stránka odčerpá tolik psychických sil a pozornosti, že pak unikají četné chyby v jevech, které dítě bezpečně zná.

### **Dyslexie na podkladě integračních obtíží**

U tohoto typu dyslexie je čtení narušeno nedokonalou a nepohotovou souhrnou jednotlivých funkcí a neschopností plynule převádět data z jedné modality do druhé (ze sluchové do zrakové). Čtení je těžkopádné, stále na „začátečnické“ úrovni, může číst bez porozumění, neumí si rychle vybavit, co jednotlivá slova znamenají, a tak váhá, zaráží se, je nejisté. (Říčan, Krejčířová, 2006)

### **Dyslexie související s poruchou dynamiky základních psychických procesů**

Podstatou vývojových poruch chování je porucha dynamiky základních psychických procesů, která se odrazí také při čtení a psaní.

DYSLEXIE U HYPERAKTIVNÍHO DÍTĚTE je projevuje tím, že dítě při čtení příliš spěchá, čte zbrkle, povrchně, nechává za sebou mnoho chyb, které by se ukázaly zbytečnými, kdybychom dítě dokázali přimět k lepší sebekontrolě a uplatnění znalostí a dovedností.

DYSLEXIE U HYPOAKTIVNÍHO DÍTĚTE způsobuje, že dítě v daném čase nestihne přečíst určený text, což bývá příčinou toho, že selhává v úkolech náročných na čas (diktáty, písemky). . (Říčan, Krejčířová, 2006)

### **Dyslexie z hlediska lateralizace mozkových hemisfér**

Porucha souhry mezi pravou a levou mozkovou hemisférou se může projevit mj. poruchami při čtení. Pokud rigidně převažuje jedna mozková hemisféra, může to zkomplikovat zvláště osvojování čtení. Jestliže na počátku čtenářského výcviku převažuje levá hemisféra, projeví se to tím, že děti čtou poměrně rychle, plynule, ale dělají mnoho chyb, protože jejich prostorově – percepční orientace v textu není dostatečná.

Pokud převažuje hemisféra pravá, dítě čte správně, ale příliš se soustředí na rozlišování jednotlivých písmen a ignoruje skutečnost, že písmena a slova jsou též abstraktní symboly. Čte hodně pomalu, vrací se, text tříští, nesyntetizuje, což může narušit rychlost čtení, správnost čtení, porozumění čtenému textu. . (Říčan, Krejčířová, 2006)

### **REEDUKACE DYSLEXIE**

Pro zlepšování čtenářských dovedností se doporučuje čtení s okénkem, záložkou, procvičování dílčích funkcí (motorika, percepce, paměť, orientace), pomocí bzučáku rozlišovat délku slabik, metoda barevných kostek (písmena jsou barevně odlišena), nebo využít různý materiál (např. pomocí měkkých a tvrdých kostek odlišovat tvrdé a měkké slabiky, i/y), používat tzv. stínové čtení, pracovat se zajímavými texty, Velmi vhodná je rytmizace, zpěv, mít mezi čtením přestávky, relaxovat, uvolnit se. Metoda obtahování (písmenko obtahuje a současně vyslovuje), metoda rozkládání slov, společné čtení, hra se slovy – vynechávání písmen (bobule – boule), přidávání písmen (křída – křídla), záměna písmen (čert – terč), rébusy (li 100 pad = listopad) mohou pomoci při reedukaci dyslexie, neboť čtenářské dovednosti jsou zcela nezbytné pro další rozvoj kognitivních schopností. (Říčan, Krejčířová, 2006)

#### **10.4.2 Specifická porucha psaní – dysgrafie**

Dysgrafie je specifická porucha grafického projevu, která postihuje celkovou úpravu písemného projevu. Charakteristické je křečovité, neuspořádané, těžkopádné a neúhledné písmo. Píší pomalu, namáhavě, mají špatné držení pera. Samotný proces psaní u nich vyžaduje velkou koncentraci pozornosti, nejsou schopni se soustředit na obsahovou i grafickou stránku projevu a dosahují horších výsledků, než odpovídá jejich intelektovým schopnostem. (Říčan, Krejčířová, 2006)

#### **REEDUKACE DYSGRAFIE**

Při reedukaci dysgrafie je důležité rozvíjení motoriky, koncentrace pozornosti a prostorové orientaci. Hrubou motoriku lze rozvíjet např. před začátkem psaní, v jeho průběhu cvičením paží, což v případě pravidelného cvičení uvolní ramenní kloub. Důraz je kladen na správné držení psacího náčiní. (Říčan, Krejčířová, 2006)

#### **10.4.3 Specifická porucha pravopisu – dysortografie**

Dysortografie je specifická porucha učení postihující pravopis, přestože jeho rozumové schopnosti jsou alespoň v mezích širší normy a dostává se mu odpovídajícího výukového vedení.

Nezahrnuje však celou gramatiku, vztahuje se převážně na tzv. specifické dysortografické jevy, kterými jsou rozlišování dlouhých a krátkých samohlásek, rozlišování slabik dy-di, ty-ti, ny-ni, rozlišování sykavek, přidávání a vynechávání písmen, popř. slabik, nezvládání hranic slov v písmu. Jedinec není schopen aplikovat i dobře osvojená pravopisná pravidla umí poučku, neumí použít, chybí cit pro jazyk. (Říčan, Krejčířová, 2006)

#### **REEDUKACE DYSORTOGRAFIE**

Důležité je zajistit komplexnost nápravné péče mezi žákem, školou, rodiči. Bývá doporučován zkrácený diktát (psát každou druhou větu), vizuální diktát (žák doplňuje vynechané pravopisné jevy), individuální diktát (v pomalém pracovním tempu) nebo diktát s použitím pomůcek (při nejistotě má možnost nahlédnout). (Říčan, Krejčířová, 2006)

#### **10.4.4 Specifická porucha počítání – dyskalkulie**

Dyskalkulie je specifická porucha učení postihující matematické schopnosti, přestože jeho rozumové schopnosti jsou alespoň v mezích širší normy a dostává se mu odpovídajícího výukového vedení.

#### **TYPY DYSKALKULIE**

Na zvládnutí matematických dovedností se podílí celá řada speciálních schopností a funkcí a podle toho, která z nich je narušena, rozděluje Košć (1972) verbální, praktognostickou, lexickou, grafickou, operační, ideognostickou dyskalkulii.

#### **VERBÁLNÍ DYSKALKULIE**

Jedná se o poruchu slovního označování množství a počtu předmětů, názvů číslic, číslovek, operačních znaků a matematických úkonů vůbec, nedokážou např. vyjmenovat řadu čísel.

#### PRAKTOGNOSTICKÁ DYSKALKULIE

Praktognostická dyskalkulie je porucha manipulace s konkrétními předměty nebo jejich symboly (číslice, operační znaménka, apod.). Nejsou schopni dospět k pochopení pojmu číslo, v geometrii potíže s řazením různě dlouhých předmětů podle velikosti, diferencovat geometrické tvary.

#### LEXICKÁ DYSKALKULIE

Lexická dyskalkulie je porucha čtení matematických symbolů (číslic, čísel, operačních znaků). Při nejtěžší formě této poruchy není jedinec schopen číst izolované číslice nebo jednoduché operační znaky. Při lehčí formě čte nesprávně vícemístné číslo s nulami uprostřed, zlomky, odmocniny, desetinná čísla, apod. Typické jsou inverze tvarově podobných čísel, římských číslic IV-VI, záměny čísel 21-12, čtení pouze číslic 2, 3, 8, místo čísla 238.

#### GRAFICKÁ DYSKALKULIE

Grafická dyskalkulie je porucha zápisu matematických symbolů (psaní číslic, operačních znaků, kreslení geometrických tvarů atd.). Jedinec má obtíže v psaní čísel v přiměřené a stejné velikosti, není schopen zápisu čísel podle diktátu, zápisu číslic v čísle ve správném pořadí, píše diktovanou číslovku jako slovo, není schopen zapsat čísla správně pod sebe podle jednotlivých řádů, je narušen zápis vícemístných čísel.

#### OPERAČNÍ DYSKALKULIE

Operační dyskalkulie je nejrozšířenější typ. Operační dyskalkulie se projevuje narušenou schopností provádět matematické operace. Operace zaměňují (hlavně sčítání za násobení a odčítání za dělení), při počítání delších řad čísel zaměňují desítky a jednotky při sčítání, záměny čitatele a jmenovatele, nahrazení složitějších operací jednoduššími. Porucha schopnosti provádět matematické operace, sčítat, odčítat, násobit, dělit, zvláště při počítání delších řad čísel. Záměny desítek, jednotek při sčítání, záměny čitatele a jmenovatele.

#### IDEOGNOSTICKÁ DYSKALKULIE

Ideognostická dyskalkulie je porucha chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi. Jedinec nedovede z paměti počítat příklady, které by vzhledem k rozumovým schopnostem a školnímu věku mělo. Potíže s řešením slovních úloh, protože neumí převést slovní zadání do systému čísel matematického zápisu.

#### 10.4.5 Dyspinxie

Specifická porucha kreslení, která je charakteristická nízkou úrovní kresby. Zachází s tužkou neobratně, nedokáže převést svoji představu z trojrozměrného prostoru na dvojrozměrný papír, potíže s pochopením perspektivy.



#### 10.4.6 Dymúzie

Specifická porucha hudebních schopností. Může se jednat o poruchu receptivní (neschopnost správně rozpoznat tóny a melodie, identifikovat jednotlivé hudební nástroje poslechem, nepamatuje si melodii a není schopno reprodukovat rytmus.) nebo poruchu expresivní (nesprávné hlasové vyjadřování tónů, melodií a písní, neobratnost např. v prstokladu nebo při zacházení se smyčcem).

#### 10.4.7 Dyspraxie

Specifická porucha obratnosti, schopnosti vykonávat složité úkoly. Tyto děti bývají pomalé, nešikovné, neupravené, jejich výrobky nevzhledné, často se vytváří nechuť k motorickým činnostem.

#### 10.4.8 Model péče o děti se specifickými vývojovými poruchami učení

V předškolním období je důležité podporovat hry na rozvíjení zrakové percepce, zrakové paměti, sluchové percepce, sluchové paměti, hry na rozvíjení pravolevé orientace, rytmické cvičení, cvičení jemné motoriky, analyticko-syntetické činnosti.

HLAVNÍ VÝCHOVNÉ ZÁSADY: podpora sebevědomí, trpělivost, klid, optimismus do budoucnosti, povzbuzení, pochvala, i za snahu, nenaučit špatně, málo a často; zájem dítěte, hodně pohybu, pracovat při plném soustředění, vyloučit rušivé podněty, hodnotit spravedlivě, ovzduší spolupráce, spokojenost.

Děti se specifickými poruchami učení navštěvují buď běžný typ základní školy, přičemž jejich učitelé jsou metodicky vedeni pedagogicko-psychologickou poradnou. Žáci mají možnost využít v rámci ZŠ individuální výuku, kterou zabezpečí speciální pedagog působící na škole nebo výchovný poradce. Rodiče by měli úzce spolupracovat na reedukaci poruchy. Další možnost vzdělávání jsou specializované třídy při běžném typu ZŠ nebo v nejtěžších případech tyto děti přijímají dětské psychiatrické léčebny.

### 10.5 SHRNU TÍ

Specifické poruchy učení jsou poruchy, které se projevují v oslabení určité činnosti nezbytné pro zvládnutí školních požadavků. Nejčastěji se vyskytující dyslexie může být zapříčiněna narušením dílčích funkcí, na které je třeba zaměřit reedukaci. Ve školách se objevuje také mnoho dysgrafiků, dysortografiků. Dyskalkulie je také různého typu a je velmi pravděpodobné, že tato specifická porucha učení často nebývá diagnostikována. Jedná se však o celoživotní znevýhodnění, proto je velmi důležitá včasná diagnostika a reedukace.

### 10.6 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jaký je rozdíl mezi dyslexií na podkladě percepčních deficitů a dyslexií na podkladě integračních obtíží?
2. Vyjmenujte alespoň 5 reedukačních metod dyslexie.
3. V čem se liší dysortografik a dítě, které je intelektově podprůměrné ve výkonech v českém jazyce?

## 10.7 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Potíže s dyslexií nejsou pouze ve čtení. Připravte zásady pro práci s dyslektikem pro předměty matematika, český jazyk, cizí jazyk, naukové předměty. Rozsah min. 2 NS.
2. Popište podrobněji metody reedukace dyslexie.

## 10.8 ZDROJE

BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. (EDS.) Přístupy ke vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení na základní škole: sborník z konference s mezinárodní účastí. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-150-8.

BARTOŇOVÁ, Miroslava a PIPEKOVÁ, Jarmila. *Manuál pro pedagogickou praxi: teorie a praxe*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 141 s. ISBN 978-80-210-5497-4.

BUREŠOVÁ, Jarmila. *Povíme vám o dysortografii a dysgrafii: průvodce pro rodinu a přátele*. 1. vydání. Brno: Edika, 2017. 87 stran. Tipy pro odborníky. ISBN 978-80-266-1106-6.

JANDERKOVÁ, Dita et al. *SPU a ADHD*. Praha: Raabe, [2016], ©2016. 144 stran. Dobrá škola. Žák s SVP; 3. ISBN 978-80-7496-215-8.

JUCOVIČOVÁ, D. *Dysgrafie*. 2., rozš. vyd. Praha: D+H, 2009. ISBN 978-80-903869-9-0.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a ŽÁČKOVÁ, Hana. *Jak se učit s dítětem se specifickou poruchou učení a s poruchou pozornosti?: určeno žákům a studentům se specifickými poruchami učení a s poruchou pozornosti a jejich rodičům a učitelům*. Vydání první. Praha: Jucovičová Drahomíra PaedDr. - nakladatelství D + H, 2015. 164 stran. ISBN 978-80-87295-18-2.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. *Reedukace specifických poruch učení u dětí*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. 175 s. Speciální pedagogika. ISBN 978-80-262-0645-3. *Specifické poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie*. 1. vyd. Brno: Edika, 2014. 248 s. Rádce pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0600-0.

KOŠČ, Ladislav. *Vývinová dyskalkulia jako porucha matematických schopností v detském věku*. Praha: SPN, 1972. 65 s.

NEUBAUER, Karel a kol. *Kontexty vývojových poruch řečové komunikace a specifických poruch učení*. Vydání: první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. 137 stran. Recenzované monografie; 79. ISBN 978-80-7435-643-8. MICHALOVÁ, Zdeňka. *Specifické poruchy učení*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2016. 298 stran. ISBN 978-80-7311-166-3.

NEUBAUER, Karel a kol. *Žáci s poruchami učení a řečové komunikace v programu základní školy*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. 114 stran. ISBN 978-80-7465-261-5.

NOVÁK, Josef. *Dyskalkulie : metodika rozvíjení základních početních dovedností*. Vyd. 3., zcela přeprac., rozš. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2004. ISBN 80-7311-029-6.

PALOUNKOVÁ, Zuzana. *Dyspraxie, aneb, Vývojová porucha koordinace*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2014. 93 s. ISBN 978-80-7494-163-4.

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

ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SIMON, Hendrik. *Dyskalkulie: jak pomáhat dětem, které mají potíže s početnými úlohami*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 166 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-104-2.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta, ŠPAČKOVÁ, Klára a NECHLEBOVÁ, Eva. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 248 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4369-1.

ZELINKOVÁ, Olga a ČEDÍK, Miloslav. *Mám dyslexii: průvodce pro dospívající a dospělé se specifickými poruchami učení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 139 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0349-0.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vyd. 12. Praha: Portál, 2015. 263 s. ISBN 978-80-262-0875-4.

[http://vzdelavani-dvpp.eu/download/opory/final/16\\_jucovicova.pdf](http://vzdelavani-dvpp.eu/download/opory/final/16_jucovicova.pdf)

## 10.9 PRO ZÁJEMCE

Vyhledejte v odborné literatuře možnosti diagnostiky specifických poruch učení a zpracujte v rozsahu min. 2 NS.

## 11 KOMBINOVANÁ POSTIŽENÍ

### 11.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V této kapitole se seznámíte s problematikou kategorizace osob s vícenásobným postižením. Pochopíte rozdíl mezi alternativní a augmentativní komunikací a podstatu dělení komunikace podle způsobu přenosu informace, podle druhu senzorního kanálu, který informaci zprostředkovává, podle konečnosti počtu znaků a podle využitelnosti speciálních pomůcek.

### 11.2 CÍLE KAPITOLY

Student bude seznámen s problematikou kategorizace osob s vícenásobným postižením. Pochopí rozdíl mezi alternativní a augmentativní komunikací. Pochopí podstatu dělení komunikace podle způsobu přenosu informace, podle druhu senzorního kanálu, který informaci zprostředkovává, podle konečnosti počtu znaků a podle využitelnosti speciálních pomůcek. Bude schopen uvést příklady jednotlivých metod alternativní a augmentativní komunikace, umět vysvětlit jejich podstatu a aplikaci u konkrétních typů kombinovaného postižení.

### 11.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Augmentativní komunikace, alternativní komunikační systémy, Usherův syndrom, Patauův syndrom, Lormova abeceda, Tahoma

### 11.4 VÝKLADOVÁ ČÁST

„Vícenásobné postižení je multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který je důsledkem součinnosti participujících postižení nebo narušení. Jejich interakcí a vzájemným překrýváním vzniká tzv. „synergický efekt“, tj. nová kvalita postižení odlišná od jednoduchého součtu přítomných postižení a narušení. se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele.“ (Ludíková, 2005, s. 9)

Většina jedinců s kombinovaným postižením se neobejde bez kompenzačních pomůcek, je třeba při výchově a vzdělávání aplikovat individuální přístup, používat speciální metody práce, speciálně pedagogické postupy a intervence, které jsou zaměřeny na optimální rozvoj jedince s postižením a v konečném důsledku na jeho socializaci. Cíl vzdělávání osob s kombinovanými vadami lze charakterizovat jako snahu o maximálně možný rozvoj osobnosti každého jedince. Cílem je dosažení adekvátního stupně vzdělání a zapojení do společnosti intaktních osob, přičemž musí být respektovány jeho individuální potřeby, které vyplývají zejména z charakteru kombinované vady, ale i dalších ovlivňujících faktorů. Cílem veškerého působení musí být multifaktoriální, prostřednictvím všech možných vstupů a za spolupráce odborníků z různých oborů, je dosažení co nejvyššího stupně socializace jedince s vícenásobným postižením. (Jesenský, 2000)

### 11.5 Definování cílové skupiny

Vymezení jednotlivých kategorií je složité, dodnes neexistuje jednotná klasifikace. Existuje mnoho různých variant kombinací postižení, různého stupně a hloubky. Lányiová (podle Ludíková, 2005) rozlišuje dvě skupiny:

- jedince, u kterých dochází k vrstvení postižení, tedy původně existovalo jedno primární postižení, ke kterému se v průběhu vývoje přidalo sekundární postižení
- jedinci s více primárními postiženími, přičemž nesmíme uvažovat v rovině sumarizace následků jednotlivých postižení, ale o nové kvalitě.

Jesenský (2000) používá pro členění kombinovaných postižení principu dominantního postižení:

- slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení,
- mentální postižení s tělesným postižením,
- mentální postižení se sluchovým postižením,
- mentální postižení s chorobou,
- mentální postižení se zrakovým postižením,
- mentální postižení s obtížnou vychovatelností,
- smyslové a tělesné postižení,
- postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou.

Ludíková (2005) se přiklání k obecnější a širší kategorizaci Vaška, který osoby s kombinovanými vadami člení do tří symptomatologicky příbuzných skupin:

- mentálně postižení s dalším(i) postižením(i),
- slepohluchota,
- poruchy chování v kombinaci s dalším(i) postižením(i) či narušením(i).

Kombinovat se mohou:

- závažnější stupně postižení, poruch nebo narušení,
- jejich lehčí stupně navzájem nebo s těžšími stupni
- může jít o kombinaci postižení s nadáním nebo talentem. (Renotiérová, Ludíková, 2006)

Příčiny vzniku kombinovaných vad

- dědičné faktory, genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční poruchy, mechanické poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí, psychické faktory, trauma apod.
- vrozené získané, záleží na vnějších podmínkách i na vnitřní způsobilosti překonávat potíže; důsledky mozkových příhod, postupující sklerotické změny, počátky demence
- spojení vrozeného a získaného handicapu (narodí se s nějakou vadou např. v oblasti pohybové a protože se s ní nedovede vyrovnat, stává se neurotickým). (Renotiérová, Ludíková, 2006)

Mezi diagnózy, které predikují výskyt vícenásobného postižení patří DMO, fetální alkoholový syndrom, Downův syndrom a další.

### 11.5.1 Komunikace osob s kombinovanými vadami

Komunikace je významnou lidskou potřebou, která ovlivňuje rozvoj osobnosti člověka, možnosti jeho vzdělávání a socializace. Kombinovaná vada je podle Ludíkové (2005) limitující faktor, který ovlivňuje komunikaci. Dochází u nich často k narušení (nebo až znemožnění) komunikačního procesu. Mnoho osob je odkázáno na systémy alternativní a augmentativní komunikace (AAK). „AAK mají za úkol minimalizovat možnost vzniku komunikačního deficitu a vytvořit nový podpůrný či náhradní komunikační kanál, jenž umožní jedincům s narušenou komunikační schopností stát se rovnocennými komunikačními partnery.“ (Ludíková, 2005, s. 16) Rozvoj těchto systémů nastal až v 90. letech 20. století.

### 11.5.2 Augmentativní (doplňková) komunikace

(z lat. augmentace – rozšiřovat)

Augmentativní komunikace slouží k doplnění a podpoře rozvoje již existujících, ale pro běžné dorozumívací potřeby nedostatečně rozvinuté komunikační kompetence. (např. pro využití orální řeči). (Ludíková, 2005)

#### ALTERNATIVNÍ (NÁHRADNÍ) KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY

Alternativní systémy se používají jako náhrada nejobvyklejšího komunikačního kódu – přirozeného jazyka.

#### Dělení AAK

Z hlediska způsobu přenosu informace:

- statické (např. piktogramy, Bliss systém..)
- dynamické (založeny na aplikaci znaků a gest, např. znaková řeč, Makaton..)

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..)

Podle konečnosti počtu znaků:

- uzavřené (znak má vždy jeden a týž slovní i obsahový význam)
- otevřené (nekonečný počet znaků, jejich kombinací vznikají nové významy)

Podle využitelnosti speciálních pomůcek:

- bez pomůcek (používají neverbální komunikaci)
- s pomůckami (předměty, fotografie, symboly..)
- jiné typy (speciálně upravené klávesnice, dotekové obrazovky.) (Ludíková, 2005)

### PŘÍKLADY NĚKTERÝCH AAK

#### Piktogramy

Piktogram je zjednodušené zobrazení osob, věcí, činností, vlastností, představ, pocitů a vztahů. V ČR se užívá systém asi 700 obrazových piktogramů, využívaný převážně v zemích severní Evropy. Piktogramy se užívá při komunikaci s jedinci s těžkým mentálním postižením, těžkým tělesným postižením nebo autismem. (Ludíková, 2005)

### **Systém BLISS**

Systém, který se skládá z poměrně abstraktních symbolů, geometrických tvarů, jejichž různá velikost, orientace a poloha demonstrují i diferencované pojmenování. „Symboly BLISS můžeme charakterizovat buď jako piktogramy (obrázkové znaky, které znázorňují předmět, děj nebo sdělení) nebo jako ideogramy (znaky označující pojem, který má význam bez ohledu na jejich pojmenování.“ (Ludíková, 2005, s. 19)

Symboly jsou sestaveny z 26 jednoduchých grafických (geometrických) prvků, které se zpracovávají do individuálních komunikačních tabulek. Příklad tvorby jednoduché věty (viz. obr.)

Užití systému BLISS pro jedince s poruchou komunikace osob s centrálními poruchami motoriky, s dysartrií, anartrií, afatiky, autisty, mentálně postižené. (Janovcová, 2003)

### **Komunikační systém MAKATON**

Je užíván při komunikaci s neslyšícími, mentálně postiženými, po cévních mozkových příhodách, ale i u dětí se specifickými vývojovými poruchami, pokud se hledá cesta k objasňování pojmů.

Základem je 350 znaků, přičemž se využívá systému manuálních znaků (jednou nebo oběma rukama) a grafických symbolů (k doplnění). U malých dětí se využívá fotografií. Znakování je doprovázeno mluvenou řečí, obsah je dotvářen mimickými prvky, modulací hlasu a kontextem situace. Při výuce se postupuje se v 8 etapách, 9. etapa je individuální slovník. MAKATON je jednotný a mezinárodní. (Janovcová, 2003)

### **11.5.3 Slepohluchota**

Kombinací smyslových postižení vznikne velmi těžké postižení, hluchoslepota. Způsobuje především potíže při komunikaci, prostorové orientaci a samostatném pohybu, sebeobsluze a přístupu k informacím. Potřeba specifických úprav prostředí, speciálních metod, postupů, pomůcek, je závislá na vzniku smyslového postižení v prelingválním či postlingválním stádiu řeči, stupni sluchového a zrakového postižení, přítomnosti případného dalšího postižení.

Osoby s hluchoslepotou jsou rozlišovány do 4 základních skupin:

- osoby se souběžným postižením zraku a sluchu od narození nebo raného dětství
- nevidomí od narození nebo raného dětství se získaným postižením sluchu
- neslyšící od narození nebo raného dětství se získaným postižením zraku
- osoby se získaným postižením zraku a sluchu během života, které má významný funkční dopad.

### **PŘÍČINY VZNIKU HLUCHOSLEPOTY**

- genetické příčiny

Nejčastější (až 50 % všech případů) je Usherův syndrom, který postihuje současně zrak a sluch, v některých případech narušuje rovnováhu těla.

**ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ** (odumíráním částí očních buněk dochází k zúžení zorného pole (tunelové vidění) a snižují se schopnosti oka reagovat na změny světla) se během dětství a dospívání výrazně zhoršuje, může končit až totální slepotou.

**SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ** v různých stupních závažnosti je obvykle prvním diagnostickým příznakem syndromu. Léčba Usherova syndromu zatím neexistuje, protože nejsou známy příčiny, které vedou ke vzniku výše popsaných poruch.

- další příčiny vrozené hluchoslepoty:

- zarděnky (rubeola)
- předčasný porod s umístěním dítěte do inkubátoru (novorozenecká retinopatie, poškození sluchového orgánu a další malformace novorozence).
- syphilis – pohlavní chorobou své matky může být dítě infikováno nitroděložně či při průchodu porodními cestami. Projevem choroby bývá slepota, progresivní zánět očí, hluchota, v některých případech i mentální retardace.
- toxoplazmóza – jedinec, infikovaný především v druhé polovině těhotenství, trpí slepotou, hluchotou, často bývá přidružen mikrocefalus, mentální retardace a poškození jater.
- Patauův syndrom – trizomií 13. páru chromozomů se projevuje zejména v anoftalmii (dítě se narodí bez očí), rozštěpu rtu i patra, volných kloubů palců u rukou, volnou kůží v záhybech. Zahrnuje polydaktylii (mnohost prstů), vrozené vady srdce, v některých případech anomálie vnitřních orgánů, hluchotu, slepotu, mikrocefalus, mentální retardaci.

- další příčiny po narození:

- infekční onemocnění, úrazy, progresivní zrakových a sluchových vad, infekční meningitida. (Renotierová, Ludíková, 2006)

## **KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM OSOB S HLUCHOSLEPOTOU**

Způsob komunikace s hluchoslepým člověkem závisí především na rozsahu jeho postižení, nezbytným předpokladem je také doba vzniku postižení. Mezi nejčastěji užívané komunikační systémy hluchoslepých osob patří:

### **MLUVENÁ ŘEČ**

Velmi častý způsob komunikace u osob se získanou hluchoslepotou se zbytky sluchu. Při komunikaci je nutné mluvit pomalu a zřetelně, sluch je často kompenzován sluchadly.

### **PSANÁ FORMA**

Komunikaci písemnou formou využívají hluchoslepe osoby se zbytky zraku a sluchu prostřednictvím psaného textu, počítače a mobilního či psacího telefonu pro neslyšící. Psaná forma se využívá také v situacích, kde nejsou respektovány specifické podmínky pro komunikaci.

### **ZNAKOVÝ JAZYK**

Jde o komunikační prostředek vhodný pro hluchoslepe se zbytky zraku, kteří doposud využívali znakový jazyk. Systém je tvořen pohybovými a mimickými, přirozenými i



konvenčně dohodnutými výrazovými prostředky, jejichž podstata spočívá v pohybech a konfiguraci rukou a prstů.

#### TAKTILNÍ ZNAKOVÝ JAZYK

Metoda je vhodná pro osoby s praktickou nebo totální hluchoslepotou. Základem komunikace je spojení rukou hluchoslepe osoby s osobou, která znakuje. Jednotlivé znaky vycházejí ze znakového jazyka pro neslyšící, pro tuto techniku jsou však upraveny dle potřeb hluchoslepých.

#### BRAILLOVO PÍSMO

Písmo je určeno hluchoslepým osobám s praktickou či totální slepotou. Kombinace šesti bodů ve dvou sloupcích o třech řádcích tvoří jednotlivá písmena, která se čtou pomocí hmatu.

#### TISKACÍ PÍSMENA PSANÁ DO DLANĚ

Tato forma dorozumívání je využívána hluchoslepými se ztrátou zraku a sluchu v pozdějším věku. Do dlaně hluchoslepeho člověka se vpisují obrysy velkých tiskacích písmen.

#### PRSTOVÁ ABECEDA (DAKTYLOTIKA)

Jedná se o komunikační systém pro hluchoslepe osoby se zachovalými zbytky zraku, nutným předpokladem je znalost latinské abecedy a českého jazyka. Abeceda využívá různých poloh a tvary prstů k vyjádření jednotlivých písmen, hlásky se spojují do slov stejně jako v mluvené řeči. V České republice se používá prstová abeceda jednoruční nebo obouruční.

#### DAKTYLOTIKA DO DLANĚ

Upravenou prstovou abecedu neznačí osoba do prostoru, ale umisťuje do dlaně hluchoslepeho.

#### TADOMA

Vibrační metoda užívaná osobami s vrozenou hluchoslepotou, založená na odhmatávání vibrací hlasivek, pohybů dolní čelisti, rtů a tváří mluvčího. Hluchoslepý má svoji ruku položenou na tváři mluvčího tak, aby malíčkem vnímal vibrace hrdla, palcem pohyby rtů a ostatními prsty tvář.

#### LORMOVA ABECEDA

Dlaňová abeceda je vhodná především pro prakticky či totálně hluchoslepe osoby. Jednotlivé doteky do dlaně hluchoslepe osoby odpovídají konkrétním písmenům.

#### ODEZÍRÁNÍ

Jde o méně využívanou formu komunikace, pro čtení ze rtů musí mít hluchoslepá osoba zachované velmi dobré zbytky zraku.

Výběr jednotlivých dorozumívacích systémů je zcela individuální, jejich volba záleží na době vzniku postižení, na převažující smyslové vadě, na věku, vývojové úrovni a na psychickém a fyzickém stavu hluchoslepe osoby. (Renotíerová, Ludíková, 2006; Suralová, 2000)

### 11.5.4 Instituce a školská zařízení

Žáci s více vadami se mohou vzdělávat v základních školách a ve speciálních školách, které svým zaměřením odpovídají potřebám vyplývajícím z jejich nejzávažnějšího postižení (Školský zákon č.561/2004 Sb., Vyhláška č.73/2005 Sb., Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání, 2005 ).

#### **Mezi instituce a školská zařízení pro hluchoslepe děti patří:**

Záblesk – sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí( [www.zablesk.olomouc.com](http://www.zablesk.olomouc.com) )

Mateřská a základní škola pro sluchově postižené – Olomouc

Mateřská škola pro děti s více vadami – Beroun

Pro dospělé hluchoslepé osoby existují další organizace, např. Lorm ([www.lorm.cz](http://www.lorm.cz)), VIA – sdružení hluchoslepých ([www.via.cz](http://www.via.cz)), Klub přátel červenobílé hole

## 11.6 SHRNUÍ

Zlepšování zdravotnické péče s sebou přináší i odvrácenou stranu – přibývá dětí s těžkým kombinovaným postižením, kterým je třeba poskytnout odpovídající péči a umožnit jim socializaci do společnosti. Klasifikace této skupiny není prozatím jednotná, ale v každém případě platí, že kombinací postižení se důsledky jednotlivých poruch nesčítají, ale vytvářejí novou kvalitu. V textu se podrobněji zabýváme hluchoslepotou mj. také z toho důvodu, že péče o slepohluché děti se začala rozvíjet až od roku 1990. Děti s kombinovaným postižením mají často potíže s komunikací, proto byly rozvinuty systémy alternativní a augmentativní komunikace. Výchova a vzdělávání je ovlivněno druhem postižení, jeho stupněm, věkem, kdy k postižení došlo a podmínkami, v nichž se jedinec rozvíjí.

## 11.7 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Podle jakých kritérií můžeme členit vícečetné postižení?
2. Jaké jsou příčiny vícečetného postižení? Jaké jsou příčiny slepohluchoty?
3. Jaký je rozdíl mezi alternativním a augmentativním komunikačním systémem?
4. Jaké znáte alternativní komunikační systémy?
5. Jaké znáte augmentativní komunikační systémy?

## 11.8 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Vyhledejte více informací o min. 3 metodách AAK, např. Lormově abecedě, znaku do řeči, metodě tiskací písmena psaných do dlaně. Vždy zjistěte podstatu metody, cílovou skupinu, popis metody a postup při nácviku, její omezení.
2. Popište širěji psychologické zvláštnosti, postup výchovy a rozvoje dítěte slepohluchého (v rozsahu 2 NS).

## 11.9 ZDROJE

FISCHER, S., ŠKODA, J. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

JANOVCOVÁ, Z. Alternativní a augmentativní komunikace. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.

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

KUBOVÁ, L. Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí : [metodická příručka]. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.

KUBOVÁ, L. Piktogramy: metodická příručka. Praha: Tech-market, 1997. ISBN 80-86114-00-7.

KUBOVÁ, L. Piktogramy: učebnice. Praha: Tech-market, 1997. ISBN 80-902134-9-9.

KUBOVÁ, L., PAVELOVÁ, Z., RÁDKOVÁ, I. Znak do řeči. Praha: Tech-market, 1999. ISBN 80-86114-23-6.

LUDÍKOVÁ, L. Kombinované vady, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. Speciální pedagogika. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SOURALOVÁ, E. Vzdělávání hluchoslepých II. Praha: Scientia, 2000. ISBN 80-7183-226-X.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

<http://www.alternativnikomunikace.cz/>

### **11.10 PRO ZÁJEMCE**

Vyhledejte zahraniční výzkum, který se váže ke komunikaci matky/ rodiny a dítěte s vícečetným postižením a popište jeho strukturu a výsledky. Rozsah 2 NS (s odkazem na zahraniční zdroj).

## 12 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

### 12.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Po prostudování kapitoly student bude schopen propojit předchozí znalosti z psychiatrie o pervazivních vývojových poruchách se zásadami péče a komunikace s jedinci s poruchami autistického spektra. Bude mít přehled o nejčastějších typech autismu a vzájemně je bude umět od sebe odlišit.

### 12.2 CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly **budete umět** definovat pervazivní vývojové poruchy, ukotvit základní diagnostickou triádu v popisu jednotlivých onemocnění a rozlišit mezi dětským autismem a Aspergerovým syndromem. **Získáte** přehled o pervazivních poruchách a představu o možnostech práce s těmito jedinci. **Budete schopni** rozvíjet možnosti práce s těmito jedinci, identifikovat jejich potřeby a vhodné metody začlenění a komunikace.

### 12.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Pervazivní vývojové poruchy, organické poškození mozku, rituály, stereotypie, dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom; zásady při práci s autistou.

### 12.4 VÝKLADOVÁ ČÁST

Pojem autismus (z řec. autos – sám, ismus – orientace) byl poprvé použit na poč. 20. století v souvislosti se schizofrenií.

V současné době narůstá počet dětí s autismem. Podle Lechty (2010) se tak nestalo kvůli tomu, že by se významně zvyšovalo procento jeho výskytu, ale proto, že se zlepšila speciálně pedagogická a psychologická diagnostika těchto poruch.

MKN – 10 (2009) definuje „pervazivní vývojové poruchy jako skupinu poruch, pro které je typické kvalitativní porušení reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezený, stereotypní a opakující se soubor zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.“ (MKN – 10, 2009, s. 241) Do této skupiny jsou řazeny:

- Dětský autismus (F 84.0)
- Atypický autismus (F 84.1)
- Rettův syndrom (F 84.2)
- Jiná dětská dezintegrační porucha (F 84.3)
- Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F 84.4)
- Aspergerův syndrom (F 84.5)
- Jiné pervazivní vývojové poruchy (F 84.8)
- Pervazivní vývojová porucha NS. (F 84.9)

### 12.4.1 Diagnostika

Poruchy autistického spektra zasahují podle **Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch** (Americká psychiatrická asociace) tři oblasti:

- sociální interakce,
- komunikace,
- aktivity a zájmy, stereotypní chování, představivost.

Pro splnění diagnózy autismus musí být splněna dvě kritéria první kategorie, dvě kritéria druhé kategorie a jedno kritérium třetí kategorie.

#### **Sociální interakce:**

- neporozumění výrazům obličeje a sociálním gestům,
- nezájem o lidi a upřednostnění samoty,
- vyhýbání se očnímu kontaktu,
- používání cizí ruky při dosahování na určitou věc,
- téměř žádné herní dovednosti,
- nenavazování a nerozvíjení sociálních kontaktů s vrstevníky.

#### **Komunikace:**

- monotónní řeč bez intonace,
- opakování slov a vět (echolálie),
- neschopnost pochopit abstraktní pojmy,
- nedostatky v nápodobě a variacích použití jazyka,
- nesprávné používání zájmen.

#### **Aktivity a zájmy, stereotypní chování, představivost:**

- zaměření na určitý vzorec chování, rutinní činnost a snahu o jejich neměnnost,
- stereotypní chování, např. plácání rukama, tleskání, kolébání a otáčení těla, grimasování, pozorování třepetajících rukou,
- přehnaný zájem o taktilní předměty nebo naopak jejich odmítání,
- při hře s hračkami zaměření se na část předmětu, neobvyklá hra,
- chuťová a čichová přecitlivělost,
- přehnaná reakce na zvuky, buď žádná, nebo přílišná,
- abnormální zraková stimulace, například rovnání předmětů do řady, obliba určité konfigurace čísel či písmen, zírání do světla (Richman, 2006).

### 12.4.2 Dětský autismus

Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Podle Wingové (podle Lechta, 2010) je pro dětský autismus příznačné postižení tří oblastí: „kvalitativní narušení reciproční sociální interakce, kvalitativní narušení komunikační schopnosti a omezené, repetitivní a stereotypní vzorce chování. Tyto okruhy autorka nazvala triádou postižení. (Lechta, 2010, s. 268)

## **PŘÍČINY DĚTSKÉHO AUTISMU**

Vzniká jako důsledek organického poškození mozku, tedy porucha vznikající na neurobiologickém podkladě. Je pravděpodobný, že se podílí více příčin najednou, ale je jisté, že není podmíněn sociokulturně, protože je jeho výskyt ve většině zemí stejný.

Genetická podmíněnost byla opakovaně potvrzena. Rodiče těchto dětí měli určité nápadnosti v komunikaci, tendence k izolaci, rigiditě. Na rozvoj této poruchy mohou mít vliv geny X na 7, 11, 15 a 16. chromozomu.

Dalšími příčinami jsou prenatální vlivy, např. intrauterinní infekce.

## **PROJEVY DĚTSKÉHO AUTISMU**

Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy (málo symptomů) až po těžkou (velké množství symptomů). Problémy se musí projevit v každé části základní diagnostické triády. Autismus je v podstatě syndrom, který se diagnostikuje na základě projevů chování.

Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj dítěte je díky tomuto handicapu narušen hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti.

Projevuje se buď od dětství, nebo v raném věku (do 36 měsíců). Porucha určitých mozkových funkcí způsobí, že dítě nedokáže správným způsobem vyhodnocovat informace (senzorické, jazykové).

Lidé s autismem pak mívají výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a obtížně zvládají běžné sociální dovednosti. Objevuje se např. výrazné postižení ve schopnosti iniciovat nebo pokračovat v konverzaci s ostatními navzdory existenci adekvátní řeči, dítě není schopno si spontánně hrát ani imitovat ve hře sociální situaci tak, aby to odpovídalo jeho věku.

Cílem speciální pedagogiky je naučit jedince chápat účel komunikace, naučit se znát sílu komunikace. Slova jsou jen slova, obrázky jen obrázky, předměty jsou jen předměty. To, že všechny tyto symboly mají sloužit ke komunikaci, se musí speciálně naučit. Komunikace s lidmi s autismem nemusí být jen pomocí slov, tedy verbální. Lze využít komunikaci motorickou, předmětovou, pomocí gest a prostřednictvím znaků, obrázkovou (fotografie, kresby), atd. Dětem nejlépe vyhovuje komunikace pomocí trojrozměrných předmětů, dvojrozměrných ilustrací (obrázky, fotografie, kresby), psaným či tištěným slovem. (Renotiérová, Ludíková, 2006, MKN – 10, 2009)

### **12.4.3 Atypický autismus**

Podle MKN – 10 (2009, s. 242) se tento typ pervazivní vývojové poruchy odlišuje od dětského autismu buď „věkem začátku (vývoj narušen až po 3. roce věku), nebo tím, že nespĺňuje všechny tři skupiny požadavků pro diagnostická kritéria (porucha reciproční sociální interakce, porucha komunikace a opakující se omezené stereotypní chování) i přes přítomnost charakteristických abnormalit v jiných oblastech.“ Abnormní vývoj je zaznamenán ve všech třech oblastech diagnostické triády, nicméně způsob vyjádření, tíže a frekvence symptomů nenapĺňují diagnostická kritéria nebo jedna oblast z diagnostické triády není výrazně narušena.

Děti s atypickým autismem mají některé oblasti vývoje méně narušeny než děti s klasickým autismem, může se jednat o lepší sociální či komunikační dovednosti nebo chybí stereotypní zájmy. U těchto dětí se dříve mluvilo o tzv. autistických rysech. Vývoj dílčích dovedností je u těchto dětí značně nerovnoměrný. Z hlediska náročnosti péče a potřeby intervence se atypický autismus neliší od dětského autismu.

#### **12.4.4 Rettův syndrom**

Jedná se o syndrom doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má pervazivní (všepřonikající) dopad na somatické, motorické i psychické funkce. Příčina Rettova syndromu je genová mutace, má mnoho podob, postihuje pouze děvčata a objevuje se ve věku 7-24 měsíců.

Podle MKN – 10 postupně dochází k částečné nebo pozvolné ztrátě řeči, objeví se porucha obratnosti při chůzi a užívání rukou (ztráta účelných pohybů rukou), stereotypní kroutivé pohyby rukou, zástava růstu hlavy, spontánní hyperventilace. Je zastaven vývoj hraní a vývoj sociální, ale sociální zájmy mají tendenci se udržovat. Téměř vždy končí těžkou mentální retardací. (MKN-10, 2009)

#### **12.4.5 Aspergerův syndrom**

Jedinci s Aspergerovým syndromem mívají podobné problémy jako děti s autismem, a to zvláště v oblasti kvalitativního porušení reciproční sociální interakce s opakujícím se omezeným, stereotypním repertoárem zájmů a aktivit (mimořádné zaujetí předměty). Liší se od autismu hlavně tím, že není opoždění ve vývoji řeči a kognitivních schopnostech.

Intelektově jsou dobře vybavené, některé jsou i výrazně nadané (naučí se samy číst, rozeznávají brzy číslice či písmena, umí citovat z encyklopedií, hrají šachy, ovládají počítač, mají vynikající mechanickou paměť). V pěti letech odpovídá slovní zásoba a schopnost vyjadřování věku, i když řeč některých dětí je příliš formální a připomíná mluvu dospělých. Lechta (2010) uvádí, že u dětí s Aspergerovým syndromem je narušena pragmatická stránka komunikace, která se projevuje tím, že řeč neslouží k výměně informací, nelze s jedincem běžně konverzovat. Mají potíže s chápáním humoru, ironie, metafor, nadsázky.

Děti s Aspergerovým syndromem mívají problémy v chápání sociálních situací, obtížně se vžívají do myšlení a pocitů druhých lidí. Tato porucha je často spojena se značnou nemotorností. Abnormality mají velkou tendenci přetrvávat do dospívání a dospělosti. V časně dospělosti se občas vyskytují psychotické epizody. (Renotierová, Ludíková, 2006; MKN – 10, 2009)

#### **12.4.6 Terapie a vzdělávání dětí s autismem nebo dalšími pervazivními vývojovými poruchami**

U jedinců s těmito poruchami je nejdůležitější rodinná péče a provázaná spolupráce rodiny a odborníků. Významná je týmová práce (lékaři – neurolog, dětský psychiatr, dále psycholog, speciální pedagog, pedagogové mateřských a základních škol, asistenti). Při výchově a vzdělávání je důležité poradenství ze strany speciálně pedagogických center a pedagogicko

psychologických poraden, v dalším životním období mohou využívat konzultací u neziskových organizací (APLA, Autistik). (Lechta, 2010)

Vzdělávání musí být individualizované, musí být stanoven cíl, kterého má jedinec pomocí sestaveného individuálního vzdělávacího plánu dosáhnout při respektování individuálních zvláštností a potřeb. Vzhledem ke specifčnosti osobnosti těchto jedinců by se podle Lechty (2010) měly uplatňovat různé způsoby organizace vyučování, např. členění vyučovací hodiny do menších úseků, blokovým vyučováním, přestávkami. Důležité je dodržovat stanovený harmonogram, protože na jakékoli vybočení mohou reagovat negativismem, zlostí, rozladěním. Lechta (2010) uvádí několik zásad, které je třeba ve výchovně-vzdělávacím procesu dodržovat:

dítě má problémy se zpracováním mluvené řeči	mluvené instrukce doprovázet písemnou nebo vizuální demonstrací
musí být jasně vyjádřeny nároky na chování	definovat, co je považováno za správné chování (nemělo by se komentovat, co je nevhodné, tedy vymežit negativně)
může být hypersenzitivní na určité podněty, zvláště sluchové	nečekané zvuky mohou způsobit velmi nečekané reakce, snižovat riziko vysvětlováním předem
potřeba organizace prostředí	uspořádat tak, aby pro něj představovalo jistotu; stabilita poskytuje jistotu a předvídatelnost
potíže se spontánním vyjadřováním se (vyjádřit vlastní názor, výběr z možností..)	mít připraveny nouzové návody na řešení situace formou jednoduchého postupu ve vizuální formě (Co dělat, když se cítím špatně)
spontánně nezobecňuje naučené (neumí přenášet zobecněné z předmětu do předmětu, jiné situace)	neustále zobecněnou zkušenost používat v přirozených situacích, nikoli pouze uměle opakovat
může mít potíže se zpracováním určitých podnětů	je třeba to respektovat nebo jej předem na situaci upozornit
může mít zvláštní zájmy, v nichž vyniká	Využít jako prostředek k interakci se spolužáky

(volně podle Lechta, 2010, s. 271-272)

## 12.5 SHRNU TÍ

Pervazivní vývojové poruchy zásadně a komplexně ovlivňují rozvoj osobnosti, jeho psychické funkce. Narušená komunikace, nedostatek sociálního citění, stereotypie jsou velmi omezujícím faktorem v procesu socializace. Dětský autismus se vyskytuje u chlapců a to ještě velmi málo, větší výskyt je jedinců s Aspergerovým syndromem. Důležité je stanovit a



dodržovat pravidelný režim, udržovat úzkou spolupráci mezi rodinou, školou a odbornými pracovišti. Žáci mohou být integrováni v rámci speciálních škol, jsou pro ně zřizovány samostatné třídy nebo jsou zařazeni do běžného vzdělávacího proudu.

## 12.6 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jaká pravidla při práci s dětmi s poruchami autistického spektra je třeba dodržovat?
2. Co je podle vašeho názoru na dětech s poruchou autistického spektra pro děti v běžné škole nejvíce nápadným znakem?
3. Jaké pomůcky pro rozvoj komunikace u dětí s dětským autismem se nejvíce osvědčují v předškolním období?
4. Jaká poradenská instituce rodině v situaci diagnostikování poruchy autistického spektra může pomoci?

## 12.7 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Vyhledejte minimálně 5 organizací a připravte informační leták pro rodiče z Vašeho regionu s popisem služeb, nabídky, kontaktů apod. Rozsah 2 NS.
2. Vytvořte zásady pro komunikaci jedinců s pervazivní vývojovou poruchou.
3. Vyhledejte doporučované postupy při práci učitele s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou.

## 12.8 ZDROJE

- ATTWOOD, T. Aspergerův syndrom. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-979-8.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- GILLBERG, CH. Autismus – zdravotní a výchovné aspekty. Praha: Portál 2003. ISBN: 80-7178-856-2.
- HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. Dětský autismus. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
- LUDÍKOVÁ, L. Kombinované vady, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-2441-075-3.
- MKN-10, aktualizovaná 2. verze k 1. 1. 2009
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

## **12.9 PRO ZÁJEMCE**

Připravte metodický list pro práci se třídou, v níž je žák s Aspergerovým syndromem. Cílem je vysvětlit žákům (zvolte si libovolnou cílovou skupinu) specifika v chování, postižení samotné a doporučené postupy pro práci.

## 13 ZÁVĚR

Máte to za sebou. Prostudovali jste celou oporu. Na závěr je třeba říci, že už sice nejste na začátku, ale čeká vás ještě dlouhá cesta.

Pochopitelně mě těší, že student dospěl úspěšně až k této části textu. Jak jsem již zmínila v úvodu, zpracovaná témata jsou pouze základní osnovou toho, co by student z obecné psychologie vědět měl. Věřím, že „otázky k zamyšlení“ nevedly čtenáře k přeskokování textu, ale k otevření odborných knih, vyhledávání a pochopení odpovědí.

Jistě existuje mnoho podobných studijních textů, které jsou k dispozici v různé kvalitě a rozsahu. Byla bych ráda, aby tuto moji práci studenti Slezské univerzity v Opavě přijali jako základ pro přednášky, ve kterých budu témata pochopitelně rozvádět do větší šířky. V žádném případě bych si nepřála, aby usnuli na vavřínech a mysleli si, že tento text ke zkoušce stačí a odborné knížky a přednášky mohou ignorovat ☺

Přeji hodně úspěchů ve studiu.

Marta Kolaříková, Ústav pedagogických a psychologických věd, FVP SU v Opavě

Máte to za sebou. Prostudovali jste celou oporu. Na závěr je třeba říci, že už sice nejste na začátku, ale čeká vás ještě dlouhá cesta.

Pochopitelně mě těší, že student dospěl úspěšně až k této části textu. Jak jsem již zmínila v úvodu, zpracovaná témata jsou pouze základní osnovou toho, co by student z obecné psychologie vědět měl. Věřím, že „otázky k zamyšlení“ nevedly čtenáře k přeskokování textu, ale k otevření odborných knih, vyhledávání a pochopení odpovědí.

Jistě existuje mnoho podobných studijních textů, které jsou k dispozici v různé kvalitě a rozsahu. Byla bych ráda, aby tuto moji práci studenti Slezské univerzity v Opavě přijali jako základ pro přednášky, ve kterých budu témata pochopitelně rozvádět do větší šířky. V žádném případě bych si nepřála, aby usnuli na vavřínech a mysleli si, že tento text ke zkoušce stačí a odborné knížky a přednášky mohou ignorovat ☺

Přeji hodně úspěchů ve studiu.

Marta Kolaříková, Ústav pedagogických a psychologických věd, FVP SU v Opavě

## 15 POUŽITÉ ZDROJE

- ATTWOOD, T. Aspergerův syndrom. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7178-979-8.
- BERBERICH, CH., LANG, G., KOSTIHA, S. Každé dítě potřebuje speciální přístup. Praha: Portál, 1998. ISBN: 80-7178-144-4.
- FRANIOK, P. Vzdělávání osob s mentálním postižením. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-150-1.
- GILLBERG, CH. Autismus - zdravotní a výchovné aspekty. Praha, Portál 2003. ISBN: 80-7178-856-2.
- HOUSAROVÁ, B. (Ed.) a kol. Speciálněpedagogická čítanka. Praha: UK, 2003. ISBN 80-7290-109-5.
- HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. Dětský autismus. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
- CHVÁTALOVÁ, H. Jak se žije dětem s postižením. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7367-013-5.
- JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením : somatopedická a psychologická hlediska. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
- KIRBYOVÁ, A. Nešikovné dítě. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-71784-24-9.
- KLENKOVÁ, J. Logopedie. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1110-9
- Kolektiv autorů Kurs integrace dětí se speciálními potřebami. Praha: Portál, 1997. ISBN: 80-7178-206-8.
- KRAHULCOVÁ, B. Komunikace sluchově postižených. Praha: UK, 2002. ISBN 80-246-0329-2.
- LEBEER, J. Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-103-4.
- LUDÍKOVÁ, L. Kombinované vady, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika. Olomouc, Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-2441-075-3.
- NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-174-3.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Čtení o koktavosti. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-003-0.
- PIPEKOVÁ, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. : Speciální pedagogika. Olomouc, Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- RIEFOVÁ, S. Nesoustředěné a neklidné dítě. Praha: Portál, 1999. ISBN: 80-71782-87-4.
- ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-060-7.
- TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-71785-03-2.
- TRAIN, A. Specifické poruchy chování a pozornosti. Praha: Portál, 1997. ISBN: 80-7178-131-2.
- VÁGNEROVÁ, M.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z.; ŠTECH, S. Psychologie handicapu. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
- VALENTA, M. Přehled speciální pedagogiky a školská integrace. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-2440-698-5.

VÍTKOVÁ, M. Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

ZELINKOVÁ, O. Poruchy učení. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-800-7.

WEARMOUTH, J. *Special Educational Needs and Disability: The Basics*. New York: Routledge, 2016. ISBN 978-1-138-93876 (978-1-315-67546-6 ebk)