

**OSTRAVSKÁ UNIVERZITA**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**



**SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA -  
ÚVOD DO PROBLEMATIKY**

**EVA ZEZULKOVÁ**

**OSTRAVA 2004**

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA – ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Eva Zezulková

Recenzovali:

Doc. PhDr. Jaroslav Kysučan, CSc.

Ing. Eva Burianová, Ph.D.

Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě

© Mgr. Eva Zezulková, 2004

---

# OBSAH

Úvod.....	3
<u>1. HISTORICKÝ POHLED NA VÝVOJ POSTOJŮ K OSOBÁM S POSTIŽENÍM.....</u>	<u>4</u>
<u>2. POJETÍ SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY JAKO VĚDNÍHO OBORU.....</u>	<u>16</u>
<u>2.1. NÁZEV OBORU A JEHO VÝVOJ.....</u>	<u>17</u>
<u>2.2. VZTAH SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY K OSTATNÍM VĚDÁM.....</u>	<u>18</u>
<u>2.3. ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE.....</u>	<u>21</u>
<u>2.4. POJETÍ SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY.....</u>	<u>29</u>
<u>2.5. KLASIFIKACE SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY.....</u>	<u>33</u>
<u>3. METODY PREVENCE VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE.....</u>	<u>38</u>
<u>3.1. VÝZNAM PREVENCE.....</u>	<u>38</u>
<u>3.2. STUPNÉ PREVENCE.....</u>	<u>39</u>
<u>3.2.1. PRIMÁRNÍ PREVENCE.....</u>	<u>39</u>
<u>3.2.1.1. PREVENCE ORGÁNOVÝCH DEFEKTŮ.....</u>	<u>39</u>
<u>3.2.1.2. PREVENCE FUNKČNÍCH DEFEKTŮ.....</u>	<u>41</u>
<u>3.2.2. SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....</u>	<u>45</u>
<u>3.2.3. TERCIÁRNÍ PREVENCE.....</u>	<u>48</u>

## Ú V O D

Speciální pedagogika jako vědní obor musí reagovat na proměny společenské reality posledních let. Výchova a vzdělání dětí a mládeže se zdravotním postižením byla donedávna doménou speciálního školství a speciálních pedagogů, kteří působili ve funkcích učitelů a vychovatelů ve speciálních institucích a zařízeních . Díky probíhající transformaci ve školství a integračním tendencím dochází nejen k nárůstu počtu žáků se zdravotním postižením v běžných školách všech stupňů, ale také k rozšíření zájmu speciální pedagogiky na všechny věkové kategorie osob s postižením či znevýhodněním.

Se vznikem nových školských, ale i neškolských zařízení státního i nestátního charakteru vzrůstá poptávka po absolventech speciální pedagogiky, kteří jsou připraveni pro vysoce kvalifikovanou práci ve školství, zdravotnictví a také v sociální oblasti. V důsledku již zmíněných integračních snah je žádoucí, aby se základy speciální pedagogiky staly součástí profesní přípravy učitelských i neučitelských pracovníků, všech, kteří se chtějí podílet na osobnostním rozvoji dětí, mládeže i dospělých. Podílet se na vyrovnávání příležitostí ve výchově, vzdělávání a pracovním a společenském uplatnění pro všechny znamená znát problematiku osob se specifickými potřebami . Rozšíří se tak možnosti pro praktickou realizaci myšlenek, které jsou deklarovány v materiálech MŠMT ČR.

Zpracovaná distanční opora obsahuje základní informace, které jsou potřebné k seznámení se speciální pedagogikou, vědním oborem, o jehož nutnosti dnes pochybuje málokdo.

Eva Zezulková

**Po prostudování textu budete znát:**

- Jakými obecnými přístupy k osobám s postižením je charakterizována společnost v průběhu historického vývoje a jak se formovalo speciálně pedagogické myšlení ;
- Okolnosti vzniku vědního oboru speciální pedagogika;
- Předmět speciální pedagogiky a její vnitřní strukturu;
- Metody prevence, diagnostické a nápravné metody.

**Budete schopni:**

- Zhodnotit jednotlivá období společenského vývoje z hlediska vztahů k osobám s postižením;
- Zařadit speciální pedagogiku do systému věd a vyvodit vztahy mezi jednotlivými obory ;
- Stručně charakterizovat podobory speciální pedagogiky
- Definovat základní speciálně pedagogické pojmy.

**Získáte:**

- Aktuální poznatky z oboru speciální pedagogika;
- Informace o změnách, které se podílejí na současném pojetí speciální pedagogiky;
- Orientaci v členění druhů a stupňů jednotlivých postižení;
- Přehled o metodách, uplatňovaných ve speciální pedagogice;
- Schopnost používat speciálně pedagogickou terminologii.

## 1. HISTORICKÝ POHLED NA VÝVOJ POSTOJŮ K OSOBÁM S POSTIŽENÍM

### V této kapitole se dozvíte:

- jak se formovala praktická péče o jedince s postižením;
- co předcházelo vzniku vědního oboru speciální pedagogika;
- které významné osobnosti se podílely na formování postojů k osobám s postižením

### Budete schopni:

- stručně charakterizovat jednotlivá období vývoje společnosti;
- analyzovat průběh vývoje vztahů k osobám s postižením;
- vyjmenovat vývojová stadia péče o handicapované;

### Klíčová slova této kapitoly:

Represe, zotročování, charita, osvícenství, humanismus, speciálně pedagogické myšlení.




Vývoj speciální pedagogiky jako vědní disciplíny předznamenává velmi dlouhé období, v němž se formovala praktická péče o jedince, kteří se jakýmkoliv způsobem odlišovali od průměrného, tzv. „normálního“ člověka. Součástí lidského společenství od nejstarších dob byly osoby s mentálním, tělesným nebo smyslovým postižením, osoby ovlivněné výrazně nepříznivou sociální situací či postižené závažnou a dlouhodobou nemocí, úrazem apod.

Je užitečné připomenout si, jaké místo ve společnosti bylo těmto jedincům po dlouhá staletí přisuzováno, protože i v dnešní civilizované společnosti se setkáváme s řadou předsudků a negativních postojů k nim. Stojíme na prahu nového tisíciletí a díky převratnému rozvoji vědy a techniky dokážeme zkoumat existenci možných civilizací ve vesmíru, chtěli bychom popř. s nimi navázat kontakt. Často však nedokážeme najít vhodný způsob komunikace s lidmi, kteří žijí bezprostředně vedle nás, jsou jen „jiní“ než většina z nás, ne však horší.




Ve starověku byli odlišní jedinci považováni za neschopné, zatěžující, bez životní perspektivy. Ve společnosti bez morálních zábrán, která vyznává jen silné a užitečné, se projevuje snaha zbavit se nežádoucích. Lidé staří, nevyлéčitelně nemocní, slepí, zmrzačení či jinak postižení byli opouštěni nebo přímo pobíjeni. Represivní vztahy a postoje jsou charakterizovány odmítáním pomoci, rovnosti a spravedlnosti. Vyúsťují v segregaci, vyloučení ze společnosti, projevují se „zavíráním očí“ nad osudy části lidské populace.

Tyto zvyklosti se udržovaly velmi dlouho. Z historických pramenů vyplývá, že ještě v 11. stol. bylo na Islandu běžnou praxí fyzicky likvidovat postižené novorozence. Každý rodič si jistě v tuto chvíli uvědomí, jak krutý a nesmlouvavý byl tento přístup. O Prusech je zachována zpráva, že bylo povinností syna zabít staré rodiče a povinností otce zbavovat se postižených dětí a služebníků.

 *V jedné z povídek Jacka Londona se líčí, jak na dalekém severu odcházeli kmen hledat nová loviště. Starého a slepého muže posadili k ohništi a ponechali mu zásobu potravin a dřeva. Stařec věděl, že až oheň dohoří, přijdou vlci a konec života. A když se ho jeho syn při rozloučení ptal: „Je to tak správné, otče?“ – odpověděl: „Tak je to po našem zákonu.“*  
(Sovák, 1980)

S nástupem otrokářského řádu, kdy došlo k jasnému rozdělení na svobodné a otroky, jakož i k vyjádření soukromého vlastnictví, změnily se i vztahy. Vylučování starých a nemocných ztratilo své původní odůvodnění. Bylo nutné změnit postoje ke starým rodičům a uvědomit si, že budou jednou svůj majetek rozdělovat. Přístup k postiženým novorozencům se však nezměnil. Byli pokládáni za rodinnou zátěž a jejich likvidaci zdůvodňovali např. obavami před tříštěním majetku, přelidněním státu apod. Ve Spartě bylo postižené dítě pohozeno v pustině, v Aténách je dávali do hliněných hrnců a ponechali u cesty, v Římě je v košíku pohodili do Tibery.

 Nezdá se vám, že by právě v této kruté realitě starověku mohla mít kořeny známá pohádka O Plaváčkovi?

Nebylo tomu tak všude. Např. Židé zakazovali zabíjet děti, rovněž v Thébách platil tento zákaz pravděpodobně proto, aby se nezmenshoval počet otroků. Ti byli využíváni k nejhrubším pracím (zotročování např. slepci přivázáni k veslům nebo k mlýnům apod.) a děti s vadami byly posílány na žebrotu, jejíž výtěžek musely odevzdat pánovi. Těmito charakteristikami můžeme popsat **období zotročování**.

U některých starověkých národů se však objevily zárodky veřejné péče o postižené jedince. Např. u Egyptanů dostal každý postižený vhodné zaměstnání (příklad jistě hodný následování), v Aténách

dostávali váleční invalidé státní podporu. V Římě však pro takové humánní zaměření neměli smysl. Plautus se vyjádřil, že špatně činí ten, kdo podporuje ubohé, neboť jim prodlužuje jejich trápení.

Nesetkali jste se s příznivci Plautovými také dnes? Nepatří k nim např. obyvatelé sídliště, kteří odmítají umístění dětí s těžkými kombinovanými vadami do bývalého objektu mateřské školy?



Naši předkové – pohanští Slované podle P. J. Šafaříka vynikali péčí o staré, nemocné a opuštěné a poskytovali jim ochranu. Později s příchodem křesťanství byli tuláci a žebráci soustředováni do kostelů a chrámů a ostatní byli ošetřováni v domácím prostředí. Těžko říci, jaká byla úroveň poskytované péče, s lítostí si však dovoluji podotknout, že uvedená pozitivní vlastnost – vynikající péče o slabé a nemocné – se dnes „příliš nenosí“.

*K prvním historicky známým jedincům trpícím dětskou mozkovou obrnou patřil římský císař Claudius (vládl v letech 41-54 n.l.). Jeho vzezření bylo natolik abnormální, že byl ve svém okolí považován za slabomyslného. Měl poruchu hybnosti, špatně chodil, jeho řeč nebyla dostatečně koordinovaná, zejména v dechové regulaci. Sama matka o něm prohlásila, že „od přírody nebyl dodělán, ale jen započat“. Ani v dospělosti mu nebyla přiznána svéprávnost. Byl terčem opovržení a výsměchu nejen v rodině, ale i v celém Římě. Platil za jakéhosi dvorního šaška, kterého nikdo nebral vážně. Není pak divu, že se stal plachým a uzavřeným.*



*Jeho nástup na trůn vyvolal spíše rozpaky než jásot davů, jak bývalo zvykem. V té době již padesátiletý Claudius byl považován za podivína, nepraktického, směšného a v zásadě méněcenného člověka. Z jeho dalšího chování však vyplývá, že inteligentní nepochybně byl. Claudiova vláda byla na svou dobu osvícena a jeho schopnosti politika svědčily nejen o nadprůměrné inteligenci, ale i o určitém rozhledu. Měl zájem o historii a výborné znalosti z této oblasti.*

Je to příklad, jak nápadnosti zevnějšku, pohybu, řeči apod. mohou ovlivnit sociální hodnocení okolí do té míry, že se stanou v postoji k takto postiženým lidem dominantními. S jejich reálnými schopnostmi nemusí vůbec souviset. (Vágnerová, 1999)

Pro srovnání uvedu ještě jeden pozitivní příklad. Postavení hluchých ve starověku a středověku bývá v literárních záznamech popisováno často velmi drasticky. Ustálilo se mínění, že v těch dobách byli od narození hluchí považováni za tvory méněcenné a že teprve křesťanství přineslo v tomto ohledu změnu. Ve skutečnosti tomu bylo poněkud jinak.

Pro sluchově postižené měli porozumění např. mnozí starověcí filozofové. Cicero v jednom ze svých spisů uvádí, že: „Hluché musíme zvykat na počítky zrakové stejně tak, jako slepí jsou odkázáni na počítky sluchové.“ Toto prohlášení můžeme hodnotit jako pokrokové, neboť ukazuje na možnost nahradit jeden smysl



druhým. Aristoteles připustil možnost vzdělávání hluchoněmých výrokem, že hluchoněmé lidi lze obtížněji vzdělávat než slepé.

charitativní přístup  
 t nad „postiženými ubožáky“ charakterizuje období charitativního přístupu k osobám s postižením. Tyto nové křesťanské názory přináší feudalismus. Kromě toho, že lidé se zjevným postižením feudálové využívali ke svým zábavám, byli tito považováni především za „posly od Boha“ a péče o ně byla hodnocena jako dobrý skutek. Při křesťanských kláštorech vznikala nemocniční zařízení, tzv. hospitaly. Poskytovaly azylovou a nemocniční péči, nikoli z hlediska medicínského, nýbrž sociálně charitativního, jako projev nutnosti pečovat o potřebné. Postupně vznikala potřeba profesionálních ošetřovatelů, kterými se stávali duchovní, řádoví bratři, mniši a jeptišky. Takové aktivity představují pozitivní obrat ve vztahu k handicapovaným, přestože v těchto snahách dominuje opět závislost, vyřazenost, menší hodnota. Křesťanství zabráňuje alespoň extrémním praktikám, které byly běžné v období antiky.



Na Moravě se začaly zřizovat (ve 13. a 14. stol.) nalezince a útulky pro nemocné. V městských kronikách nalezneme časté údaje o **domech pro blázny (instituce pro psychiatricky nemocné)**. Dříve bývali duševně nemocní zavíráni spolu s opilci a tuláky ve věžích pro blázny. V klášterních špitálech a jako vězni připoutávaní řetězy. Postupně se však dostávali do těchto samostatných objektů. „Léčba“ spočívala v zaklínání a vyhánění ďábla, kterým byli údajně posedlí. O klidné duševně nemocné se zde nikdo nestaral, ale byli tak chráněni alespoň před posměchem a ústrky, neklidní byli zavíráni do vězení.

Příkladným vzorem středověké charitativní péče v Čechách ve 13. stol. jsou dvě ženy urozeného původu – sv. Anežka Česká a Zdislava z Lemberka (kanonizovaná r. 1995 v Olomouci). Obě zcela konkrétním způsobem organizováním špitální péče přispívaly ke zjemnění drsných středověkých mravů ve svém okolí.

renesanční humanismus  
 Znakem **renesančního období** je přechod k ideám humanity a zlidštění přístupů k osobám s postižením. Základním východiskem humanismu je přirozený princip důstojnosti každého člověka. Humanismus nezavrhoval náboženství – křesťanství – jeho cílem se soustřeďovala na člověka jako protipól Boha a jeho roli ve světě. Tento princip umožňuje rozvoj člověka jako individuality i jako člena společnosti, neboť na základě poznání jeho předpokladů jsou pozitivně zhodnoceny jeho šance. V té době se setkáváme poprvé s pravidly a předpisy pro zacházení s duševně chorými, které nebyly motivovány zájmem o jejich zdravotní stav, ale tím, aby nebyli společností na obtíž. Pro lidi chudé duchem, podivné a bláznivé, ne však nebezpečné, existovala

intuitivní komunální péče o abnormální jedince. Nebyli vystaveni lhostejnému nezájmu.

O existenci Lodě bláznů, která představovala historický přechod mezi středověkým a novověkým postojem společnosti k duševní nemoci se můžete dočíst v publikaci M. Foulcaulta *Dějiny šílenství* (Praha:NLN,1994).



Renesanční období je charakterizováno jako období protikladů, kdy pokrokové názory měšťanstva stojí v opozici vůči církevním dogmatům.

17. století je charakterizováno vznikem velkých internačních budov. "Blázni" byli uvězněni v kobkách spolu s trestanci nebo ve velkých nemocničních sálech s nemocnými. Všeobecný špitál nebyl typickou lékařskou institucí, ale mimo jiné také institucí pořádkovou. Bylo to vlastně opatření, jímž chtěla renesance skoncovat s povaleč žebrotou. Za povaleče byli označováni všichni, kteří se od internace neschopnosti pracovat a tím ohrožovali společnost. Pravidlo práce platilo tedy i pro handicapované. Důsledkem byla internace osob s postižením mezi celou jednu část populace. V internačních domech se s nimi zachází jako s vězni a společnost na ně nahlíží jako na choromyslné, blázny, dementní. Postižení bylo považováno za skandál a internace dávala možnost zapomnění. Čest rodiny a náboženství přestává být ohrožena.

Na počátku novověku se objevuje nový princip v péči o handicapované – tzv. domovské právo, podle něhož mají obce povinnost pečovat o své chudé. Obec se tak vedle církve stává dalším zřizovatelem ústavů pro asociály bez rodinného zázemí a bez prostředků na vlastní obživu. Až do konce 18. století měly možnost výchovy a vzdělání pouze jednotlivé děti, které byly tehdejší terminologií označovány za „hluchoněmé, slepé, idiotické, zmrzačené, mravně narušené nebo nezhojitelně nemocné“.

Člověkem, který se snažil uplatňovat obecné pedagogické principy na specifické podmínky práce s těmito dětmi, byl vynikající pedagog a filosof Jan Ámos Komenský (1592-1670). Vyzýval ke změně postojů k dětem s postižením a odmítal jejich vylučování z výchovně vzdělávacího procesu. Obecně chtěl školní výuku co nejtěsněji spojit se skutečností. Ani velmi dlouhé časové období neposkytlo prostor pro realizaci některých jeho vynikajících myšlenek.

Vyhledejte některé z děl J.A.Komenského a po jeho přečtení se zamyslete nad tím, proč stojí za to číst jeho dílo i v naší době? K zodpovězení této otázky můžete vyjít např. z jeho díla *Labyrint světa a ráj srdce*, *Informatorium školy mateřské*, *Brána jazyků otevřená* (přepřacováno do díla *Svět v obrazech – Orbis pictus*) apod.



Až do poloviny 19. století nebyly snahy humánně zaměřených jedinců společností příliš podporovány.

Průkopníci péče o osoby s postižením se věnovali především těm, u kterých byla největší naděje na úspěch nápravné péče, což zároveň vyvolávalo kladnou odezvu širší veřejnosti. Proto se na celém světě a také u nás rozvíjela nejdříve péče o slepé a hluchoněmé, později se stávaly předmětem péče děti osiřelé a opuštěné. Teprve když selhala opatření ustanovená „domovským právem“, podle něhož obec přispívala soukromníkům na péči o sirotky a opuštěné děti, vznikaly ústavy pro mládež zanedbanou a zpustlou. Odrostlejší pak byli umístěni ve věznicích.

Nejpozději byla věnována pozornost zmrzačeným a duševně vadným. Ti nalézali útočiště v pastouškách a chudobincích a využívali práva v určité dni obcházet žebrotou.



Ukázku společenského postavení sluchově postižených v tomto období nalezneme v příspěvku prof. K. Ohnesorga s názvem Logopedická problematika v beletrii, který byl publikován v Logopedickém sborníku (J.Liška,1974):

*O děti hluchoněmé se v 19. století zajímali dva představitelé romantismu : Alfred de Musset a Alfred de Vigny.*

*Ve své povídce o dvou hluchoněmých s názvem „Petr a Kamila“ (z r. 1847)vystihl Musset velmi citlivě utrpení, kterým musí děti ve světě procházet, a věnoval také slova obdivu obětavé práci těch, kteří se snaží těmto dětem pomáhat.*

Úryvek z Mussetova textu:

*Všude, i v Paříži, ve středu nejvyspělejší civilizace, byli hluchoněmí pokládáni za bytosti zvláštní, poznamenané pečetí božího hněvu. Protože byli zbaveni řeči, bylo jim upíráno myšlení. Klášter pro bohaté, opuštěnost pro chudé, to byl jejich úděl; vyvolávali spíše hrůzu než soucit.*

Alfred de Vigny mluví o hluchoněmých ve svém Deníku:

*„Byl jsem se podívat na hluchoněmé. Jsou dobře vychováváni a dobře vzděláváni. Více je chlapců než děvčat. Kolem 180 žáků. Ve Francii je 22 tisíc hluchoněmých, jen tisíc je jich vychováváno v Paříži, v Bordeaux a v několika jiných ústavech. Ostatní jsou odsouzeni k nádeničení nebo žebrotě, nebo aby žili a dřeli jako zvířata v chudých vesnicích.*

*Mělo by se o tom jednat v parlamentě nebo získat někoho, kdo by tam o tom promluvil. Je nutné hledat nápravné prostředky. Snad tak, že by každá obec přispívala polovinou nákladu na výchovu dětí, které se narodily hluchoněmé.“*

Tak jako jinde ve světě, i u nás vznikla první zařízení pro nevidomé a neslyšící. První ústav pro hluchoněmé v Praze byl jako čtvrtý v Evropě založen r. 1786. V r. 1807 byl v Praze na Hradčanech založen ústav pro slepé.

Péče o rozumově , tělesně postižené a obtížně vychovatelné je pozdějšího data :

První ústav pro rozumově postižené byl založen v Praze r. 1871. Iniciátorem a prvním ředitelem byl Karel Slavoj Amerling, ústav byl později přejmenován na Ernestinum.

Prof. Rudolf Jedlička založil první ústav pro tělesně postižené u nás v Praze na Vyšehradě r.1913.

osvícenství

Francouzská revoluce (na konci 18.stol.) zůstává událostí základního významu, protože byla první „moderní“ revolucí, která se pokusila transformovat sociální a politický systém. Pod vlivem osvícenství nástupu francouzské materialistické filozofie dochází kvalitativním změnám ve všech tehdejších sociálních subsystémů společnosti, které se postupně přenesly do celé Evropy.

*Francouzský materialismus(18.stol.) bojuje proti hlavní ideologické síle feudalismu – církvi tím, že se vyslovuje především proti náboženským dogmatům a zastává se primátu bezprostředně skutečného života v podobě fyzické přírody a společenských problémů. Nečiní již osud lidstva závislým na onom světě, ale na společenských a přírodních vztazích. Je-li náš život určován společenskými poměry, pak jde o to, tyto poměry prvotně vytvářet.*

Radikální změna v pohledu na zdravotnickou péči je spojována s jménem Philipa Pinela(1745-1826). Jeho zásluhou nebyli dříve nemocní vsazováni do okovů. Pinel otevřel cestu k morálnímu a socializačnímu v nově vznikajících psychiatrických léčebnách (1793). Toto přístupu můžeme považovat za počátek lidského vztahu k duševně nemocným. Pinel byl prvním psychiatrem, který chápal idiocii (tak označoval všechny stavy výraznější slabomyslnosti) jako psychické onemocnění. To charakterizoval jako narušení funkce rozumu a smyslů různého stupně.

Jeho žák Jean Etiéne –Dominik Esquirol poukazuje na to, že idiocie není nemoc, ale stav a poprvé přesněji rozlišil a vrozenou a získanou slabomyslnost. Pinelovy a Esquirolovy výzkumy ukázaly, že existují různé stupně v úrovni nedostatečných rozumových schopností, které určují odlišné vývojové perspektivy takto postižených jedinců.

Přestože v psychiatrických léčebnách se musel „ nyní již ne šílenec, ale nemocný člověk“ podřizovat přísným morálním principům, znamenalo to důležitý kvalitativní posun v přístupu k osobám s postižením. Pocit strachu nepůsobil jako dříve zevně, ale působil

zevnitř, ze samotného provozu v léčebně. Charakter stavby, organizace života, personál, léčebné postupy ohlašovaly úzkost a strach. Dochází však k zásadnímu oddělování bláznů od trestanců.

V 19. století se začínají používat i nová označení pro nově profilované internační domy: nemocnice, trestnice, polepšovny, starobince a útulky - azyly. Novověká společnost se naučila rozpoznávat šílenství a učila se s ním zacházet podle principu, že je zde zachován rozum, který směřuje od pomatenosti ke zdraví.



První historicky doložené zkušenosti se objevují na počátku 19. stol., kdy se vedoucí lékař ve státním ústavu pro hluchoněmé v Paříži Jean Itard pokusil o výchovu chlapce ve věku 11-12 let, který byl nalezen v lese. Pod vlivem tohoto experimentu bylo založeno v r.1833 první samostatné zařízení pro slabomyslné v Paříži a brzy na to první škola pro slabomyslné, kterou tamtéž založil lékař Eduard Sequin.

Vznik těchto prvních odborných ústavů pro osoby s různými typy vad a postižení můžeme považovat za dobu, v níž se začíná projevat zájem o léčbu, výchovu a právní zabezpečení postižených a také za počátky speciálně pedagogického myšlení.

S rozvojem lékařských věd a se změnou ekonomických podmínek se objevují změny v péči o postižené. Ústavy už nebyly pouhými azyly, ale dostávalo se jim zde léčení a rehabilitace. Často byli však lidé s postižením také využíváni jako levná pracovní síla.

Péče o duševně nemocné se v Rakousku-Uhersku vyvíjela stejně pomalu jako v ostatních zemích.

Tereziánský  
školní řád

„... v zlínském školním řádu z r. 1774 se objevuje náznak právního v otázkách výchovy neprospívajících dětí. Z řádu vyplývá, děti pro nižší nadání nemají být učitelem trestány a z výuky vány.“

... é otázky občanských vztahů řešil Občanský zákoník z r. 1811, např. zajišťoval ochranu osob, které pro duševní chorobu nebyly způsobilé spravovat své věci.

Ve 2. polovině 19. století byl vydán zákon o školách obecných (1869), jehož novela (r.1883) umožňuje osvobodit od školní docházky duševně a tělesně postižené děti. Ještě za sto let – ve školském zákoně č.29/1984 Sb. se setkáme s obsahově podobnou dikcí :*“Dítě, které pro svůj duševní stav není schopné vzdělávání, osvobodí národní výbor od povinné školní docházky.“*



Jak by asi hodnotil úroveň speciálně pedagogického myšlení tvůrců tohoto zákona J.A.Komenský?

Moravský zemský zákon z r.1890 určoval, že hluchoněmé a slepé děti se mají účastnit vyučování s „plnosmyslnými žáky“ v dané

obecné škole v rozsahu nejméně 4 hodiny týdně. Toto integrační nařízení si vyžadovalo speciální přípravu učitelů.

Na přelomu 19. a 20. století můžeme zaznamenat novou etapu speciálně pedagogického myšlení, která je spojována se vznikem důležitých středisek odborné péče o postižené. Nutnost poskytnout vzdělání dětem s postižením se stávala stále naléhavější. Vysoce hodnotíme vznik a činnost zařízení, jako je Jedličkův ústav pro děti zmrzačené v Praze (1913), Ernestinum v Praze (zal. 1871 původně jako Ústav idiotů), Ústav pro zmrzačené v Brně (1919), Ústav pro děti zmrzačené a rachitické v Plzni (1921).

sjezdy

V letech 1909 – 1913 byly uspořádány tři české sjezdy, jejichž iniciátorem byl profesor František Čáda (1865-1918), a které byly zaměřeny na péči o slabomyslné a školství pomocné. Na sjezdech byla zdůrazněna nutnost vzájemné spolupráce pedagoga, lékaře a právníka při řešení výše uvedené problematiky. F. Čáda zde termínem „děti úchylné“ označoval kategorii dětí s mentální retardací. Tento pojem byl později použit v názvu oborového časopisu „Úchylná mládež“, který u nás vycházel od r. 1925.

Významným průkopníkem „pomocného školství“ byl všestranně zaměřený pedagog Josef Zeman, který se stal průkopníkem speciálního školství po I. světové válce u nás a podílel se na přípravě zákona o pomocných školách z r. 1929. V tomto období dochází k formování speciálněpedagogických podoborů podle typu postižení. Období 2. světové války znamená útlum a stagnaci ve výchově a vzdělávání obecně.

Další rozvoj vzdělávání dětí s postižením je patrný kolem kdy dochází k budování relativně samostatné pedagogické disciplíny – speciální pedagogiky. O ustálení tohoto termínu se z profesora Miloš Sovák (1905-1989) mimo jiné také vydáním speciální pedagogiky, kde označil systém vzdělávání postižením jako „školství pro mládež vyžadující zvláštní péči“. Vytvořil základní rámec oboru, který je dodnes platný. Spolu s ostatními zakladateli oboru však vycházel z názoru, že nejlépe bude realizováno právo dětí s postižením na vzdělání za předpokladu jejich koncentrace ve speciálně pedagogických zařízeních a užitím odpovídajících speciálních metod, forem a postupů. V tomto prostředí bylo vypracováno mnoho didaktických zásad a metodických postupů, na vysoké úrovni byly studijní materiály, zejména učebnice např. pro děti se smyslovým postižením, ani zde se však nedařilo uplatňovat individuální přístup ke každému žákovi.

Výsledkem segregovaného vzdělání dětí s postižením bylo prisouzení výhradních kompetencí odborníkům a potlačení úlohy rodiny, která má ve výchově dítěte nezastupitelnou roli. Tím se prohluboval pocit vzájemné otažitosti a nepochopení a dosud

nejsou překonány vzniklé bariéry, ať architektonické, psychologické, ekonomické a další.

M.Sovák se ve výše uvedeném díle zamýšlí také nad možnostmi zařazovat některé děti s postižením – se zřetelem na jejich individuální vlastnosti a možnosti – do kolektivu zdravých dětí. Uvědomuje si výhody a nevýhody takového zařazení a navrhuje, aby učitelé ve všech školách, zvláště mateřských a základních, byli poučeni o nejrůznějších typech postižení, která se mohou v kolektivu dětí vyskytnout, stejně tak o zásadách pedagogické, lékařské a sociální péče.

K evropským, ale i ke světovým základům speciální pedagogiky se řadí právo postižených na vzdělání a rovnost šancí. Toto základní právo „být s ostatními“ bylo formulováno ve více deklaracích. Praxe ukázala, že nelze ve speciálních podmínkách připravovat na běžný „normální“ život. Aktuální snahou současné speciální pedagogiky, snahou všech speciálně pedagogických disciplín, je integrace postižených do adekvátní reality. To ovšem neznamená konec speciálně pedagogické podpory, ale její poskytování v přirozeném prostředí běžné školy, nikoli v prostředí speciální školy s internátem či v ústavu.

Je nutné připomenout, že při integraci dítěte s postižením do běžné školy se jedná v první řadě o jeho vzdělání - při respektování jeho individuálních zvláštností a možností - , práva a povinnosti. Děti s velmi vážným tělesným, duševním či smyslovým postižením se bez intenzivní profesionálně specializované péče neobejdou.

### **Korespondenční úkol:**



Prostudujte knihu M. Sováka : Nárys speciální pedagogiky a vyjádřete se ke kapitole „Neúspěšní žáci“. Srovnajte s příčinami neúspěchů žáků v současné škole.

**Shrnutí:**

Stádia péče o handicapované jedince podle Sováka:

1. stadium represivní - defektní osoby byly ze společnosti vyvrhovány (vyloučením, zabitím);
2. stadium zotročování - se charakterizuje otrokářským vykořisťováním defektních;
3. stadium charitativní - uplatňují se hlavně náboženské prvky a postoje k defektním osobám;
4. stadium renesančního humanismu - hledalo lidský poměr k defektním jedincům;
5. stadium rehabilitační - věnovalo defektním osobám péči z důvodů ekonomických: bylo výhodnější zapojit je po přípravě do pracovního procesu za účelem vykořisťování než poskytovat zadarmo podporu;
6. stadium socializační - rehabilitace defektních za účelem jejich pracovního a společenského uplatnění;
7. stadium prevenční - charakterizované snahou předcházet defektivitě u osob postižených různými vadami;

**Kontrolní otázky:**

1. Charakterizujte, které okolnosti nebo události v průběhu historického vývoje radikálně ovlivnily přístup k osobám s postižením .
2. Vyjmenujte některá zařízení z přelomu 19. A 20.stol., v nichž byla soustředěna péče o děti s postižením.
3. Které osobnosti můžeme považovat za průkopníky speciálně pedagogického myšlení?
4. Charakterizujte základní změnu v přístupu k výchově a vzdělání dětí s handicapem.





**Citovaná a použitá literatura:**

Kysučan, J. *Úvod do psychopedie*. UP Olomouc, 1982.

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

Liška, J. *Logopedický sborník 4-5*. Slovenská logopedická společnost. Košice 1976.

Mühlpachr, P. *Vývoj ústavní péče*. Pdf MU, Brno 2001. ISBN 80-210-2512-3

Renotiérová, M., Ludíková, L. a kol. *Speciální pedagogika*. UP Olomouc 2003. ISBN 80-244-0646-2.

Sovák, M. *Nárys speciální pedagogiky*. SPN, Praha 1980.

Valenta, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. UP, Olomouc 2003. ISBN 80-244-0698-5.

Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha 2000. ISBN 80-7178-496-6.

Vítková, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno, Paido 1998.

## 2. POJETÍ SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY JAKO VĚDNÍHO OBORU

### V této kapitole se dozvíte:

- co je předmětem speciální pedagogiky a jaké je její současné pojetí;
- jak tento vědní obor přispívá ke zvyšování kvality života osob s postižením;
- o základní terminologii, používané ve speciální pedagogice.

### Budete schopni:

- vyjmenovat a charakterizovat vědy, s nimiž speciální pedagogika spolupracuje;
- definovat pojmy : speciální pedagogika, handicap, sekundární důsledky handicapu
- klasifikovat a stručně charakterizovat obory speciální pedagogiky.

### Klíčová slova této kapitoly:

Princip dialektické jednoty, defektologie, defekt, handicap, vada, deficit, sekundární důsledky postižení.



## 2.1. Název oboru a jeho vývoj



V závěru předchozí kapitoly jsem naznačila, že speciální pedagogika jako teoretická disciplína začala být uznávána na přelomu 19. a 20. století. Počátky různých pokusů o speciální výchovu (zvláště slepých, hluchoněmých a slabomyslných dětí) sahají ovšem již do dálnější minulosti. Je zajímavé, že při těchto aktivitách nelze prokázat až do konce 18. stol. vliv myšlenek obecné pedagogiky. Speciální výchova se vyvíjela izolovaně od obecných pedagogických principů a zásad. Důvodem byl individuální ráz výchovy (školní výchova pro takové děti nebyla dostupná) a také psychofyziologické zvláštnosti dětí se smyslovým nebo mentálním postižením byly prozkoumány velmi málo. Názory na speciální výchovu se začaly objevovat dříve ve studiích přírodovědeckých, lékařských, filozofických než v pedagogických. Teprve od konce 18. stol. začínal proces sblížení speciální výchovy s obecně pedagogickým myšlením.

Samotný pojem se v různých zemích měnil a vyvíjel, což se projevilo také v základní terminologii.

Ve vývoji názvu speciální pedagogiky se objevují názvy :

- Pedologie, jejímž hlavním představitelem byl profesor František Čáda (1865-1918). Ústřední myšlenkou této nové vědní disciplíny počátku 20. stol. byl důraz na lidskou kvalitu dítěte, které má vlastní způsob myšlení a prožívání (dítě není dospělý „v malém“).
- Pedopatologie, jako doplňková disciplína k pedologii, v níž byla zdůrazněna nutnost pohledu na postižené z vývojového hlediska.
- Nápravná pedagogika - pojem zavedl Jan Mauer (1878-1937), čímž reagoval na medicínské pojetí pedopatologie. Pedopatologii označil za nauku o dětech úchylných, která zjišťovala stav dítěte, zatímco nápravná pedagogika byla podle něj naukou o jejich výchově. *Během rozvoje tohoto oboru v období první republiky byly položeny např. základy teorie komplexní rehabilitační péče tělesně postižených, obhájena nutnost zřízení škol při nemocnicích, zavedena léčebná tělesná výchova apod.*
- Sociální pedagogika je spjata se jménem antropologa Františka Štampacha (1895 – 1976) a byla zaměřena na oblast ochranné, nápravné a léčebné výchovy mládeže s postižením.

- Pedagogická defektologie – pozdější termín pro pedopatologii.
- Defektologie – toto označení bylo k nám přeneseno po 2. světové válce z tehdejšího Sovětského svazu (přičinil se o to prof. Ot.Chlup).
- Léčebná pedagogika (termín objevující se v německy psané literatuře).
- Speciální pedagogika defektologická –propagátorem byl Ludvík Edelsberger.
- Speciální pedagogika – tento termín poprvé u nás užil v r.1957 Bohumír Popelář (v zahraničí poprvé termín speciální pedagogika uvedl lékař a speciální pedagog Ludvík Hanselmann ve Švýcarsku, 1941) a definitivně k němu přešel v r. 1972 prof. MUDr. et PhDr. Miloš Sovák (1905-1989), významný český speciální pedagog.

## 2.2. Vztah speciální pedagogiky k ostatním vědám

- K obecné pedagogice a didaktice  
O sblížení dosud izolované speciální výchovy s obecnými pedagogickými zásadami hovoříme teprve od 19. stol. Charakteristikou tohoto sblížení však bylo víceméně mechanické přebírání všeho, co obecná pedagogika sama vypracovala. Teprve na počátku 20. stol. dochází k chápání správného poměru mezi oběma disciplínami. Ten je založen na nutnosti odhalovat vlastní speciálně pedagogické zákonitosti a tvořivě vyvozovat poznatky přímo v procesu speciální výchovy – s maximálním využitím poznání obecně pedagogického. Do speciální výchovy nelze mechanicky vnášet obecně pedagogické poznatky a zákonitosti pouze s větší či menší mírou zevních úprav.

Speciální pedagogika je jednoznačně součástí pedagogických věd. Těsně se však váže k ostatním vědním disciplínám, což vyplývá z obsahu jejího zaměření.

*Zřetelné snahy aplikovat obecné principy pedagogiky na specifické podmínky práce s postiženými dětmi se objevují ve „Velké didaktice“ J.A.Komenského, jakož i v názorech J.J.Rousseaua a J.H.Pestalozziho.*

*Ještě zakladatel první školy pro hluchoněmé na světě abbé de l'Epée (1760) si trpce stěžuje, že i „nejctihodnější teologové“ ho*



*veřejně odsuzovali proto, že se snažil vzdělávat hluchoněmé, neboť podle jejich mínění hluchota je trest boží za hříchy spáchané rodiči. Kdo chce hluché vzdělávat, dopouští se hříchu. Stejného názoru byli i mnozí rodiče a pokud byli zámožní, ukryli dítě před očima světa natrvalo do některé ho kláštera, kde se mu za dohodnutou sumu dostalo v některých případech i jakéhosi vzdělání. V ojedinělých případech také u soukromých učitelů. Ti se navzájem neznali, a tak jejich metody zůstaly utajeny, ať neúmyslně či úmyslně. Jejich úmrtím obvykle vzdělávací zařízení i metody výuky zanikly.*

Princip  
dialektické  
jednoty

atňování filozofického principu dialektické jednoty obecného a speciálního je podstatou vztahu obecné a speciální pedagogiky. Podle něj je obecná teorie speciální pedagogiky koncipována jako disciplína zvláštní vzhledem k pedagogice obecné a jako disciplína obecná vzhledem k jednotlivým odvětvím speciální pedagogiky (etopedie, psychopedie, logopedie, surdopedie.....).

- K defektologii

I když se v českých zemích se od tohoto označení upouští a je nahrazován termínem speciální pedagogika (na Slovensku se nejnověji objevil termín „humánní defektologie“), nelze chápat oba pojmy jako synonyma. Rozdíl mezi nimi charakterizuje Sovák (1980):

Defektologie zkoumá postiženého člověka z hlediska psychologického, sociálního a biologického a je svým rozsahem širší než –

Speciální pedagogika, která zkoumá zákonitosti výchovy, vzdělávání a celkového rozvoje jedinců s postižením.

Jejich cíle, vycházející z principu humanismu, tj. uznání hodnoty a svébytnosti každého člověka, jsou shodné, rozdíl je však ve způsobu jejich dosahování. Defektologie uplatňuje komplexní rehabilitaci, jejíž součástí jsou složky léčebně-preventivní, sociální a výchovně-vzdělávací. Speciální pedagogika používá výlučně pedagogických prostředků, tj. výchovy a vzdělávání.

- K biologickým vědám -

ty jsou zdrojem poznatků o odlišnostech vývoje v oblasti fyziologie a patologie, bez nichž nelze uskutečňovat proces speciální výchovy.

- K lékařským vědám -

např. neurologii, foniatrii, psychiatrii, ORL, ortopedii, oftalmologii, pediatrii aj.

- K psychologickým a sociologickým vědním disciplínám –

obecná a vývojová psychologie, patopsychologie, psychopatologie, sociální psychologie, psychologie dítěte, sociologie, sociální patologie apod.

- K tzv. normativním pomocným vědám (vědy, které naznačují, jaký by měl postižený jedinec být prostřednictvím vyhledávání optimálních přístupů, postojů a norem – logice, etice, estetiky).

Korespondenční úkol:

Zpracujte z odborné literatury, časopisu *Speciální pedagogika*, popř. na základě vlastních praktických zkušeností materiál, který bude obsahovat popis konkrétního případu, u něhož je nutná a zřetelná spolupráce speciálního pedagoga s libovolným odborným lékařem.



### Kontrolní otázky:

1. Vysvětlíte, proč se speciální pedagogika jako vědní obor formuje až v 19. stol.
2. Co znamená princip dialektické jednoty obecného a speciálního v pojetí současné speciální pedagogiky?



### Literatura:

Edelsberger, L. a kol. *Defektologický slovník*. H+H, Jinočany, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

Liška, J. *Logopedický sborník 8*. Východoslovenské vydavatelství. Košice 1989.

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

Renotiérová, M., Ludíková, L. a kol. *Speciální pedagogika*. UP Olomouc 2003. ISBN 80-244-0646-2



### 2.3. Základní terminologie ve speciální pedagogice



Defekt, handicap, vada, deficit, sekundární důsledky postižení .



Každý člověk je vybaven určitými vlastnostmi somatickými, psychickými a sociálními. Jsou-li tyto vlastnosti přibližně stejné jako u většiny ostatních lidí, je tzv. „průměrný, normální“, což se projevuje ve schopnosti dosahovat průměrných studijních či pracovních výsledků po delší dobu.

Jsou-li schopnosti člověka sníženy v důsledku postižení, vady, poruchy, znevýhodnění či jiné nepříznivé situace, jedná se o odchylku od normy a může tak vzniknout nesoulad mezi jeho výkonem, chováním a jednáním a tím, co očekávají od něj ostatní lidé. Je označován za „abnormálního, anomálního, deviantního, ohroženého, znevýhodněného, s postižením, zdravotně postiženého, handicapovaného, člověka se speciálními potřebami apod.“

Defekt (z *lat. defectus* = úbytek) lze charakterizovat jako vadu, chybnost, ztrátu nebo nedostatek v anatomické stavbě organismu a poruchy v jeho funkcích. (Lehčí nedostatek je někdy označován jako deficit nebo porucha).

Může být v oblasti : somatické (např. deformita, chronické onemocnění aj.); smyslové (např. nedoslýchavost, hluchota, slepota apod.), řeči (např. organicky podmíněné defekty mluvené a psané řeči), mentálních funkcí ( např. mentální retardace, demence apod.). Defekt je chápán jako relativně trvalý výrazný nedostatek (ireparabilní – neupravitelný), a jeho odklon od normy z hlediska velikosti je nejvíce znatelný.

V odborné literatuře se často setkáváme s termínem – vada (porucha, narušení) , kterou prof. Sovák považuje za vývojově podmíněnou a má podle něj reperabilní (upravitelný) charakter. Její odklon od normy je mírnější než u defektu.

Příčinami defektů jsou onemocnění, úrazy i dědičnost.

## Členění defektů

➤ Z hlediska vzniku se defekty dělí na:

a) vrozené

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

Příkladem chromozomální aberace je Downův syndrom, který vzniká následkem nadpočetného 21. chromozómu (trizómie 21), místo 46 chromozómů jich má jedinec 47. Tento nadpočetný chromozóm působí od nejranějších stádií vývoje a lze pozorovat shodné příznaky: mentální retardaci, menší vzrůst, šikmé postavení očí, epikanty (kožní řasy ve vnitřních očních koutcích), plochý kořen nosu, větší jazyk, krátké prsty, svalová hypotonie apod.



Fenylketonurie – je vrozená porucha metabolismu bílkovin.

Fetální alkoholový syndrom (FAS) – je charakterizován jako stav duševní zaostalosti, který doprovází mnohačetné deformace tváře, časté vady vnitřních orgánů, hyperkinetický syndrom, nižší porodní hmotnost. Jsou to důsledky působení alkoholu v prenatalním období. *Patrně první preventivní opatření známe již z r. 800 př.Kř. Kristem jako tzv. opatření Lykurgovo, který věděl, že „...požívání lihovin má neblahý vliv na potomstvo, zejména na jeho duševní vývoj.“ Zakazoval proto požívatí vína v den sňatku předpokládaje, že v ten den dochází k početí.*

- v období perinatálním – jsou nejvíce děti ohroženy hypoxií ( tj. nedostatek kyslíku v důsledku poruch spojených s dysfunkcí placenty; při těsném otočení pupečníku kolem krku nebo při dlouhotrvajícím/protrahovaném porodu), nedonošeností, přenášením, traumatizací nebo infekcí během porodu.

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





V raném období postnatálním se nepříznivě uplatňují zejména infekce a úrazy.

Na otázky: Co se v dětském mozku v průběhu vývoje odehrává? Jaký je např. vztah mozku a vývoje řeči? Co máme udělat, abychom vývoj dětského mozku nepoškodili? – dává srozumitelné a prosté odpovědi rodičům, učitelům a všem, kteří se zabývají výchovou a vzděláváním dětí, John Brierley v knize s názvem „7 prvních let života rozhoduje“. (Vydalo nakladatelství Portál v Praze r. 2000.)

a) získané během života

- Např. virové záněty mozku (encefalitidy) a bakteriální záněty mozkových blan (meningitidy), které se objeví v útlém věku, kdy se mozek prudce rozvíjí, mohou mít nepříznivé následky na další mentální vývoj a osobnostní vlastnosti dítěte.
- Úrazy mozku mohou způsobit povahové změny a ztrátu intelektu. Neurózy vznikají u disponovaných jedinců při poruchách adaptace na prostředí, ale také po úrazu či otřesném zážitku.
- Významně působí i vlivy konkrétního sociálního prostředí, v němž probíhá tělesný i duševní vývoj dítěte. Právě vývoj v nejranějším období života má tak velký vliv na vytváření osobnosti a na celý další psychický, citový a sociální vývoj, že jej lze označit za usměrňující celoživotní faktor.

Jestliže se nepodaří vhodnou interakcí dobře vybavenému organismu a vlivů správného sociálního prostředí usměrnit vývoj, vznikají poruchy na celý život. Nestabilita a poruchy rodinného života ohrožují především sociální vývoj dítěte, protože dítě ztrácí pocit jistoty a bezpečí domova. Důsledkem je nejčastěji zanedbanost dítěte, citová deprivace, sociální nepřizpůsobivost, neurózy, emocionální poruchy a poruchy chování.

➤ podle charakteru členíme defekty na :

a) orgánové – chybění nebo nedostatek některého orgánu nebo jeho části

Příčiny :

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

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

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



Uveďte na základě prostudované literatury příklad orgánového a funkčního defektu s podrobnější charakteristikou.



➤ Členění defektů podle druhu :

- pohybové (tělesné)
- zrakové
- sluchové
- poruchy v oblasti komunikačních schopností
- mentální postižení
- poruchy chování
- parciální postižení (*partialis – částečný, dílčí, neúplný*)
- kombinovaná postižení (*jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu*)



Zařaďte níže uvedené defekty podle vzniku, charakteru a druhu:

Pseudooligofrenie

Poruchy chování

Chromozomové aberace (Downův syndrom, Klinefelterův syndrom)

Hluchoslepota

Alergie

Rozštěp rtů a patra (malformace)

Hydrocefalus

Dětská mozková obrna

Meningitida

Kyfóza (kulatá záda)

Fetální alkoholový syndrom

Progresivní svalová dystrofie

Mutismus (oněmění)

Zlomeniny končetin

Rozštěp páteře

Rýma

Ohluchlost

Basedowova nemoc

Hyperdaktylie

Traumatické (poúrazové) deformace

➤ Členění defektů podle hloubky postižení:

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

## Sekundární důsledky postižení

Postoje veřejnosti ovlivňují ve značné míře chování osoby s postižením tím, že očekávají od něj určité chování a výkonnost. Důležitou úlohu hraje i subjektivní hodnocení vlastního defektu, to znamená, za jak závažný jej považuje a jak jej posuzuje sám postižený. Obecně platí pravidlo, že těžší defekt představuje i větší subjektivní zatížení, ale neplatí to zcela jednoznačně (viz reakce na postižení).

Některé defekty a poruchy omezují u člověka funkci orgánů nebo vznikají nedostatky bez organického podkladu a přesto ve svých důsledcích neovlivňují negativně osobnost jedince. můžeme říci, že se postiženého člověka nevyvinuly sekundární důsledky postižení.



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



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

Poněkud odlišná je reakce jedinců s vrozeným a získaným defektem. Lidé s vrozeným postižením bývají zpravidla odpo reakce na vychovávání jiným způsobem a chybí jim srovnání dvou situ handicap zdraví a postižení(nemoci). U postižení získaného během živc... , nutné přijmout novou, subjektivně méně uspokojivou pozici, vyrovnat se s ní.

Lidé s později vzniklým postižením nemají zpravidla tak negativní představy o postojích intaktní populace jako lidé s vrozeným postižením. Většinou se jim podařilo uchovat kontakty s lidmi, kteří žádným postižením netrpí a považují se za součást „normální společnosti“. Lidé s vrozeným postižením očekávají spíše vyhýbavý postoj společnosti. Doba vzniku defektu má proto na rozvoj sekundárních důsledků postižení nemalý vliv.

Dojde-li však u člověka s postižením (ať vrozeným či získaným) k narušení vztahů ke společnosti, nastává porušení celistvosti osobnosti (porucha rovnováhy čtyř základních komponentů – stránky tělesné, psychické, sociální a výchovné). Porucha se odráží ve vlastnostech osobnosti a následně ve společenských vztazích. Jeho osobní problém se stává záležitostí společnosti (nabývá tzv. sociální dimenze) a vyvíjejí se u něj tzv. sekundární důsledky postižení (defektivita).

*(V posledním období se objevují tendence ustupovat od termínů defektní-defektivita a nahrazují se pojmy vyžadující speciální přístup – sekundární důsledky postižení.)*

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

Charakteristické znaky sekundárních důsledků postižení (defektivity) :

- a 1. porucha se týká vztahů k intaktní populaci;
- b 2. má dialektický charakter, tj. společnost působí na
  - c postiženého, což u něj vyvolává příslušné reakce zpět ke společnosti;
- d 3. jde o proces dlouhodobý;
4. není stavem trvalým, tj. může se zhoršovat i zlepšovat, i zcela vytratit;

Konkrétní projevy sekundárních důsledků postižení lze pozorovat jako:

- změny v učení a chování
- změny v pracovních aktivitách
- změny ve společenských aktivitách
- změny v zaměření osobnosti a v motivaci

Reakce na postižení závisí na :

- hloubce a rozsahu defektu
- zda je reverzibilní či ireverzibilní (reparabilní či ireparabilní)
- zda je orgánový či funkční
- věk osoby v době vzniku defektu
- typ nervové soustavy postiženého
- sociální prostředí, v němž postižený žije (rodinné, školní, pracovní)
- celkové zaměření a postoje postiženého, úroveň sebehodnocení, vztahy k ostatním lidem

Odstranění, úprava či zmírnění sekundárních důsledků postižení jsou předmětem speciální péče v rámci komplexní (ucelené) rehabilitace.

Charakteristické rozdíly mezi lidmi se projevují ve způsobech prožívání a chování (v letoře či povaze). Učení o čtyřech temperamentových typech a jejich zvláštnostech má svůj původ v antice, kde se jimi zabýval lékař Galenos( 129-199 n.l.), který popsal základní typy temperamentových vlastností podle staršího řeckého vzoru (uvádí jako zdroj Hippokrata – 460-370 p. n. l. ). Názvy jednotlivých typů temperamentů ze základních druhů „tělesných šťáv“, vymezených jako: krev, hlen, žluč a černá žluč.



Popište psychologické charakteristiky klasických temperamentových typů – sangvinika, flegmatika, cholerika a melancholika.



Kontrolní otázky:

1. Co je to defekt a vysvětlete rozdíl mezi defektem a vadou.
2. Podle jakých hledisek členíme defekty?
3. Co označujeme termínem parciální postižení?
4. Charakterizujte sekundární důsledky postižení a jejich projevy.
5. Vyjádřete vztah mezi defektem a sekundárními důsledky postižení.



Literatura:

- Edelsberger, L. a kol. *Defektologický slovník*. H+H Praha 2000.
- Gutvirth, J. a kol. *Základy dětského lékařství pro speciální pedagogii*. SPN, Praha 1980.
- Machová, J. *Biologie člověka pro speciální pedagogii*. Praha 1994. ISBN 80-7066-980-2.
- Mikšík, O. *Psychologická charakteristika osobnosti*. UK, Praha 2003. ISBN 80-246-0240-7.
- Vágnarová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 2000. ISBN 80-7178-496-6.*



## 2.4 Pojetí speciální pedagogiky



Pojmy k zapamatování:

Socializace, sociabilita, integrace, adaptace, utilita, inferiorita, segregace.



Během 20. století byla u nás ústřední problematikou speciální pedagogiky oblast speciálního vzdělávání a profesní přípravy, jinými slovy zaměřovala se především na období školní docházky dětí a mládeže. Současné pojetí speciální pedagogiky se přizpůsobuje společenským změnám a potřebám a rozšiřuje svůj zájem o jedince se speciálními potřebami od narození až po stáří, přičemž do popředí vystupují stále intenzivnější snahy integrovat handicapované do školských zařízení a ostatních institucí, do širší společnosti.

Z dřívějšího období nejdůkladněji propracovaná oblast speciální pedagogiky – problematika speciálního vzdělávání a profesní přípravy dětí a mládeže s postižením – přestává být v současnosti doménou speciálního školství a postupně se stává záležitostí všech typů škol a školských zařízení.

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

*Dřívější běžné označení člověka s postižením za defektního je považováno za pojem nepřijatelný, snižující lidskou důstojnost. V současné době není terminologie jednotná, setkáváme se tedy s termíny postižený, handicapovaný, difilcilní, výjimečný, znevýhodněný, dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, člověk se speciálními potřebami, se zdravotním postižením apod.*

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

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

## Předmět péče ve speciální pedagogice

Předmětem speciálně pedagogické péče jsou jedinci, kteří v důsledku mentálního, smyslového, motorického postižení předmět sociálního znevýhodnění vyžadují podporu v oblasti výchovy, vzdělávání a přípravy pro pracovní a společenské uplatnění a jeho následující realizaci.

## Cíle speciální pedagogiky

cíle

Osoba s postižením představuje - v důsledku své odlišnosti, která může mít charakter závady, oslabení, odchylky, poruchy, va <sup>cíle</sup> postižení – určitou jednotu potřeb, které se odchylní od potí člověka intaktního. Kvality života handicapovaného člověka mají v důsledku anatomicko fyziologického nebo psychického sociálního poškození a dalších následků, které se projevují vztazích ke společenskému a přírodnímu prostředí, v hodnotové orientaci, v zájmech – specifický charakter. Rozpoznáváním a rozvíjením schopností u jedinců s postižením můžeme tyto specifické potřeby přiblížit běžným potřebám intaktní populace, a tím snížit míru znevýhodnění (handicapu). Zvyšování míry rovnocennosti je jedním z hlavních předpokladů socializace. Ke zvyšování kvality života osob s postižením vyrovnáváním příležitostí a rovností šancí směřují cíle speciální pedagogiky.

Socializaci jako hlavní cíl speciální pedagogiky formuluje prof. M. Sovák (1980) a znázorňuje její jednotlivé stupně v poměru k segregaci.

Socializace znamená schopnost jedince zapojit se do společ socializace v rovině pracovní (výchovné a vzdělávací), společenské a subjektivní (ve smyslu sebeuplatnění a sebeuspokojení). Je podmíněna sociabilitou.

Sociabilita je schopnost a snaha vytvářet a pěstovat mezil sociabilita vztahy. Její základy se vytvářejí už v 1. roce života.

L. Monatová (1995) uvádí čtyři období formování sociálních vztahů:

- Elementární socializace – zahrnuje první rok života dítěte, kdy vzájemná pozitivní citová vazba dítěte a matky je předpokladem pozdějšího socializačního úsilí.
- Rodinná socializace – nastává po prvním roce a závisí v utváření vztahu dítěte k malému okruhu členů rodiny (rodiče, sourozenci). Postoj dítěte k ostatním lidem určují citové vztahy, které jsou typické pro rodinné prostředí.



- Veřejná socializace – je období po čtvrtém roce, kdy dítě potřebuje styk s vrstevníky, aby se naučilo navzájem se respektovat a pomáhat si. Současně vznikají i nové vztahy k dalším dospělým lidem (např. k učitelce v mateřské škole).
- Sociální soužití – které se jako nejvyšší stupeň socializace začíná utvářet ve školním období a mělo by se v průběhu života udržovat a zdokonalovat.

Děti s vrozeným či v raném věku získaným postižením některé projevy a způsoby chování a jednání přesně nevnímají, nemají možnost je bezprostředně opakovat a mimovolně si je osvojit. Vyžadují proto speciální přístup a speciální výchovu. Je důležité využít efektivně zejména prvních deset let života dítěte, aby mohlo vrůst a plně se začlenit do školních podmínek a nezačaly se u něj projevovat sekundární důsledky postižení ( defektivita).

Handicap, který má svůj počátek v pubertě a později, může narušit již vytvořené sociální vztahy , a to v různém rozsahu . Včasná komplexní rehabilitace je předpokladem úspěšného znovuzачlenění do společnosti.

~ ~ socializace

stupně  
socializace

Uspojení jedinců s postižením do společnosti není u všech stejná a závisí na úrovni sekundárních důsledků postižení, na stupni narušení společenských vztahů (dříve defektivita). Rozlišují se tyto základní stupně:

- Integrace (z *lat. integer = neporušený*) – je nejvyšším stupněm, tj. úplné zapojení jedince s postižením do společnosti, u něhož byly sekundární důsledky handicapu beze zbytku překonány.
- Adaptace (z *lat. adaptatio = přizpůsobení*) - jedinec s postižením se dokáže zapojit do společnosti po všech stránkách, ale za jistých podmínek a pomocných opatření (např. člověk se sluchovým postižením za pomoci sluchadla , uplatňováním speciální sluchové výchovy apod.).
- Utilita (z *lat.utilis = užitečný*) – znamená, že znevýhodněný jedinec dosáhne určitého společenského, pracovního a subjektivního uplatnění pouze s pomocí druhých a pod jejich dohledem (např. osoby v pásmu středního stupně mentální retardace).
- Inferiorita (z *lat. inferior = nižší*) – vyjadřuje nemožnost zapojení do společnosti, sociální nepoužitelnost, sociální vztahy nejsou vytvořeny, jde tu o segregaci (z *lat. segregatio = oddělování, grex=stádo*). Jedná se o osoby v pásmu těžké a hluboké mentální retardace, popř. s kombinovaným tělesným a smyslovým postižením).

**Shrnutí:**

Cílem speciální pedagogiky je dosažení maximálního rozvoje osobnosti s postižením či jinak znevýhodněné a dosažení maximálního stupně socializace.

Dosažený stupeň socializace (integrace-adaptace-utilita-inferiorita) je podmíněný formováním sociálních vztahů (příčinami úrovně sekundárních důsledků postižení), výsledky speciálně pedagogického působení a věkem osoby s postižením či znevýhodněním.

**Kontrolní otázky:**

1. Definujte pojem speciální pedagogika, její předmět a cíle.
2. Charakterizujte sociabilitu a etapy jejího formování.
3. Vysvětlete, co je socializace a rozlište její základní stupně.



Uveďte a blíže popište 5 znaků, které ovlivňují socializaci dítěte školního věku.

**Literatura:**

Jesenský, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*.

Gaudeamus, Hradec Králové 2000. ISBN 80-7041-196-1.

Monatová, L. *Pedagogika speciální*. MU, Brno 1994. ISBN 80-210-1009-6.

Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2000. ISBN 80-7178-308-0.



## 2.5. Klasifikace speciální pedagogiky



Klasifikací speciální pedagogiky se v současné době zabývá celá řada autorů, kteří se snaží přistupovat k celé problematice komplexně, s přihlédnutím ke všem změnám, kterými tento vědní obor prochází. Nejzásadnější změnou posledních deseti let je skutečnost, že výchova a vzdělání postižených dětí a mladistvých přestává být doménou speciálního školství a v souvislosti s integračními trendy ve vzdělávání se stává postupně záležitostí všech typů škol a školských zařízení. K těmto změnám, které byly zpracovány v projektu UNESCO „Škola pro všechny“, a jehož myšlenky přejala do svého programu také naše země, vyšel metodický materiál s názvem Kurz integrace dětí se speciálními potřebami.

Zatímco dříve se vycházelo ve speciální pedagogice z členění postižených podle lékařské terminologie, postižení se chápalo jako kategorie a na tomto základě se budovaly speciální školy pro tělesně, smyslově, mentálně postižené apod., nyní se vychází spíše ze stupně a hloubky postižení, postižení se chápe jako dimenze (rozměr) a na speciální potřeby jedince se reaguje speciálními podpůrnými opatřeními. Ve speciálních školách, v závislosti na školských systémech v jednotlivých zemích, se vzdělávají zejména žáci s těžším postižením a s více vadami, zatímco žáci s lehčím a středně těžkým postižením dochází do běžných typů škol a vzdělávají se v tzv. hlavním výchovně vzdělávacím proudu (Vítková, 2003).

Pro potřeby tohoto učebního textu však zůstaneme u klasického členění podle druhu postižení, které umožňuje přehledně vyjádřit specifické formy výchovy, vzdělávání a pomoci při začleňování společnosti pro jednotlivé věkové kategorie. Z tohoto pohledu se člení speciální pedagogika na 6 oborů a jejich označení má svůj původ v Sovákově systému speciální pedagogiky. K nim jsou v současnosti přiřazeny ještě dva obory.

Dělení speciální pedagogiky podle druhů postižení:

- Psychopedie (z řec. *psyché* = duše; *paidea* = výchova) – speciální pedagogika osob mentálně postižených.

psychopedie

speciálněpedagogickou disciplínou, která zkoumá zákonitosti vývoje, výchovy a vzdělávání osob s mentální retardací.

Označení psychopedie zavedl do naší terminologie po roce 1945 antropolog František Štampach (analogicky podle názvu logopedie). Původně zahrnovala psychopedie též problematiku dětí a mládeže tzv. obtížně vychovatelné, mravně vadné, emocionálně či sociálně narušené, která se teprve ve 2. pol. 60. let dvacátého století vydělila, a tak vznikla nová specializace – etopedie.

Psychopedie úzce spolupracuje s psychopatologií (nauka o duševních poruchách), patopsychologií (věda o hraničních psychických stavech,

vlastnostech a procesech mezi normálem a patologií) a psychiatrií (věda o rozpoznávání a léčbě duševních chorob).

- Somatopedie (z řec. *sóma* = tělo; *paidea* = výchova) - je vědní obor spec. pedagogiky, jehož předmětem je výchova a vzdělání dětí a mládeže tělesně postižené, nemocné a zdravotně oslabené, jakož i dospělých osob takto postižených. somatopedie
  
- Logopedie (z řec. *logos* = slovo, řeč; *paidea* = výchova) – výchova řeči logopedie obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou, vzděláváním a socializací osob s narušenou komunikační schopností, také prevencí uonono narušení.
 

První uvědomělé počátky logopedie sahají do antiky, kdy filozof a řečník Isokrates (436-338 př.n.l.) poprvé použil výrazu logopedie ve smyslu výchova řeči.

Logopedie patří mezi nejmladší vědní disciplíny a v současné době dochází ke změnám z její dřívější převážné orientace na výslovnost k orientaci na všechny jazykové roviny.

Také z těchto důvodů se přešlo v logopedii od termínů „porucha řeči“ a „vada řeči“ k zastřešujícímu termínu „narušená komunikační schopnost“. Tento termín je vyjádřením holistického (celostního) pojetí v logopedii.

Úzce spolupracuje s medicínskými obory (foniatrií, ORL, plastickou chirurgií apod.), psychologií, jazykovědními obory (fonetikou, fonologií).

V současné době, kdy se klade stále větší důraz na prevenci poruch v rozvoji osobnosti dítěte, se stává nutností základní logopedické vzdělání zvláště pro učitele a vychovatele dětí předškolního a mladšího školního věku.
  
- Surdopedie (z lat. *surdus* = hluchý; z řec. *paidea* = výchova) – speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá studiem zákonitostí vývoje, vzdělávání a socializace osob s vadami či poruchami sluchu (tedy nedoslýchavých a neslyšících, dříve hluchoněmých). V minulém století byla surdopedická problematika součástí logopedie (např. v pojetí logopedie u prof. M.Sováka). Od počátků 90. let dvacátého století se obě disciplíny osamostatňují. Příčinou jsou odlišné způsoby metodických postupů práce.
 

Historicky je sice péče o hluchoněmé starší, ale z péče o řeč neslyšících (sluchově postižených) se vyvinula postupně péče o řeč slyšících, a tím docházelo ke vzájemnému prolínání obou disciplín – právě v péči o komunikační proces vcelku.

Na jedné straně je úzce spojuje nedělitelnost všech složek komunikačního procesu, tj. řeči, sluchu a hlasu; na druhé straně existují specifika výchovy orální řeči u neslyšících, posunkové řeči (tj. souhrn výrazových prostředků, vyjadřovaných specifickými znaky pohybově a vnímaných zrakově), daktylotiky (prstová abeceda), odezírání (schopnost z pohybů úst a tváře mluvícího pochopit obsah mluvené řeči) – kterými se surdopedie liší od logopedie.
  
- Oftalmopedie (z řec. *oftalmos* = oko; *paidea* = výchova) – souběžně s oftalmopedií termínem se používá se také termín „tyflogopedie“ (z řec. *tyflos* = slepý; oftalmopedie = výchova) – speciální pedagogika osob zrakově postižených.

Zkoumá specifika výchovy, vzdělávání, socializace a enkulturace zrakově postižených.

Rozsah speciální péče o zrakově postižené (kteří netvoří jednodílnou skupinu) je velmi různorodý. Tyto a další okolnosti mají podíl na utváření nových tyflopédických věd, jako např. speciální pedagogika nevidomých, speciální pedagogika slabozrakých, tyflopédie raného a předškolního věku, speciální pedagogika kombinovaně zrakově postižených a další.

Tento obor vyrůstal původně z pedagogiky slepců a začal se plně rozvíjet po 2. svět. válce.

etopedie

Etopedie (z řec. *ethos* = mrav; *paidea* = výchova) – speciální pedagogika osob mravně narušených, s poruchami chování.

Etopedie jako věda se zabývá výchovou, vzděláním a výzkumem sociálně narušené mládeže (dříve obtížně vychovatelné). Někteří autoři nazývají tuto mládež mravně vadnou, charakterově vadnou, emocionálně narušenou, maladaptivní, , problémovou, delikventní apod. a nejednotnost v terminologii stále trvá.

Etopedie vznikla vyčleněním z psychopedie v r. 1969 z důvodu značné rozdílnosti problematiky osob mentálně retardovaných a mravně narušených. Odlišnost se projevovala také v síti etopedických zařízení.

Etopedie jako praktická speciálněpedagogická disciplína vyhledává a aplikuje optimální formy přizpůsobení na narušenou mládež s cílem její plnohodnotné socializace. Využívá nejnovějších poznatků z diagnostiky, reedukace, rehabilitace a prevence.

Úzce spolupracuje s obecnou a speciální pedagogikou, s psychologií vývojovou, pedagogickou a sociální, s pedopsychiatrií a neurologií, sociologií a kriminologií (věda o stavu, dynamice a příčinách trestné činnosti, o metodách zkoumání kriminality, o způsobech k jejímu předcházení).

kombinované vady

Speciální pedagogika osob s kombinovaným postižením (z lat. *combinatio* = kombinace; *slučování*) – jde o kombinované vady, když jedinec je postižen dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu

(stepohluchoněmota), vadou pohybovou s poruchou sluchu, mentální retardací se smyslovým nebo pohybovým postižením, časté jsou kombinace organických postižení s neurotickými projevy apod.

V současné době neexistuje pro tento obor jednotná terminologie. U nás se používá označení kombinované postižení, kombinované vady či vícenásobné postižení.

Kombinovat se mohou nejen těžší stupně postižení, ale také navzájem lehčí s těžšími. Nelze vyloučit ani kombinaci postižení s talentem či nadáním.

Zvýšená individuální speciálněpedagogická péče u těchto jedinců je zaměřena na použití speciálních metod a obsah vzdělávání je modifikován i ve vztahu k osobám s jediným postižením. Část populace s vícenásobným postižením je nezanedbatelná a lze ji charakterizovat jako mimořádně heterogenní (různorodou) s variabilními příznaky a projevy. Z nich pak vyplývají speciální výchovné a vzdělávací potřeby.

Proces socializace u jedinců s kombinovaným postižením bývá velmi často negativně ovlivňován závažnými nedostatky v oblasti komunikace, neboť mnohdy nemohou využívat orální řeč a jsou odkázáni na náhradní komunikační systémy.

- Speciální pedagogika osob s parciálními (částečnými, dílčími) nedostatky specifickými vývojovými poruchami učení, chování a pozornosti. Tyto nedostatky nelze zařadit do žádné dosud uvedené oblasti speciální pedagogiky. K jejich zřetelnému vyčlenění přispělo použití jemnějších diagnostických metod v posledních desetiletích.

Mezi specifické vývojové poruchy učení u nás řadíme dyslexii, dysgrafii, dysortografii, dyskalkulii, dysmúzií, dyspínxii a dyspraxii. S posledními třemi pojmy se v zahraniční literatuře nesetkáváme, jsou českým specifikem. V 10. revizi mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace jsou specifické vývojové poruchy školních dovedností řazeny do kategorie Poruch psychického vývoje.

Se specifickými poruchami učení velmi úzce souvisejí poruchy chování s častými příznaky nesoustředěnosti, hyperaktivity a impulzivity. Tato porucha byla u nás ve 2. pol. 20. stol. označována jako lehká mozková dysfunkce (encefalopatie). V současné době se odborníci přiklání k označení uvedeného souboru příznaků jako syndromu hyperaktivity – ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

I když terminologie pro specifické vývojové poruchy učení a chování dosud není jednotná, obecně jsou však jedinci s těmito poruchami považováni za žáky (studenty) se specifickými vzdělávacími potřebami.

Zkoumání příčin specifických poruch učení je spojeno se jménem lékaře A. Heverocha, docenta Karlovy univerzity v Praze, který jako první u nás (a zřejmě i v Evropě) uveřejnil v r. 1904 článek O jednostranné neschopnosti naučit se čísti při znamenité paměti, v němž popsal projevy později označené jako dyslexie.

Reedukace poruch učení se realizuje především ve specializovaných třídách nebo v běžných třídách základních škol, kde jsou žáci vzděláváni podle individuálního vzdělávacího programu. Péče je soustředěna také do poradenských pracovišť (pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum). Reedukací se zabývají psychologové, speciální pedagogové a učitelé vyškolení v akreditovaných kurzech.

Kontrolní otázky:

1. Definiujte speciálněpedagogické obory a uveďte jejich stručnou charakteristiku.
2. Co označujeme zkratkou ADHD?
3. Z kterých speciálněpedagogických oborů se vydělila etopedie a surdopedie?
4. Pokuste se vyjádřit rozdíl v přístupu ke členění osob s postižením dříve a dnes.





Citovaná a doporučená literatura:

Edelsberger, L. a kol. *Defektologický slovník*. H+H, Jinočany 2000. ISBN 80-86022-76-5.

Vítková, M. *Integrativní (školní) speciální pedagogika*. MSD, Brno 2003. ISBN 80-214-2359-5.

Renotíerová, M., Ludíková, L. a kol. *Speciální pedagogika*. UP, Olomouc 2003. ISBN 80-244-0646-2.

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

### 3. METODY PREVENCE VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE

#### V této kapitole se dozvíte:

- o stupních a specifických znacích prevence ve speciální pedagogice;
- proč je uplatňována komplexní diagnostika u osob s postižením;
- co je to eugenika a jaký význam má ve speciální pedagogice;

#### Budete schopni:

- definovat metody prevence ve speciální pedagogice;
- charakterizovat principy prevence orgánových a funkčních defektů;
- stručně popsat možnosti prevence funkčních defektů v jednotlivých věkových skupinách;
- rozlišit úkoly diagnostiky v oborech, spolupracujících se speciální pedagogikou.

#### Klíčová slova této kapitoly:

Prevence, eugenika, nedonošenost, frustrační tolerance, diagnostika.



#### 3.1 Význam prevence

Počátky prevence sahají do dávné historie, kdy si lidé začali uvědomovat, že lze zabránit vzniku a šíření přenosných chorob, epidemiím, značné úmrtnosti. Zpočátku to byla opatření víceméně náhodná. Ve starověku byla součástí náboženských zákonů a opatření.

Rozvoj přírodních věd umožnil lépe poznávat zákonitosti přírodního prostředí a vzájemnou závislost biologického vývoje a zdravotního stavu člověka na vlivech prostředí. Vědci došli k poznání, že nepříznivé prostředí má negativní vliv na celkový vývoj člověka a naopak.

*Jan Evangelista Purkyně (1787-1869) ve svém habilitačním spise na svou dobu velmi přesně formuloval cíl a úkoly prevence a jeho heslo „Lépe je chorobám předcházeti, než je léčiti“, se stalo heslem našeho zdravotnictví. Mimo jiné se zabýval také požadavkem správné výchovy řeči a léčením řečových vad a považoval předčasnou bilingvální výchovu (dvojazyčnou) za škodlivou z hlediska duševního vývoje dítěte.*





**Prevence** (z lat. *praeventio, -ire = předejít*) má za úkol předcházet zdravotnímu nebo sociálnímu narušení jedince a jeho společenských vztahů. Jejím cílem je zajistit lidem trvalou pohodu duševní, psychickou a společenskou, udržovat jejich zdraví a psychomotorickou výkonnost, upevnit výchovně vzdělávací a pracovní pochody tak, aby kvalita života byla pro každého na co nejlepší úrovni. Proto preventivní snahy významně zasahují do všech oblastí lidské činnosti. V medicíně např. spočívá prevence již v tom, že se uplatňují eugenické snahy.

*Eugenika (z řec. eu = dobře; genikos = rodový) - nauka o zlepšování dědičného základu a vývoje. Může být zaměřena dvojím směrem:*

1. *Eugenika negativní: snížení plodnosti nebo zábrana reprodukce osob z genetického hlediska nevhodných.*

2. *Eugenika pozitivní : zvýšení plodnosti osob z genetického hlediska vhodných.*

znaky  
prevence  
Prevence ve speciální pedagogice má své specifické znaky a je dvě základní oblasti – prevenci defektu (postižení) a prevenci sekundárních důsledků postižení.

V prvním případě jde o velmi úzkou spolupráci s medicínskými obory. Druhá oblast se snaží o zabránění tomu, aby defekt přerostl v poruchu sociálních vztahů. Je záležitostí komprehenzivní (ucelené) rehabilitační péče. Je realizována prostřednictvím léčebných, psychologických, pedagogických a speciálněpedagogických opatření, která směřují k socializaci znevýhodněných jedinců.

stupně  
prevence  
Primárně prevence

### 3.2.1 Primární prevence

- tj. předcházení vzniku defektu jak orgánovému, tak funkčnímu
  - a) biologická (odstranění biologických příčin vzniku nemoci, postižení)
  - b) sociální (potlačování škodlivých okolností a rušivých sociálních, psychických vlivů)

primární  
prevence  
Primární prevence orgánových defektů je záležitostí především lékařskou a prostředky preventivní péče jsou rozmanité:

- Prevence genetická zahrnuje určitá společenská a individuální opatření. V rámci společnosti se snaží, aby dědičné choroby nevznikaly (prevence mutací); aby se nepřenášely na potomstvo (eugenie); aby dědičné odchylky postiženým neškodily. Významnou úlohu zde hraje genetické poradenství.

Pravděpodobnost postižení dítěte lze poměrně přesně stanovit, a je-li riziko onemocnění dítěte větší než 10%, nelze reprodukci doporučit. V tomto případě jsou k dispozici tyto možnosti:

1. dobrovolná bezdětnost (antikoncepce), umělé oplození spermatem zdravého dárce, adopce cizího dítěte, rozchod manželů;
2. dobrovolné přerušení těhotenství z genetických důvodů;
3. dobrovolná sterilizace mužů nebo žen z genetických důvodů
4. nucená internace v ústavu (u duševních chorob)

Eugenické metody jsou náročné a často vyžadují individuální přístup k jedinci i celé rodině. Zdá se jasné, že plození dědičně zatížených dětí by mělo být omezeno. Jakým způsobem to však udělat, je již otázka etická a právní.

Odkrytí chorobných genů u zdravých osob by nemohlo zlepšit eugenickou perspektivu, protože se odhaduje, že každý zdravý jedinec je nositelem několika chorobných genů. Navíc - dědičné choroby nevznikají jen přenosem od postižených předků, ale i novými mutacemi. Individualizovaný přístup se proto jeví jako efektivnější.

K dalším preventivním opatřením se řadí :

- Poradenská péče pro těhotné (zhodnocení možných důsledků chorobných stavů matky pro plod);
- Porodnická péče (předcházení možným porodním úrazům, infekcím, dlouhotrvajícím porodům, které mohou být příčinou poškození mozkové tkáně dítěte);
- Péče o novorozence (např. řešení rozdílného Rh faktoru u matky a dítěte s následným rozpadem krvinek u novorozence);
- Péče kojenecká (včasná léčba infekčních a jiných chorob – např. opakované středoušní záněty, poruchy látkové výměny – fenylketonurie apod.);
- Dalšími oblastmi prevence jsou např. očkování proti závažným infekčním onemocněním, pravidelné preventivní prohlídky, zdravotnická osvěta apod.

Problémem jsou děti nedonošené. Dnešní lékařství se snaží nedonošenost z nich uchovat naživu, bez ohledu na možné následné těžké:

V praxi se nedonošenost určuje váhovým limitem novorozence 2500g a méně. Příčin je velmi mnoho, např. nemoci matky, infekce, anemie (chudokrevnost), nemoci dělohy, ale také zvýšená tělesná námaha a psychické příčiny mohou vyvolat předčasný porod. Kromě nižší váhy souvisí s kratším nitroděložním vývojem i nezralost četných orgánů, a to anatomická i funkční. Pro obtížnost jejich adaptace po porodu jsou nedonošené děti řazeny do skupiny rizikových novorozenců.

Děti s váhou větší než 2000g mají poměrně dobrou prognózu pro další vývoj. Při nižší porodní váze je psychomotorický vývoj více ohrožen, a to mozkovou obrnou, lehkou dysfunkcí mozku, mentální retardací, zrakovým postižením apod.

### 3.2.1.2. Prevence funkčních defektů ,

tj. poruch činnosti a celkových projevů jedince bez orgánových změn (poruchy chování, neurotické projevy, negativistické projevy apod.) spočívá v kvalitním a pozitivním působení podnětů prostředí. Pokud potřebnou kvalitu nemají nebo nepůsobí v přiměřené míře, mohou psychický vývoj narušovat (nevhodné společenské vlivy, patologie prostředí, sociální izolace, nesprávná výchova apod.).

**Nutná je zde intenzivní osvětová práce, soustředěné ovlivňování rodiny, a to z pozic všech zainteresovaných odborníků. Rodiče by měli být náležitě informováni v zájmu pozitivní výchovné péče. Nemohou předvídat a znát veškerá nebezpečí a úskalí ve vývoji a výchově dítěte. Mají však být obklopeni a zaštitěni síti odborníků připravených včas zasáhnout a pomoci. Po této stránce zůstávají odborníci mnoha oborů rodičovské veřejnosti hodně dlužni. Příprava budoucích pedagogů všech stupňů a typů škol musí obsahovat základy speciální pedagogiky, aby dokázali správně přistupovat k žákům a studentům se specifickými potřebami.**



Každý jedinec získává již od svého dětství určité negativní zkušenosti, např. nemůže vždycky uspokojit všechny své potřeby tak, jak by si přál. Musí se naučit různé zátěže a překážky překonávat. Zátěže jsou do jisté míry užitečné, protože podněcují aktivitu jedince, a tím i jeho rozvoj.

*Výhodu otužování dítěte pro budoucí život drobnými zátěžemi poznali svou zkušeností lidé už v dávnověku. U primitivních národů se ještě dosud rituálně dělají malým dětem vpichy do tváří, drobné řezné rány apod., neboť zkušenosti předchozích generací ukázaly, že malé zátěže v útlém věku mají význam pro budoucí život tím, že podporují výdrž a odolnost.*

Nebudeme se jistě vracet k praktikám primitivních národů, ale měli bychom mít na paměti, že je nutné vždy přihlížet k subjektivnímu hodnocení – co pro jednoho člověka je velký problém, nemusí pro jiného znamenat nic zvláštního. Jestliže je však subjektivní míra zátěže tak vysoká, že se s ní člověk vyrovnat nedokáže, působí jako zdroj psychických potíží (např. kumulace problémů, zvýšená citlivost v důsledku stigmatizujícího postižení apod.) Odolnost k zátěžovým situacím (tzv. frustrační tolerance) závisí na vrozených dispozicích, na

vývojové úrovni, individuálních zkušenostech i aktuálním stavu člověka).

*Desetiletý Jakub, žijící s rozvedenou matkou, se velmi těší na sobotu, kdy pojedete s vlastním otcem na výlet autem. Otec se však celý víkend neukáže a chlapec prožívá velké zklamání (frustraci). Pokud se tak stane výjimečně a otec mu vysvětlí důvody, proč nemohl přijít, negativní dopad na Jakubovu psychiku nebude dlouhodobý. Nepříznivé účinky by pravděpodobně mělo, pokud by otec bez vysvětlení několikrát Jakuba zklamal.*



Korespondenční úkol:

Zamyslete se nad konkrétní formou osvětové činnosti s cílem primární prevence funkčních defektů.



### **Prevence funkčních defektů z hlediska vývoje člověka**

#### **Rané dětství**

Tento věk je ve vývoji člověka nejkritičtější obdobím, neboť se v něm rozhoduje o celém zaměření dalšího vývoje biologického, psychického i sociálního. V prvních třech letech života <sup>dítěte</sup> prodělávají mozkové buňky překotný vývoj. Podle vytvořené rané dětství vzorců nervových drah a jejich propojení v tomto období zpevňují vzorce vnímání i chování na celý další život. ... Penfield to stručně vyjádřil takto: „Mozek člověka pracuje podle jízdního řádu z útlého dětství“. Pokud se toto citlivé období zanedbá, možnosti vývoje dítěte mohou být značně omezeny. Později už člověk nikdy nepřijme nové schopnosti tak, jako v raném dětství. Dítě je už od narození vybaveno pro lidský vztah. Pokud není dostatečně uspokojována potřeba pozitivní citové vazby s matkou a později ostatními členy rodiny, vznikají závažné poruchy v jeho vývoji.

*Jedním z vlivů, které se podílejí na vzniku poruch chování v dětství a dospívání, je kouření matek v době, kdy takto postižené dítě procházelo nitroděložním vývojem. Riziko postižení chlapců je vyšší než riziko dívek. Další příčinou, která zvyšuje pravděpodobnost násilného chování, je kombinace perinatálního poškození chlapců, odmítnutí (nepřijetí) dítěte matkou a nedobré socioekonomické situace rodiny. Odmítnutím dítěte se rozumí nechtěné těhotenství, pokus o potrat a rané umístění dítěte do náhradní péče. Nejzávažnější kombinací rizikových vlivů je pokus matky o potrat kombinovaný s výchovou chlapce v kojeneckém ústavu během prvního roku života.*



### Předškolní věk

Dítě se postupně učí vědomě chtít (i nechtít) ovládat své vlastní i psychické procesy. Často prosazuje svou vůli v sociálních vztazích, přičemž nápadné je zvláště odporování vůli druhých (aktivismus). V těchto střetech si osvojuje princip spravedlivého řádu a dospělého vnímá jako autoritu, která tuto spravedlnost reprezentuje. Předškolák se ještě nedokáže vyrovnat s nepřiměřenou odpovědností, vytýkáním „lži“, nejistým zázemím (ostré předrozvodové hádky rodičů, týrání či zneužívání) – takové nevhodné přístupy mohou být příčinou tzv. obranných mechanismů. Může jít o agresivní projevy chování vůči okolí i sobě (děti se fackují, štípají, škubou si vlasy), může jít o „stažení dítěte do vlastního světa“ (přestává si hrát, nekomunikuje, uníká do nižších věkových kategorií – začíná se např. pomočovat apod.).

Velmi záleží na tom, v jakém prostředí dítě vyrůstá, jakou pozornost věnuje jeho okolí emocionálním projevům, jaké modely chování může napodobovat. Právě zde jsou pokládány základy kvalitních mezilidských a partnerských vztahů v dospělosti.

Rozvíjí se také svědomí a dítě často experimentuje ve smyslu porušování a překračování pokynů a příkazů. Potřebuje zjistit, co se stane, když neposlechne. Nevhodná výchova může vypěstovat zvláště citlivé kruté svědomí, které na dlouhou dobu, někdy až do dospělosti, sváže iniciativu jedince a každé odvážnější přání proměny v neurotický konflikt.

Role dospělých je pro formování morálního citění dítěte nezastupitelná. Je nutné pečlivě a trpělivě vysvětlovat jemné rozdíly mezi každodenními jevy, jako např. vypůjčit si a někomu něco sebrat, škodolibost a žert apod. U předškoláků se projevuje nepřiměřený vývoj sebevědomí spojený s vychloubáním, což je třeba také korigovat se životem mezi vrstevníky. Je to období velmi důležité z hlediska vytvoření morálně-etického základu a dospělí jsou dítěti jednoznačně vzorem a modelem.

### Školní věk

Asi do pátého ročníku je toto období charakterizováno jako „období píle“ a dítě si v něm osvojuje vztah k práci

prostřednictvím plnění školních povinností. Novým citem je pocit méněcennosti, jímž se učí reagovat na nezdár a který je stimuluje k vyšší výkonům. Trvalé neúspěchy mohou však vést k tomu, že pocit méněcennosti převáží, dítě se stává „outsiderem“ a ztrácí důležitou složku životní perspektivy. Příčin může být několik: subnormální inteligence, specifické poruchy učení, syndrom LMD, syndrom hyperaktivity, nejistota citového zázemí domova, nedostatky plynoucí ze školního prostředí apod. Neměly by být přeceňovány vědomosti (vzdělání) na úkor formování osobnosti (výchovy). Uvedené příčiny mohou vyústit např. ve školní fobii, záškoláctví, agresivitu apod.

Následující období (starší školní věk) souvisí se ztotožněním, kdy si dítě nalézá vlastní místo mezi skupinou vrstevníků, a to v soutěži i v solidaritě. Vrstevnická skupina nabývá zvláštního významu, dítě má tendenci citově se odvracet od rodičů (v dobrém případě jen dočasně). Nebezpečím tohoto období je ztráta místa ve vrstevnické skupině a „couvnutí“ do dětské závislosti na rodině.

*Rostoucí kriminalita dětí a mládeže je spojována také s úpadkem tradičního modelu rodiny, s orientací na vysoký osobní životní standard. Rodiče se jednoduše dětem málo věnují, jsou s nimi málo, odbývají jejich nárok na komunikaci, na sdílení zážitků. Ignorují potřebu autority, která má dětem jasně dát najevo, co je dovolené chování a co ne. Tím může i tzv. dobrá rodina dítě přistrčit ke kriminální dráze. Rodiče si více všimají jiných věcí, třeba finančního prospěchu. Neustále mluví o tom, co kolik stojí, co vše dítěti obětují a neslyšíme je mluvit o tom, jaké jejich dítě vlastně je (jaké má pozitivní a negativní projevy, co ho zajímá nebo jaké má starosti).*



### Adolescence

Dospívající opouští dětské a buduje si nové, dosud nezralé, ale v podstatě už dospělé sebepojetí. Nejpodstatnější otázky tohoto období jsou – kdo jsem, kam patřím, čemu věřím, co hodlám podniknout ve svém životě apod. Někteří jedinci tento přechod k adolescence který se projevuje někdy vyhrocenou krizí, neprodě který se přizpůsobí se požadavkům dospělosti v podstatě dětským způsobem: převezmou nabízené hodnoty, povrchně přijmou role, jejichž přijetí se od nich očekává. Svou krizi pak prožívají se zpožděním několika let, kdy už má neadaptivní podobu. Jiní ztratí svou dětskou identitu, ale nejsou schopni vytvořit si novou. To se projevuje zostřeným prožíváním vnitřních rozporů, rozervaností, bezradností nebo bouřlivým negativismem.

V tomto období jde především o kvalitativní proměnu vztahu mezi rodiči a dítětem, o přechod od dětské závislosti k rovnocennějšímu a citově zdrženlivějšímu, i když ne méně významnému vztahu. To bývá stejně obtížný problém pro rodiče

jako pro dítě. Konflikty se mohou projevit neurotickou nebo jinou patologií.

Korespondenční úkol:

Popište základní zásady vhodného výchovného přístupu a působení na dítě předškolního věku. Uveďte příklad nevhodné výchovy.



Doporučená a citovaná literatura:

Gutvirth, J.a kol. *Základy dětského lékařství pro speciální pedagogii*. SPN, Praha 1980.

Klenková, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Paido, Brno 2000. ISBN 80-85931-91-5.

Koukolík, F. *Lidský mozek*. Praha, Portál 2002. ISBN 80-7178-632-2.

Mertin, V., Gillernová, I. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Portál, Praha 2003. ISBN 80-7178-799-X.

Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2000. ISBN 80-7178-308-0.

### 3.2.2 Sekundární prevence

– jejím hlavním úkolem je zabránit nepříznivému vývoji u vzniklého defektu a vzniku případných sekundárních důsledků postižení. Hlavní oblasti tvoří :

- a) včasná diagnostika odchylek, onemocnění, postižení
- b) poskytnutí účinné pomoci, péče

Diagnostika (z řec. *diagnósis = poznání*) – je diagnostická činnost, která má ve speciální pedagogice své specifické rysy. Především určuje, co do speciální pedagogiky jako objektu péče patří, popř. co už do ní nenáleží, tj. vydělují se lidé postižení od zdravých a nemocných. Dále je třeba rozpoznat, zda sekundární důsledky postižení hrozí, začínají nebo se již vyvinuly a zafixovaly a jejich příčiny. Účelem diagnostiky je určit možnosti socializace a prostředky speciální výchovy.



Diagnostika osob s postižením by měla probíhat komplexně, interdisciplinárně. Měli by se na ní podílet odborníci jako je lékař,

psycholog, speciální pedagog, sociální pracovníce a dle potřeby ještě další. Jen tak lze získat objektivní pohled na postiženého člověka. V průběhu diagnostického procesu by neměly existovat vztahy nad a podřazenosti mezi jednotlivými zastoupenými obory. Podmínkou tohoto přístupu je však dostatečná informovanost a poznatky každého zúčastněného odborníka.

Speciální pedagog může plně docenit lékařskou a psychologickou diagnostiku, která představuje výchozí poznatky pro jeho působení, jen tehdy, jestliže jí plně rozumí a je způsobilý ji adekvátně interpretovat ve výchově a vzdělávání.

ad a)

#### Lékařská diagnostika

se zaměřuje na zjištění příznaků chorob či postižení a snaží se určit jejich rozsah a stupeň. Cílem diagnostiky v medicíně je terapie, léčba pacienta. Diagnóza v medicíně stanoví druh choroby, či postižení a v oblasti speciální pedagogiky je východiskem pro pedagogické vedení a působení. Speciální pedagog se ve své diagnostické činnosti zaměřuje kromě patologie hlavně na zachované a neporušené funkce, které jsou pro něj východiskem reedukační a kompenzační při nápravě a zmírňování důsledků postižení pro člověka.

#### Psychologická diagnostika

se při vyšetřování osobnosti postiženého jedince zaměřuje na psychické vlastnosti, procesy a stavy včetně postoje k vlastnímu postižení. Napomáhá speciálnímu pedagogovi porozumět životní situaci osob s postižením, aby ten mohl efektivně působit na úroveň a kvalitu jejich vzdělání, výchovy a možnosti zařazení do společnosti.

Pro lidi s postižením neexistuje žádná zvláštní „jiná“ psychologie, ale porozumění jejich psychice nutně předpokládá znalost obecné a vývojové psychologie. Je také prokázáno, že neplatí žádná přímá úměrnost mezi nějakým určitým druhem defektu a určitými povahovými rysy člověka s postižením.

*Zcela nepodložené jsou všechny představy, které se dosud porůznu udržují, jako by např. lidé „hrbatí“ byli už v důsledku toho zpravidla zlostní a zarputilí, lidé „šilhaví“ falešní, lidé „koptaví“ lháři apod. Takovéto rovnice mají totiž pradávňý původ a byly po dlouhé věky předávány z generace na generaci lidovou tvořivostí i uměleckým zpracováním. Není tedy divu, že jsou v lidském povědomí tak hluboce zakořeněny. I v pohádkách a pověstech bývá lidské zlo spojeno s tělesnou ohyzdností, vady charakteru s nápadnostmi ve*





*vnějším zjevu, defekt mravní s defektem tělesným. Připomeňme třeba Polednici v Erbenově Kytici: „Malá, hnědá, tváři divé pod plachetkou osoba; o berličce, hnáty křivé, hlas – vichřice podoba!...“*

....

Aby mohl speciální pedagog zaměřit své výchovné působení v zájmu rozvoje schopností dítěte s postižením, musí jej dobře znát a orientovat se v jeho psychice.

#### Diagnostika v sociální oblasti

se orientuje na sociální prostředí, jež spolupůsobí na utváření osobnosti, a které ovlivňuje výchovu, postoje a vztahy postiženého ke světu i k sobě samému.

#### Diagnostika v pedagogice

Se zabývá zdravým jedincem, který je co do úrovně inteligence, smyslových a tělesných funkcí i sociálního chování v pásmu normy a může probíhat individuálně i skupinově.

#### Diagnostika ve speciální pedagogice

Speciálněpedagogická diagnostika obohacuje diagnostiku intaktní populace o zaměření na osoby, které se od normy odchyľují a vyžaduje jen individuální přístup. Je jednou z podmínek integrace žáků s postižením do běžných škol, neboť je předpokladem zpracování individuálního vzdělávacího plánu.

Tento plán je prostředkem k optimalizaci výchovně vzdělávacího procesu u dětí se specifickými potřebami.

*Např. bude-li učitel u dítěte s projevy specifických poruch učení uplatňovat přístup bez zdůraznění individuálních úspěchů, lze s velkou pravděpodobností očekávat ztrátu motivace, nezáměr a posléze se mohou objevit též kázeňské problémy.*

Cíl mají obě diagnostiky stejný – optimalizovat výchovu a vzdělávání jedince.

*Pedagogická diagnostika má v českých zemích dlouholetou tradici, která sahá až do období J.A.Komenského, který se v Informatoriu školy mateřské v kapitole Jak dlouho mládež v mateřské škole zdržovat sluší zamýšlel nad vhodností nástupu dítěte do školy.*

ad b)

Teprve na základě včasné a správné diagnózy, která je výsledkem diagnostického procesu, můžeme dítěti poskytnout optimální komplexní speciální výchovu a vzdělávání. Vrcholem těchto snah je umožnit dětem s postižením vzdělávat se a připravovat se na život

mezi zdravými vrstevníky formou individuálního vzdělávacího programu, který vychází z dokonalého poznání dítěte a porozumění jeho specifickým potřebám.

V dospělém věku se diagnostika zaměřuje na možnosti co nejdokonalejšího znovuzařazení osoby s postižením (následkem úrazu, amputace, obrny, závažného onemocnění, zhmoždění mozku apod.) do společnosti.

Poskytováním včasné a účinné pomoci bychom měli lidem s postižením pomáhat vyrovnat se s handicapem a dodávat mu pocit sebejistoty, bezpečnosti, vlastní důležitosti a společenské potřeby. Předcházíme tím vzniku a rozvoji sekundárních důsledků postižení.

Příkladem efektivní sekundární prevence jsou aktivity logopedů ve Švýcarsku. Působí přímo na nemocničních odděleních pro nedonošené novorozence, kde těmto dětem přiměřenou masáží mluvidel (orofaciální oblasti) ovlivňují sací reflex. Ten je jedním z předpokladů nenarušené pohyblivosti (motoriky) mluvidel. U nedonošených dětí se sací reflex buď ještě nevyvinul nebo hrozí jeho vyhasnutí v důsledku umělé výživy při umístění v inkubátoru.



### 3.2.3 Terciární prevence

- jejím hlavním úkolem je odstranění nebo zmírnění již existujících sekundárních důsledků postižení, popř. jejich dalšímu negativnímu vývoji.

Jako příklad můžeme uvést terciární prevenci zaměřenou na snížení dopadu důsledků mentálního postižení na jedince. Do této oblasti prevence proto spadá veškerá psychopedická péče. Cílem terciární prevence je co možná nejvyšší míra socializace jedince s postižením. Příklad realizace terciární prevence:

*Marek je mladý muž s Downovým syndromem a je klientem ústavu sociální péče. V rámci volnočasových aktivit dochází do divadelního kroužku občanského sdružení Spolu. V rámci dramatických aktivit toto sdružení ve spolupráci s pěveckým sborem místního gymnázia nastudovalo se svými klienty muzikál - s obsazením Marka v hlavní roli. Markův výkon zaujal vedoucího činohry stálé scény „kamenného divadla“ a obsadil jej do drobné (ale důležité – jak tvrdí Marek) role právě studované hry.*



Kontrolní otázky:

1. Vyjmenujte stupně a úkoly prevence.
2. Co je to pozitivní a negativní eugenika a jak je uplatňována v prevenci orgánových defektů?
3. Vysvětlete termín „nedonošenost“ a popište důsledky tohoto stavu pro vývoj dítěte.
4. Charakterizujte primární prevenci funkčních defektů v jednotlivých vývojových obdobích.
5. Definujte cíle lékařské, psychologické, pedagogické, speciálněpedagogické a sociální diagnostiky.
6. Jaký je rozdíl mezi speciálněpedagogickou diagnostikou v dětském věku a v dospělosti?

Shrnutí

Každý jedinec s postižením je charakterizován nejen svým postižením (jeho druhem, hloubkou, dobou kdy k defektu došlo, jeho příčinami a následky), ale především svými individuálními vlastnostmi, které ho odlišují od ostatních, a které mohou výrazně ovlivnit jeho prožívání handicapu, jeho vztah k sobě a ostatním lidem v jeho sociálním prostředí a tím i postoj prostředí k němu, člověku s postižením či jiným znevýhodněním. Poznávání zvláštností postiženého či znevýhodněného člověka se zabývá speciálně pedagogická diagnostika, která má interdisciplinární charakter. Poznatky získané v průběhu tohoto procesu se stávají východiskem všech dalších opatření ve speciální pedagogice, která sledují výchovně vzdělávací cíle a možnosti co nejlepší začlenění do společnosti. Součástí diagnózy je prognóza, která v sobě obsahuje potenciální možnosti jedince, kterých může za určitých podmínek dosáhnout, ať už se jedná o děti, mládež či dospělého člověka s postižením.



1. korespondenční úkol:

Jaký je rozdíl mezi speciálně pedagogickou diagnostikou a diagnostikou v lékařství, psychologii, pedagogice a sociální oblasti ?



2. korespondenční úkol:

Zamyslete se, do jaké míry ovlivňují předsudky postoje k osobám s postižením, popř. uveďte konkrétní příklad.

Použitá a citovaná literatura:

Matějček, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. H+H, Jinočany 2001. ISBN 80-86022-92-7.

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

Přinosilová, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. MU Brno 2004. ISBN 80-210-3354-1.

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

Valenta, M., Müller, O. *Psychopedie*. Parta, Praha 2003. ISBN 80-7320-039-2.



**Vysvětlivky k symbolům:****Příklad .****Úkol k textu.****Úkol k zamyšlení.****Část pro zájemce.****Korespondenční úkol.****Shrnutí kapitoly.****Otázky.****Průvodce studiem****Další zdroje.**

Zde vložte nebo napište vlastní text. Text může být proložen příklady, úkoly atd. Nejpoužívanější distanční prvky jsou uvedeny **na následujících dvou stránkách**. Ikonky jsou ukotveny k tučně psanému nadpisku a posunují se s textem. Nejvhodnější metodou použití je zkopírování nadpisku a dalšího řádku do clipboardu a jeho vložení na potřebné místo. Ikonka se automaticky zkopíruje také.

Vnější okraj je vyhrazen pro tzv. popisný sloupec, určený pro ikonky a marginálie.

Na konci každé kapitoly vložte „konec oddílu a pokračovat na liché stránce“. Pak do záhlaví této liché stránky napište jméno nové kapitoly, přičemž nejprve zrušte volbu „záhlaví stejné jako minulé“, aby se Vám nepřepsalo předchozí záhlaví.

Verze pro liché stránky:

**Příklad (nebo Řešená úloha).**

Zde vložte nebo napište text příkladu nebo řešené úlohy.



**Úkol k textu.**

Zde vložte nebo napište text úkolu.



**Úkol k zamyšlení.**

Zde vložte nebo napište text úkolu.



**Část pro zájemce.**

Zde vložte nebo napište text úkolu.



**Korespondenční úkol.**

Zde vložte nebo napište text úkolu.



**Shrnutí kapitoly.**

Zde vložte nebo napište shrnutí kapitoly.



**Otázky.**

Zde vložte nebo napište kontrolní otázky ke kapitole.



**Úloha č. 1.**

Zde vložte nebo napište text úlohy.



**Úloha č. 2.**

Zde vložte nebo napište text úlohy.



**Průvodce studiem.**

*Zde napište neformální vstup autora do textu (zhodnocení kapitoly, rady a povzbuzení atd.). Pozor, tento rám a ikonka po pravé straně jsou uchyceny k předchozímu řádku a rovněž se posunují s textem.*



**Příklad marginálie:**

text text text text text text text text text text text text text text text text text text  
Před vložením marginálie je vhodné kliknout do odstavce, u kterého má být umístěna.

*marginálie*

**Další zdroje.**

Zde napište další zdroje, mající vztah k dané kapitole a které nejsou uvedeny v závěrečném přehledu literatury.







## **Ř E Š E N Í   Ú L O H**

Zde vložte nebo napište řešení a výsledky úloh.



Řešení úloh může přetéci na tuto nebo i další stránky.

## L I T E R A T U R A



1. POLÁK, J. *Přehled středoškolské matematiky*. 6. vyd. Praha: Prometheus, 1997.
- 2.



Další zdroje mohou přetéci na tuto nebo i další stránky.

**POZNÁMKY**