

Kapitoly ze speciální pedagogiky

Eva Mrázová



2017

OBSAH

Úvod.....	4
1 Vývoj péče o postižené jedince z historického pohledu.....	5
1.1 Vývoj oboru speciální pedagogika, současné pojetí a cíle.....	6
1.2 Obory speciální pedagogiky.....	7
1.2.1 Postižení, vady, poruchy dělení, příčiny.....	9
1.3 Faktory ovlivňující vývoj jedince z hlediska doby jejich vzniku.....	10
2 Komprehenzivní (ucelená) péče a její složky.....	11
2.1 Terapie jako součást komprehenzivní péče.....	14
3 Speciálně pedagogické metody.....	16
4 Péče a vzdělávání o jedince s postižením.....	17
4.1 Raná péče.....	17
4.2 Předškolní a školní vzdělávání.....	18
4.3 Vývoj péče – shrnutí.....	21
4.4 Celoživotní vzdělávání, zapojení do pracovního procesu.....	22
5 Školská poradenská zařízení.....	23
5.1 Pedagogicko psychologické poradny (PPP).....	23
5.2 Speciálně pedagogická centra (SPC).....	24
6 Speciálně pedagogická diagnostika.....	25
6.1 Diagnostické metody ve speciální pedagogice.....	25
7 Edukace osob s mentálním postižením.....	26
7.1 Vymezení pojmu, příčiny.....	26
7.2 Klasifikace mentální retardace.....	28
7.3 Charakteristické rysy a projevy osob s mentálním postižením.....	30
7.4 Vzdělávání mentálně postižených osob.....	30
8 Porucha autistického spektra.....	32
8.1 Terminologické vymezení.....	32
8.2 Edukace a terapie jedinců s PAS.....	34
9 Edukace osob se somatickým postižením.....	34

9.1 Tělesná postižení.....	34
9.2 Vrozená tělesná postižení.....	35
9.3 Získaná tělesná postižení.....	37
9.4 Dětská mozková obrna.....	39
9.5 Edukace osob s tělesným postižením.....	41
9.6 Edukace nemocných a oslabených.....	43
10 Edukace osob s narušenou komunikační schopností (NKS).....	44
10.1 Poruchy řeči.....	45
11 Edukace osob se sluchovým postižením.....	50
11.1 Sluchové vady.....	50
11.2 Důsledky sluchového postižení.....	51
11.3 Formy komunikace se sluchově postiženými osobami.....	51
11.4 Kompenzační pomůcky.....	52
11.5 Podmínky úspěšné edukace.....	53
12 Edukace osob se zrakovým postižením.....	54
12.1 Zrakové vady.....	54
12.2 Edukace zrakově postižených.....	55
13 Poruchy chování.....	56
13.1 Vymezení základních pojmů.....	56
13.2 Poruchy dětského věku a dospívání.....	58
13.3 Edukace jedinců s poruchami chování.....	61
14 Dílčí oslabení výkonu (DOV).....	61
14.1 Edukace jedinců s dysporuchami.....	64
Literatura.....	65

Úvod

Cílem tohoto textu je podat základní přehled o vývoji, péči a možnostech edukace osob se speciálními vzdělávacími potřebami. První část textu je věnována obecným informacím, druhá část je již zaměřená na jednotlivé pédie.

Text je určen nejen učitelské, ale i široké veřejnosti, která chce nebo potřebuje získat základní přehled o speciální pedagogice jako vědním oboru a o základních otázkách, kterými se zabývá.

Předložený text vzhledem k obsáhlé problematice speciální pedagogiky nemůže postihnout komplexní a vyčerpávající odpovědi na všechny otázky a problémy, které se v rámci speciální pedagogiky řeší. Pozornost je především věnována těm jevům, se kterými se mohou čtenáři textu nejčastěji setkat.

1 Vývoj péče o postižené jedince z historického pohledu

klíčová slova: postoj společnosti, speciální pedagogika, normalita, vada, postižení, znevýhodnění, ohrožené dítě, didaktogenie

Různé odchylky a postižení u lidí byly v každé formaci lidské společnosti středem pozornosti a zájmu. Postoj společnosti k těmto lidem závisel na vyspělosti, kultuře, filozofii, zákonech, ekonomice a potřebách státu.

V době prvních starověkých civilizací a států převažovala vůči takovým lidem represivní opatření. O osudu novorozenců s postižením ve Spartě rozhodovala podle Lykurgovy ústavy rada starších. Děti s postižením mohly být pohozeny v pustině nebo shazovány do propasti v pohoří Taygetos. (Sovák, 1980). V Athénách podle zákonů Solonových mohli být zabíjeni postižení na základě vyjádření porodní báby. (Lechta, 2010).

V antickém Římě byl přístup k postiženým podobný jako u Řeků. Postoj v římské společnosti k takovým lidem nebyl pokaždé stejný. Do Říma na trh byly přiváženy osoby s rozličným postižením, které byly prodávány do otroctví. Římané je pak využívali k různým službám, např. k obveselování jako šašky případně osoby trpasličího vzrůstu, jež převážně pocházely z alpských oblastí, kde lidé trpěli endemickým kretenismem k špionážním účelům, jak se můžeme dočíst v knize Dcery Říma (Kinkelová, 2007). Ne všechny osoby postižené z různých společenských vrstev byly likvidovány. Z literatury víme, že císař Cladius trpěl pravděpodobně dětskou mozkovou obrnou. V zápisech Plinia mladšího (62. - 114 n. l.) se lze dočíst, že osobní lékař císaře Marka Aurelia se pokoušel léčit jeho slabomyslného syna. Už v té době rozlišoval slabomyslnost vrozenou a získanou. (Franiok, 2003). A řada archeologických nálezů dokládá, že i ve starověku přežívali postižení lidé, kterým se dostávalo patřičné péče. (Titzl, 2000). Převažující represivní přístup v antice podle Lechty vychází ze skutečnosti, že řecká i římská výchova byla zaměřena na pozemské hodnoty pravdy, krásy, dobra, popřípadě fyzickou zdatnost. To nezakládalo důvod pro péči o jedince s postižením, u kterého nabylo možno tyto hodnoty rozvíjet. (Lechta, 2010, str. 58).

Akceptace lidí s postižením je posléze ovlivněna rozvíjejícím se křesťanstvím. Podstatou křesťanského učení je milovat boha a zároveň bližního jako sebe samého. Je zdůrazněna pomoc, láska a péče o chudé, nemocné a lidi s různými postiženími a je třeba jim prokazovat mimořádnou pozornost (Lechta 2010, str. 61.) Je zakázáno postižené zabíjet

(Desatero božích přikázání). Jsou zakládány první útulky u klášterů, klášterní špitály nebo nalezince. Objevují se také první organizovaná společenství lidí s postižením. Např. v r. 1454 vzniklo Bratrstvo tělesně postižených, slepých a jiných lidí). (Lechta, 2010, str. 60.)

S nástupem renesance a osvícenectví dochází k vyšším humánním pohledům na potřeby postižených osob. Přispívají k tomu nové objevy a chápání světa. Východiskem světa se stal člověk jako myslící bytost. Postižení není trestem Božím, ale s rozvojem vědeckého zkoumání se začínají hledat příčiny postižení a hledat cesty, jak osobám s postižením pomoci. Komenský ve svých dílech prosazuje právo na vzdělání všem bez rozdílu. Pro postižené začínají vznikat ústavy a zařízení, o kterých můžeme říci, že s jejich zřizováním začínají počátky institucionalizované péče o postižené. Dochází k zpracování metod pro pomoc při výchově např. dětí neslyšících, je dán základ systematické péči o nevidomé a v r. 1784 pro ně v Paříži Valentin Haüy založil ústav.

V druhé polovině 19. století a v první polovině 20. století, dochází k zakládání velkého množství speciálních škol a zařízení pro postižené jedince. Jde o organizované počátky, institucionalizované péče. Vzniká také celá řada organizací a spolků, zaměřených na jednotlivá postižení.

V druhé polovině 20. století objevuje se nový trend v přístupu k jedincům s postižením. Vznikají snahy o maximální možnost integrovat postižené jedince do většinové společnosti. Ve vzdělávání dochází k začleňování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do hlavního vzdělávacího proudu.

Na přelomu 20. -21. stol nastupuje inkluzivní přístup společnosti bez ohledu na individuální rozdíly, na druh speciálních potřeb, na rozdíly ve výkonu jedince. Inkluze je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení. V inkluzivním přístupu jsou tedy osoby s postižením zapojovány do všech běžných činností jako lidé bez postižení.(Slowik, 2007, str. 32)

1.1 Vývoj oboru speciální pedagogika, současné pojetí a cíle

Speciální pedagogika se jako věda začíná formovat na přelomu 19. - 20. stol. Vychází z názorů Komenského a Peztaozziho Stejně tak dlouho, jak se vyvíjela péče o postižené jedince, provázela vývoj oboru i rozličná terminologie. Během historie se můžeme setkat

s termíny, jako je pedologie, pedopatologie, nápravná pedagogika, pedagogická defektologie, defektologie, speciálně pedagogická defektologie. Až v 70tých letech 20. století se název zásluhou Miloše Sováka ustálil na názvu speciální pedagogika, i když tento název použil poprvé Bohumír Popelář již v roce 1957.

V současném pojetí chápeme speciální pedagogiku jako objekt intencionálního působení na jedince s různým druhem a stupněm postižení (znevýhodnění) tak, aby dosáhl co nejvyššího stupně socializace či resocializace. Oproti koncepci Sováka, která se zaměřovala na vzdělávání, výchovu a péči dětí a mládeže, současná speciální pedagogika se svou uceleností zabývá problematikou jedince s postižením od jeho narození až po stáří. Centrem zájmu speciální pedagogiky není samotné postižení, ale jeho záporný důsledek, který ovlivňuje kvalitu života člověka, jeho postavení a sociální vztahy. K tomu, aby se v maximální míře dostala potřebná odborná intervence a podpora každému, kdo je postižením znevýhodněn, hledá speciální pedagogika nové směry a metody. Využívá k tomu nové poznatky vědy a techniky a reaguje také na společenské změny, související s přístupem společnosti k osobám se znevýhodněním.

1.2 Obory speciální pedagogiky

Široká škála postižení a jeho různorodost předpokládá využití specifických metod a přístupů ke každému jedinci. To také vyžaduje speciální přípravu osob, které pečují nebo vychovávají a vzdělávají zdravotně postižené.

Pro snazší orientaci a výběr metod a specifických přístupů členíme speciální pedagogiku podle druhu postižení jedince, který je předmětem speciálně výchovné péče na jednotlivé pédie. (Paidea – řecky výchova)

Psychopedie je oblast speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou, vzděláním a péčí o mentálně postižené.

Etopedie je oblast speciální pedagogiky zabývající se jedinci s poruchami v sociálních vztazích a chování.

Somatopedie je oblast speciální pedagogiky, která se věnuje jedincům s tělesným postižením, nemocným a oslabeným. Logopedie je oblast speciální pedagogiky zabývající se jedinci s poruchami komunikace.

Surdopedie je oblast speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou, vzděláním a péčí o jedince se sluchovým postižením.

Tyflopedie (oftalmopedie) je oblast speciální pedagogiky, zabývající se vzděláváním a výchovou a péčí o jedince se zrakovým postižením.

Speciální pedagogika osob s dílčím oslabením výkonu (poruchy učení, ADD, ADHD).

Speciální pedagogika osob postižených sdruženými vadami.

Vymezení základních pojmů

Vada, porucha, defekt (impairment) je ztráta či abnormalita v psychologické, anatomické nebo fyziologické struktuře či funkci. (Př. vrozená vada – dysmelie)

Postižení (disability) je omezení nebo nedostatek schopnosti vykonávat určitou činnost způsobem nebo v rozsahu považovaném za normální pro lidskou bytost. (Omezená schopnost užívání ruky k běžným úkonům)

Postižený je takový jedinec, který trpí nějakým druhem tělesného, duševního či smyslového nebo řečového poškození, které mu bez speciální pomoci více méně znemožňuje splnit požadavky běžného vzdělávacího procesu a provozu.

V literatuře se setkáváme i s termíny – zdravotně postižený nebo jedinec se zdravotním postižením.

Znevýhodnění je záporný důsledek postižení na činnost jedince. Zasahuje jednak kvalitu i kvantitu činnosti samotné, jednak postavení a sociální vztahy jedince. (Činnosti vyžadující rozvinutou jemnou motoriku, volba povolání)

Ohrožené dítě je takové, u kterého se podmínky prostředí (fyzikální, biologické, chemické, psychické či sociální) změnilo natolik, že mohou bezprostředně poškozovat jeho vývoj a začleňování do společnosti. (Dunovský, 1989, str. 120)

Aptibilita je schopnost vykonávat nějakou činnost v rozsahu a tak, jak je vnímáno u člověka za normální.

„**Normální** je to, co je v dané společnosti obvyklé. Normou je to, co společenská kritéria jako normální vymezují, obvykle ke své tradici. Jakkoli odlišní lidé jsou považováni za nenormální, především proto, že se vymykají běžnému očekávání.“ (Vágnerová, 1999, s. 20 -21).

Abnormalita představuje poruchy v optimálním vývoji a existenci jedince. Vzhledem k tomu, že trvalá zdravotní postižení způsobují změnu normální kvality života a jsou překážkou v realizaci možností jedince, odráží se někdy i v chování postiženého člověka. To ovšem neznamená ještě abnormalitu, ale pouze modalitu v jeho chování ve vztahu k postižení.

V tradičním pojetí je postižení chápáno jako významná kvantitativní a kvalitativní odchylka od normálního vývoje, které se projevuje primárními a sekundárními příznaky. (Lechta, 2010, str. 43.) Koncepce postižení podle WHO z r. 1980 je založena na třech determinantech: **Biologicko-organových**, **psychicko-funkcionální** a **sociálních**. Podle tohoto pojetí jsou příčinou zpravidla dlouhotrvající ireverzibilní biologicko - organové faktory, tj. taková poškození, která definitivně odchylojí vývoj jedince od běžného průběhu vývoje a důsledkem toho se některé funkce naruší nebo nerozvinou. Somatické změny vedou somatopsychickým poruchám a následně se objeví v narušených sociálních vztazích.

Podle revize WHO v r. 2001 nová definice obsahuje tyto aspekty: biologické postižení, následné somatopsychické poruchy funkcí a třetí, interpersonální, sociální úroveň, která se projeví handicapem tehdy, když se jedinec octne v nevýhodné situaci. (Lechta, 2010 str. 52). Trvalou nevýhodnou situací rozumíme nevýhody jedince, které vznikly jako následek předešlých negativních procesů a ztěžují mu realizovat se v každodenním životě.

Nové pojetí postižení klade důraz na sociální dimenzi postižení, překonávání stigmatizace a diskriminace lidí s postižením. Handicap komplikuje spíše jeho stigmatizace než společenská adaptace jedince s postižením. Tak, jak je jeho problém chápán okolím. Např. rodičům s postiženým dítětem tolik nedělá starost, že se dítě vyvíjí pomaleji, ale to, že při cestování či pobytu na hřišti s postiženým dítětem bývají centrem pozornosti.

Míra stigmatizace (stejně jako míra znevýhodnění) je u každého jedince jiná. Závisí na stupni postižení, době vzniku, osobnostních vlastnostech jedince, materiálních podmínkách, prosociálním klimatu společnosti.

1.2.1 Postižení, vady, poruchy dělení, příčiny

Z hlediska biologického je můžeme dělit na: **organové** (chybění, vada orgánu), které mohou být způsobeny:

- vývojovou vadou (rozštěp páteře, rtu, patra, různé anomálie),
- nemocí (postižení vzniklé po prodělané klíš'ové encefalidě),

- úrazem.

Funkční, projevující se poruchou orgánové funkce, aniž by systém orgánu byl narušen, (např. neuróza žaludku, srdeční apod.). Téhož charakteru jsou poruchy chování a sociálních vztahů.

Z hlediska stupně postižení:

- lehké - hraniční, zvládnutelné běžnými prostředky,
- střední - které vyžaduje speciální přístup odborníka specialisty,
- těžké, kdy jsou osoby s postižením odkázány na pomoc (ústavy).

Podle doby vzniku: dědičné, vrozené, získané.

Z hlediska druhu postižení rozlišujeme postižení:

tělesná, zraková, mentální, sluchová, vady a poruchy řeči, poruchy chování, parciální nedostatky (specifické poruchy učení a specifické poruchy chování), postižení se sdruženými více vadami.

1.3 Faktory ovlivňující vývoj jedince z hlediska doby jejich vzniku

Prenatální faktory ovlivňující vývoj dítěte:

- genetické mutace a chromozomální odchylky v počtu nebo struktuře chromozomu. Mezi nejčastější numerické anomálie patří trizomie 21 páru chromozomů známou jako Downův syndrom. Syndrom tzv. kočičího pláče je důsledek ztráty části krátkého raménka u chromozomu č. 5.
- Teratogenní vlivy mohou mít fyzikální, chemickou nebo biologickou povahu. Mezi fyzikální můžeme zařadit vliv záření, úraz, chemické působení jedů, drog, některých léků.
- Z biologických vlivů lze uvést infekční onemocnění matky. Nebezpečný je virus rubeolly, cytomegalovirus, herpes simplex virus, toxoplasma gondii.
- Vývoj plodu může ovlivnit i zátěžová situace matky (osamělost a nepříznivá sociální situace). Úzkostné stavy matky nebo odmítání dítěte.

Perinatální faktory ovlivňující poškození dítěte:

- hypoxie nebo asfyxie plodu při dlouhotrvajícím porodu,

- infekce získaná během porodu,
- inkompabilita RH faktoru,
- zvýšená hladina bilirubinu v krvi (novorozenecká žloutenka),
- mechanické poškození plodu (např. klešťovým porodem).

Postnatální faktory:

Mezi postnatální faktory můžeme zařadit:

- biologické vlivy - zánětlivá onemocnění mozku, úrazy,
- psychosociální vlivy - emoční karence (nechtěné dítě),
- sociální faktory ovlivňují vývoj jedince svými nedostatky ve fungování společnosti jako celku. Jedinec je ohrožen ve svém vývoji zvýšeným výskytem nežádoucích jevů ve společnosti, jako je trestná činnost, násilí, agrese, alkohol, drogy. Společnost také není dostatečně vybavená morálními vlastnostmi, znalostmi o odlišnosti minorit, o různých náboženstvích apod.

Významnou úlohu ve výchově dítěte hraje rodina a škola. Nevhodné či nesprávné působení učitele, vychovatele vede u dětí k didaktogenní poruše. Ve škole např. přecvičování leváka, nerespektování projevů dítěte s ADHD, nevhodné slovní odmítnutí, nespravedlivé známkování apod. Didaktogenní poruchy se pak u dětí projevují různými druhy neuróz, agresí, negativismem apod. Psychosomatické potíže se pak projevují bolestmi hlavy, břicha.

Podle povahy můžeme dělit postižení : - na reversibilní (zvratné) např. u funkční poruchy,

- ireversibilní (nezvratné) např. orgánová vada.

2 Komprehenzivní (ucelená) péče a její složky

Klíčová slova: komprehenzivní péče, obsahová složka, časový sled, terapie

Souhrn veškeré péče o jedince nazýváme komprehenzivní rehabilitační péčí (KRP). Ve starší literatuře je označována jako komplexní rehabilitační péče.

Podle definice OSN komprehenzivní (ucelená) rehabilitace je „proces, při kterém má koordinované a kombinované uplatnění lékařských, sociálních, výchovných a pracovních opatření umožnit občanům se zdravotním postižením podzvednout se na co nejvyšší možnou funkční rovinu a plně se zařadit do společnosti“. (Rauterová in Jesenský, 1995)

KRP podle Jesenského (1995) lze vyjádřit u dětí a mladistvých vzorcem:

$$\text{KRP} = \text{LR} + \text{PeR} = \text{ORF} + (\text{ORO} + \text{ORSKP}) + \text{ORPP}$$

U dospělých zdravotně postižených:

$$\text{KRP} = (\text{LR} + \text{SR} + \text{PR}) = (\text{ORF} + \text{ORSP}) + \text{ORPP}$$

U starších zdravotně postižených osob a u práce neschopných:

$$\text{KRP} = (\text{LR} + \text{SR}) = \text{ORF} + (\text{ORO} + \text{ORSP})$$

Vysvětlivky:

KRP - komprehenzivní rehabilitační péče

LR - **lékařská rehabilitace** – jejím hlavním úkolem je usilování o odstranění defektů organismu a poruch jeho funkcí. Aplikuje se převážně individuálně ve zdravotnických zařízeních. LR se snaží vytvářet předpoklady pro rozvoj osobnosti a její socializaci.

SR - **sociální rehabilitace** se snaží o rozvoj schopností postiženého jedince, o prevenci nebo odstranění faktorů způsobující dezintegraci osobnosti. Vytváří tak předpoklady pro samostatnost, nezávislost, integraci mezi intaktní společností, pro pracovní uplatnění. Provádí se v zařízení sociálního zabezpečení, ve školství, v občanských sdruženích.

PeR- **pedagogická rehabilitace** zajišťuje vzdělání přiměřené stavu a možnostem postižené osoby s cílem jejího zapojení do produktivní práce a širšího společenského prostředí. U dětí a mládeže se realizuje buď v běžném typu školy, do níž je postižená osoba integrována nebo ve speciálních školách, či dalších školských zařízeních, u dospělých osob je tato činnost realizována např. prostřednictvím občanských sdružení a dalšími organizacemi.

PR - **pracovní rehabilitace** navazuje na léčebnou a sociální rehabilitaci a provádí se převážně u postižených osob v produktivním věku. Umožňuje jim vykonávat pracovní činnost buď původní, nebo takovou, která odpovídá jejich zdravotnímu stavu.

ORF - obnovení rozvoje funkcí

ORO - obnovení rozvoje osobnosti

ORSKP- obnovení rozvoje sociálně kulturního potenciálu

ORPP - obnovení rozvoje pracovního potenciálu

Komprehenzivní rehabilitace se projevuje ve dvou rovinách: v **časovém sledu a v obsahu**.

V časovém sledu se projevuje jako péče:

preventivní,

aktuální,

následná.

V obsahové náplni zahrnuje:

Hlavní složky:

léčebná,

pedagogická,

pracovní,

sociální.

Odborné složky:

- psychologická,

- technická,

- právnícká,

- ekonomická.

Preventivní péče začíná již před vznikem jakékoli nemoci či postižení. Je prováděna zdravotníky péčí o nastávající rodiče. V případě určitých pochybností o zdraví budoucího dítěte mohou rodiče navštívit genetickou poradnu. Pak nastupují pravidelné prohlídky matky v těhotenství. Jsou uskutečňována ultrazvuková vyšetření plodu během těhotenství a další vyšetření, např. vyšetření plodové vody u matek vyššího věku. Preventivní péče probíhá i po stránce výchovného poučení péče o dítě ve školách, u lékaře, v poradnách pro těhotné. Pokud selže preventivní péče, následuje **péče aktuální**, ve které má dominantní postavení působení zdravotníků, popřípadě působení středisek rané péče. **Následná péče** navazuje na péči aktuální a působí v ní odborníci jak z oblasti zdravotnické, pedagogické, tak sociální.

Složky po obsahové stránce spolu úzce souvisí. Součinnost jednotlivých složek může mít několik variant v souvislosti se vznikem a stupněm postižení.

Aby rehabilitace byla funkční, měla by působit v součinnosti a rovnováze všech složek a v optimální kombinaci metod a technik působících na zlepšení postižení a zmírnění patologických následků, které vedly k zdravotnímu postižení. V komplexu opatření by neměla chybět pohybová rehabilitace, ostatní složky léčebné rehabilitace, pracovní rehabilitace, rehabilitace vedoucí k nácvičku dovedností potřebných k nezávislému životu ve společnosti, rehabilitace v oblasti obnovy komunikativních dovedností.

2.1 Terapie jako součást komprehenzivní péče

Canisterapie je jedna ze složek zooterapie. Pozitivní působení psa pomáhá ke zlepšení zdravotního stavu jedince. Canisterapií se rozvíjí citová stránka, snižuje se nesmělost, uzavřenost, podporuje se spontánní projev. Velký pes vzbuzuje pocit bezpečí, s malými psy rozvíjíme u dítěte ochranné a pečovatelské postoje. Klient může pochopit, že i pes může být smutný, veselý, nemocný a že je třeba o něho pečovat a mít ho rád. Pes pomáhá při rozvoji rozumových schopností, pohybových schopností, rozvíjení hrubé i jemné motoriky.

Hipoterapie – speciální forma rehabilitace pomocí koně. Dělí se na **hiporehabilitaci**, kdy při pohybu koně se střídá napětí a uvolňování těla a klient je tím nucen neustále se přizpůsobovat pohybové sinusoidě koňského hřbetu, i když sám je v naprosté pasivitě. Rehabilitace je prováděna fyzioterapeutem. Používá se u neurologických diagnóz jako je dětská mozková obrna (DMO), roztroušená skleróza, atrofie svalstva. (Vítková 2007)

Sportovní ježdění pro handicapované je založeno na aktivním ovládnutí koně klientem. Klient se učí jezdit na koni pomocí speciálních pomůcek a změněné techniky jízdy. (Vítková, 2007)

Léčebné pedagogické ježdění a voltizování se používá u pacientů, u kterých se chce vytvořit interakce pacient – kůň – terapeut nebo mezi pacienty samotnými. Kůň je veden na lonži terapeutem nebo se provádí voltizní cvičení. Hlavní cílem je podpora sebedůvěry pacienta, dodání odvahy, samostatnosti, obratnosti, tlumení agresivity, výchova ke kázní. (Vítková, 2007)

Muzikoterapie využívá hudby k léčebnému působení na klienta. Důležitý je prožitek. Základní formy muzikoterapie: **Forma aktivní** - klient hraje na různé nástroje, zpívá, účastní

se hudebně pohybových her. **Forma receptivní** - při níž hudbu poslouchá. Cílem je rozvoj psychosociálních kompetencí, relaxace, reedukace. Zpěv pomáhá při nácviku správného dýchání, pochopení rytmizace, pomáhá při logopedických obtížích, může se projevit spontánní radost ze zpěvu, hudby, slouží jako motivační činitel. Redukuje stavy úzkosti, k vyvedení z apatie, ovlivňuje pozitivně srdečný tep, dechový rytmus, tlak. Pomáhá při hojení ran po operacích. Pomáhá obnovit životní vitalitu. Důležitý je výběr hudby, klientů se spastickými chorobami (DMO) nepouštíme hudbu plnou napětí, velké hlukové intenzity (např. heavy metal apod.). Hudbu můžeme spojit s výtvarnou či pracovní činností, pocity z hudby lze vyjádřit dramatickým ztvárněním.

Psychomotorická terapie je terapie pomocí pohybu. Rovnoměrně rozvíjí fyzickou, psychickou i společenskou stránku jedince. Pomocí psychomotoriky se rozvíjí oblast hrubé a jemné motoriky, koordinace těla, senzomotoriky, sociálních vztahů. Využívá se netradičních snadno přístupných pomůcek (kolíčky na prádlo, noviny, nafukovací balonky, pet lahve, zátky od pet lahví, papírové tácky, drátěnky na nádobí apod.) Má široké uplatnění jak ve všech věkových kategoriích, tak u mnoha postižení jak tělesných, tak smyslových i rozumových.

Terapie hrou. Hra může mít charakter diagnostický, výchovný, terapeutický. Např. terapie hrou zaměřená na práci s dětskými pacienty v nemocnici provádí herní specialista. Prostřednictvím hry pomáhá dítěti pochopit důvody hospitalizace, vysvětluje mu srozumitelnou řečí průběhy vyšetření, operace, pomáhá mu překonat strach z neznámého prostředí a z toho, co ho čeká.

Činnostní terapie pomáhá v reálné situaci hledat smysluplné řešení. Jde o samotné využití práce. Vykonaná práce pomáhá klientu zvykat si na požadavky praxe, aktivně komunikovat s ostatními lidmi a získávat pocit upotřebitelnosti.

Ergoterapie (léčba prací) je součástí rehabilitace u klientů s tělesným postižením. „Ergon“ z řečtiny – práce. V rámci ergoterapie navštěvují klienti různé dílny (keramická, tkalcovská), výtvarné kroužky, cvičné kuchyně apod. Získávání dovednosti pro praktický život, učí se zacházet s kompenzačními pomůckami.

Arteterapie využívá výtvarný projev jako prostředek léčby lidské psychiky. Tento proces má pomocí výtvarných technik působit na vědomí člověka včetně jeho sebevědomí. Pomáhá v rozvoji osobnosti v oblasti duchovní, citové i intelektuální. V arteterapii je těžiště práce v samotném tvůrčím procesu ne v uměleckém hodnocení vzniklého díla. Také tím, že

klient u sebe objeví určité tvůrčí vlohy, může si posílit sebevědomí. Pocity a myšlenky člověka se dají výtvarnou tvorbou lépe vystihnout než slovy. Výtvarná činnost slouží i k odreagování. U pacientů s psychickými problémy pomáhá při upřesnění diagnózy.

Biblioterapie je psychoterapeutická metoda využívající literaturu k záměrnému působení na klienty. Probíhá pod dohledem kvalifikovaného pracovníka. Používá se zejména v rehabilitačních zařízeních, sanatoriích, při léčbě psychicky nemocných, ale i v nápravných zařízeních. Lze ji používat individuálně nebo skupinově a využít při rozhovorech o přečteném problému, možnostech řešení, zážitcích, které četba navodila.

Dramaterapie: podle Valenty (2001) je o záměrné použití divadelních (dramatických) postupů pro dosažení terapeutického cíle. Valenta (2001) uvádí paradivadelní systémy edukační povahy a dramatickou výchovu a divadlo ve výchově. Psychodrama, sociodrama, psychogymnastika, teatroterapie se provádí u osob s mentální retardací, klientů psychiatrických oddělení, dětí se specifickými poruchami učení, klientů s poruchami sociálních vztahů (chování), jedinců se smyslovým a tělesným postižením. Terapie vždy provádí vyškolený pracovník.

Bazální stimulace: se uplatňuje v ošetrovatelské praxi. Cílenou stimulací smyslových orgánů lze zlepšit stav pacientů po traumatických či jiných postiženích mozku, pacientů dlouhodobě nemocných, pacientů v bezvědomí, na umělé plicní ventilaci. Podpora spočívá v podpoře reprodukce paměťových stop z dřívějších vývojových fází. (Friedlová, 2005).

3 Speciálně pedagogické metody

klíčová slova: reedukace, kompenzace, rehabilitace

Speciálně pedagogické metody se dělí podle druhu použitých postupů a podle zaměření na metody:

- reedukační, zaměřené na obnovu postižené funkce,
- kompenzační, zaměřené na náhradní funkce,
- rehabilitační. Rehabilitační činnost je mnohotvárná a vyžaduje spolupráci odborníků z oblasti zdravotnické, školské a sociální. K dílčím rehabilitačním činnostem, jako je výchova k práci, výchova a vzdělávání, tělesná cvičení, rekreace..

4 Péče a vzdělávání o jedince s postižením

Klíčová slova: raná péče, předškolní a školní vzdělávání, podpůrná opatření, exkluze, segregace, integrace, inkluze, poradenská zařízení

Lze říci, že v současné době se dostává speciální péče dítěti s vadou nebo poruchou již od narození (mnohdy již v době prenatálního vývoje). Komplex služeb zajišťují převážně střediska rané péče a posléze péči přebírají speciální pedagogická centra.

4.1 Raná péče

Raná péče je podle zákona 108/2006 součástí preventivní a sociální služby. Péče je poskytována rodinám s dětmi, které mají různé druhy zdravotního postižení.

Podle §54 uvedeného zákona je raná péče terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon 108/2006 sb.).

Cílem rané péče je snížení negativního vlivu postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a jeho vývoj. Zvýšit výchovnou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy. Posílit kompetenci rodiny a snížit její nezávislost na sociálních systémech, vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace.

Raná péče má pro zdárný vývoj dítěte podstatný význam jednak z hlediska neurofyzilogického, vzhledem k tomu, že pro raný věk je charakteristická značná

dynamika vývoje, rychlé vytváření velkého množství nových nervových spojů a drah, intenzivní tvorba paměťových stop, schopnost mozku vytvářet náhradní „cesty“ za poškozené propojení neuronů. Přestože mozek je schopen vytvářet nová nervová spojení po celý život, dovednosti se rozvíjejí nejrychleji a člověk se nejlépe přizpůsobuje změnám právě v raném věku. Čím dříve se cíleně stimuluje oslabená poznávací funkce u dítěte, tím větší je šance dosáhnout maximálního využití kompenzačních schopností jeho mozku. Jednak z hlediska sociálně psychologického, kdy období raného věku má zásadní význam na vytváření emocionálních vazeb mezi dítětem a rodiči. Z pohledu speciální pedagogiky správně zvolený intervenční program dokáže ovlivnit schopnosti dítě a naučí ho v maximální míře využívat oslabené funkce nebo vytvářet náhradní mechanismy za ztracené schopnosti.

Raná péče je klientům poskytována bezplatně. Služby jsou poskytovány rodině od doby, kdy bylo postižení či ohrožení zjištěno. Horní hranice pro poskytování služeb jsou 4 roky věku u dítěte se zdravotním postižením (nebo s ohroženým vývojem). 7 let věku při postižením sdruženými vadami.

4.2 Předškolní a školní vzdělávání

Současné trendy směřují k inkluzivnímu vzdělávání. Inkluzivní vzdělávání neboli **společné vzdělávání**, je založeno na přesvědčení, že všichni žáci mají právo být vzdělávání ve skupinách se svými vrstevníky a mohou mít anebo mají prospěch se vzděláváním ve školách v místě bydliště. Učitelé, rodiče i další zainteresovaní spolupracují a mají k dispozici dostatečné a odpovídající zdroje, které zohledňují potřeby začleněného žáka. (MŠMT, metodický list)

Legislativní opatření se řídí stěžejními předpisy:

- Zákonem č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, zejména zákona č. 82/2015 Sb.
- Vyhláškou č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních byla upravena změnou č. 197/2016 Sb. Tato změna se projevila mimo jiné i v jiném členění činností mezi PPP a SPC.

Klíčovým paragrafem směřujícím k společnému vzdělávání je § 16 školského zákona. Podle něj:

Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením. (Školský zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání).

Tato opatření pomohou překonávat jejich znevýhodnění - ať už se jedná o děti a žáky ze sociálně znevýhodněného a kulturně odlišného prostředí, děti a žáky zdravotně postižené a znevýhodněné nebo žáky (mimořádně) nadané. Podpůrná opatření se člení se do 5 stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti. Jsou vymezena v § 16 odst. 2 školského zákona a v přehledu podpůrných opatření v příloze č. 1 vyhlášky č. 27/2016 Sb.

Podpůrná opatření 1. stupně se poskytují i bez doporučení školského poradenského zařízení. **Plán pedagogické podpory (PLPP)** zpracovává škola a to na základě potřeb úprav ve vzdělávání nebo zapojení do kolektivu. S PLPP je seznámen žák, zákonný zástupce žáka a všichni vyučující. Obsahuje popis obtíží žáka, stanovení cílů podpory a způsobů vyhodnocování naplňování plánu. PLPP škola vyhodnocuje z hlediska naplňování cílů průběžně, pokud nejsou opatření efektivní, nejpozději po 3 měsících od zahájení poskytování podpůrných opatření posílá škola žáka do pedagogicko psychologické poradny (1. stupeň poskytuje do doby, než dostane nové doporučení) - §10, odst. 5 Vyhl. 27/2016 Sb. Pokud se situace nezlepší nebo dojde ke zhoršení žáka, pak lze doporučit žáka na vyšetření ve školském poradenském zařízení.

Opatření 2. – 5. stupně realizuje škola na základě doporučení školského poradenského zařízení a na základě písemného informovaného souhlasu zákonného zástupce

nezletilého žáka či zletilého žáka. Škola poskytne školskému poradenskému zařízení podklady pro vyšetření - PLPP včetně vyhodnocení jeho efektivity. Školské poradenské zařízení na základě vyhodnocení podkladů, které dostalo (PLPP, dalších vyšetření např. lékařského vyšetření, vyšetření dalších odborníků, apod.) žáka vyšetří za účelem posouzení jeho speciálních vzdělávacích potřeb. Vydá škole doporučení k podpůrným opatřením. Mezi podpůrnými opatřeními je např. uvedeno:

- úprava metod a forem vzdělávání žáka,
- úprava obsahu vzdělávání,
- organizace vzdělávání (organizace výuky, volnočasových aktivit, prostorového uspořádání, práce s délkou vyučovací hodiny, délka přestávky, počet žáků ve třídě nebo skupině),
- personální podpora pro práci pedagoga - asistent pedagoga, další pedagogický pracovník, školní psycholog/školní speciální pedagog,
- podpora pro žáka - tlumočnický do českého znakového jazyka, přepisovatel pro neslyšící, průvodce pro orientaci v prostoru, osobní asistent nebo přítomnost další osoby.

Je - li pro žáka vypracován individuální plán (viz příloha č. 2) vyhodnocuje se nejméně 1x za rok.

Pokud dítěti, žáku, který je vzděláván v běžné škole, třídě či studijní skupině nestačí podpůrná opatření, pak se vzdělávání uskutečňuje podle § 16 odst. 9 zákona 561/2014 Sb. následovně:

„ Pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny. Zařadit do takové třídy, studijní skupiny nebo oddělení nebo přijmout do takové školy lze pouze dítě, žáka nebo studenta uvedené ve větě první, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům dosavadního poskytování podpůrných opatření by samotná podpůrná opatření podle odstavce 2 nepostačovala k naplňování jeho vzdělávacích možností a k uplatnění jeho práva na vzdělávání. Podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka nebo studenta nebo

zákonného zástupce dítěte nebo žáka, doporučení školského poradenského zařízení. Podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka, doporučení školského poradenského zařízení a soulad tohoto postupu se zájmem dítěte, žáka nebo studenta.“ (Zákon 561/2004 Sb.)

Poradenské zařízení může doporučit žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami asistenta pedagoga. Asistent pedagoga pomáhá pedagogickému pracovníkovi při organizaci a realizaci vzdělávání, podporuje samostatnost a aktivní zapojení žáka do všech činností uskutečňovaných ve škole v rámci vzdělávání, včetně poskytování školských služeb.

Žákům se speciálními vzdělávacími potřebami k optimálnímu průběhu vzdělávání pomáhají vhodné pomůcky, jak upravené běžné didaktické, tak speciální pomůcky, které žákovi usnadňují např. pohyb, komunikaci či zvládnutí úkonů žáků v běžné školní praxi. Slouží též ke kompenzaci nedostatků způsobených zdravotním postižením.

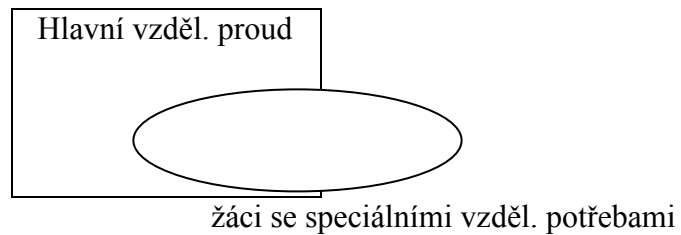
V současné době je i poměrně dobře přístupné vysokoškolské vzdělávání pro osoby s postižením. Většina vysokých škol má bezbariérové přístupy, speciální vybavení pro osoby s postižením zraku či sluchu. Nabízí speciální služby a kompenzační pomůcky. Na většině vysokých škol jsou zřízena střediska (centra) podpory zdravotně postižených studentů. V rámci projektu Systémová podpora inkluzivního vzdělávání v ČR vznikl ucelený manuál rad a návodů pro usnadnění práce učitelům při vzdělávání žáků s potřebou podpůrných opatření. Katalogy lze najít na internetových stránkách www.inkluze.upol.cz/portal/vystupy/.

4.3 Vývoj péče - shrnutí

Exkluze – vyloučení z výchovně vzdělávacího procesu (před r. 1989 to byly děti, které byly tzv. osvobozeny od povinnosti vzdělávat se).

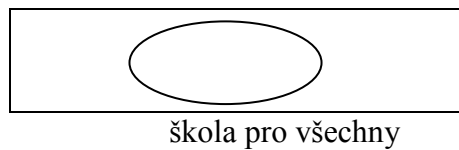
Segregace vzdělávací systém má dva základní subsystemy. Školy běžného typu a soustavu škol pro děti a mládež vyžadující zvláštní péče (speciální školy).

Integrace: od 1990 stále ještě diferencovaná škola. Žák se může vzdělávat v hlavním vzdělávacím proudu s určitou podporou. Pokud není úspěšný, je vzděláván ve škole speciální.



obr. 1

Inkluze – současný trend



obr.2

4.4 Celoživotní vzdělávání, zapojení do pracovního procesu

V poslední době je pozitivním signálem možnost zapojení dospělých osob do různých kurzů dalšího vzdělávání. V rámci mnoha projektů tak probíhají vzdělávací kurzy pro mentálně postižené, neslyšící a zrakově postižené.

Další možností uplatnění na trhu práce je **podporované zaměstnávání**. Podporované zaměstnávání je komplex služeb, jejichž cílem je poskytnout člověku takovou podporu, aby si našel a udržel místo na otevřeném trhu práce za rovných platových podmínek. Je určeno pro zájemce znevýhodněné na trhu práce tak, že pro získání a udržení pracovního místa potřebují dlouhodobou podporu přímo na pracovišti. Podpora je poskytována podle individuálních schopností a potřeb konkrétního člověka. *Co je PZ? - Česká unie pro podporované zaměstnávání* [on line]. [cit. 6. 2. 2017]. Dostupné z [http:// www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani.html](http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani.html) //.

Od tradičního postupu vzdělávání, se zde vychází z možností postižené osoby a jejího zájmu o práci. K zácviku dochází přímo na pracovišti. Kromě toho, že dochází k nácvikům pro budoucí práci je dalším aspektem příležitost komunikace s ostatním zaměstnanci pracoviště, která pomáhá dotyčnému k sociální integraci.

5 Školská poradenská zařízení

Nedílnou součástí úspěšného zapojení žáka se speciálními potřebami je úzká spolupráce školy a rodiny se školskými poradenskými zařízeními. Mezi školská poradenská zařízení patří pedagogicko psychologické porady a speciálně pedagogická centra.

Činnost pedagogicko-psychologických poraden (a dalších školských poradenských zařízení) upravuje Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb. a její novela Vyhláška č. 147/2011 Sb., zejména pak Vyhláška č. 72/2005 Sb. a její novela Vyhláška č. 116/2011Sb.

5.1 Pedagogicko psychologické poradny (PPP)

Hlavní součástí činnosti PPP je přímá práce s dětmi a žáky škol a školských zařízení ve věku od 3 let do ukončení středního, resp. vyššího odborného vzdělání a s jejich rodiči, a to zejména formou individuální péče, ale i formou skupinové práce.

Pedagogickými pracovníky PPP jsou psychologové a speciální pedagogové, kromě nich se na odborných činnostech podílejí také sociální pracovníci. Činnost PPP se uskutečňuje zejména ambulantně a návštěvami pracovníků ve školách a školských zařízeních.

PPP participují na vzdělávacím procesu, pokud je tento vzdělávací proces nějakým způsobem znesnadněn. Na základě doporučení PPP je volena nebo upravována vzdělávací cesta žáků.

Standardní činnosti PPP (pedagogicko-psychologických poraden) v komplexní psychologické a speciální diagnostice je zaměřena např. na :

- zjišťování předpokladů pro školní docházku,
- zjišťování příčin nerovnoměrného vývoje dítěte předškolního věku,
- diagnostiku poruch učení a chování, problémy,
- pomoc při volbě povolání,
- diagnostiku mimořádného nadání žáka,
- diagnostiku sociálního klimatu třídy.

V rámci psychologické a speciální intervence pracovníci poradny:

- pomáhají dětem předškolního věku, žákům základních a středních škol, zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům řešit problémy, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka.

- Provádějí individuální nebo skupinové reedukace žáků se specifickými poruchami učení.

Provádějí poradenské nebo terapeutické vedení rodin s dítětem nebo žákem (v případech problémů, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka).

Pracovníci PPP napomáhají při rozvoji pedagogicko-psychologických kompetencí učitelů, participují na činnostech v oblasti prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže a na kariérovém poradenství. Metodicky vedou práci výchovných poradců a školních metodiků prevence v základních a středních školách. Přípravují podklady pro integraci žáků se specifickými poruchami učení a chování do základních a středních škol nebo pro zařazení žáků se specifickými poruchami učení a chování do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro tyto žáky.

5.2 Speciálně pedagogická centra (SPC)

SPC zabezpečují speciálně pedagogickou, psychologickou a další potřebnou péči klientům se zdravotním postižením a poskytují jim odbornou pomoc v procesu pedagogické a sociální integrace ve spolupráci s rodinou, školami, školskými poradenskými zařízeními a odborníky.

Tým pracovníků SPC tvoří psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Pracují s žáky zpravidla ve věku od 3 do 19 let. SPC se dělí podle zdravotního postižení klientů. Zpravidla jsou zřizovány u speciálních škol a zaměřují se na žáky s určitým druhem postižení (např. SPC pro žáky s mentálním postižením apod.).

Mezi standardní činnosti SPC patří:

- vyhledávání žáků se zdravotním postižením a komplexní diagnostika žáka (speciálně pedagogická a psychologická),
- vykonávání přímé práce s žákem,
- poskytování konzultace pro zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, školy a školská zařízení,
- poskytování sociálně právního poradenství pro zákonné zástupce (sociální dávky, příspěvky apod.),
- pomáhání při volbě povolání,
- zapůjčování odborné literatury,
- zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek podle potřeb žáků,

- provádění ucelené rehabilitace pedagogicko-psychologickými prostředky,
- pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do mateřských, základních a střední škol, instruktáž a úprava prostředí, zpracování návrhů individuálních vzdělávacích plánů a poskytování metodické pomoci učitelům i rodičům žáka.

Speciální činnost centra se liší od standardních činností podle typu/zaměření speciálně pedagogického centra.

6 Speciálně pedagogická diagnostika

Klíčová slova: speciálně pedagogická diagnostika, klinické a testové metody.

Diagnostika je poznávací proces, ve kterém chceme získat co nejvíce poznatků o diagnostikovaném objektu a chceme, aby byly co nejkompexnější. **Speciálně pedagogická diagnostika** je východiskem při určování možností výchovy a vzdělávání osob s postižením s ohledem na charakter jejich postižení. **Členíme** ji podle různých kriterií: Např. podle pédií, etilologie, časového sledu, rozsahu sledovaných cílů, podle věku. Primárně speciální pedagogika sleduje a získává poznatky o osobnosti jedince se zdravotním postižením z hlediska jeho fyzického, psychického a sociálního vývoje. Pokud nelze na základě zjištění stanovit přesvědčivě diagnózu, využívá metody a výsledky tzv. **diferenciální diagnostiky**. Ta porovnává symptomy typické pro určité postižení a snaží se stanovit konkrétní diagnózu s vyloučením diagnostického omylu.

6.1 Diagnostické metody ve speciální pedagogice

Obecné: anamnéza: - osobní

- rodinná.

Katamnéza zkoumá situaci, ve které se jedinec ocitá po určitém časovém odstupu od ukončené nápravy a hledá se příčina recidivy objevených nežádoucích jevů.

Speciální metody:

- pozorování,
- explorační metody,
- diagnostické zkoušení,

- testové metody. (Didaktické testy, sociometrické testy, test specifických funkcí a schopností např. zkouška zrakové diferenciacce, sluchového vnímání test obkreslování apod.),
- studium případu,
- rozbor činnosti (např. analýza hry, kresby, výrobku apod.),
- přístrojové metody.

Ve speciálně pedagogickém vyšetření se nejčastěji psychologové a speciální pedagogové zaměřují na diagnostiku v oblasti:

- motoriky,
- percepce,
- komunikace,
- rozumové úrovně,
- laterality,
- specifické schopnosti a dovednosti (zejména na dovednosti čtení, psaní, počítání).

II. Speciální část

7 Edukace osob s mentálním postižením

Klíčová slova: mentální retardace, demence, klasifikace mentální retardace, charakteristické rysy jedince s mentální retardací, metody vzdělávání

7.1 Vymezení pojmu, příčiny

Mentální retardace (MR) je celkové snížení intelektových schopností osobnosti postiženého, která vzniká v průběhu vývoje. Projevuje se ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji.

Z prenatálních příčin se většinou uvádí: infekce matky v době těhotenství, rentgenové záření, vliv drog a alkoholu, inkompabilita Rh faktoru, hormonální poruchy, nedostatek důležitých živin.

Z perinatálních můžeme uvést: mechanické poškození mozkové tkáně při porodu, nedonošenost, asfyxie.

V časně **postnatálním období** (do dvou let dítěte) může vznik mentální retardace způsobit zejména nedostatečná výživa dítěte, úrazy hlavy, infekční onemocnění CNS.

Na vznik mentální retardace mají také vlivy a faktory genetické. Vznik MR na základě genové mutace je například fenylketonurie, která je vyvolána poruchou metabolismu bílkovin. Chybí enzym fenylalaninhydroxyláza, který mění aminokyselinu fenylalanin na tyrozin. V důsledku absence tohoto enzymu se hromadí v organismu fenylalanin, jenž není metabolizován. Tato choroba se objevuje již u narozených dětí jako dědičná nemoc a může způsobit vážná tělesná i psychická poškození dítěte včetně mentální retardace. Uvádí se, že pokud není fenylketonurie léčena, může snížit inteligenční kvocient dítěte až o polovinu. *Fenylketonurie*. [online] [13. 3. 2017].

Dostupné z <https://www.celostnimediceina.cz/fenylketonurie.htm>

Časté příčiny vzniku mentální retardace lze přičítat i změnám v počtu chromozomů nebo odchylkám ve stavbě chromozomů. Mezi nejčastější poruchy v důsledku chromozomové aberace v počtu chromozomů patří Downův syndrom. Příčinou je chromozomová anomálie 21 páru (zvaná trizomie). Postižení jsou drobného vzrůstu, typickými znaky jsou malý kulatý nebo vejcovitý obličej, šikmé a úzké oční štěrby, ve vnitřním oku zdvojená řasa, malý, knoflíčkový nos, velký rozbrázděný jazyk a drsná kůže. Příkladem chromozomové aberace ve struktuře chromozomu je např. ztráta části krátkého raménka chromozomu č. 5 (částečná monozomie 5), tak zvaný syndrom kočičího pláče.

Pokud dojde k zastavení rozumového vývoje nebo k rozpadu rozumových schopností postiženého jedince v období po 2. roce života, hovoříme o demenci.

Nejčastější příčiny vzniku demence mohou být:

- atrofie,
- záněty CNS,
- vaskulární postižení,
- traumata CNS,
- toxická postižení CNS.

Dementních lidí přibývá s věkem. Velkou část demencí patřících do oblasti atroficko – degenerativní tvoří Alzheimerova choroba. U postižených osob dochází k poruchám paměti, k nápadnému postižení osobnosti, ztracení základních estetických návyků a citění, nejsou schopny dodržovat společenská pravidla. Mají problémy s orientací, mnohdy se přidružuje sensorická nebo motorická afázie, apraxie, agnózie. Horší se péče o osobní hygienu a postupně se stávají závislí na svém okolí.

Do demencí sekundárních (symptomatických) bychom mohli řadit:

- farmakologické demence,
- alkoholové demence,
- demence intoxikačního původu,
- demence při vitamínových deficitech,
- demence na podkladě endokrinních poruch,
- demence dialyzační,
- demence na podkladě metabolickém,
- hypoxické encefalopatie,
- traumatické demence,
- demence vzniklé těžkými a častými záchvaty epilepsie,
- demence infekčního původu (encefalitidy, progresivní paralýza, Creutzfeldt-Jakobova choroba),
- demence při nádorovém onemocnění mozku.(Mühlpacher, 2004)

U některých dětí je snížení rozumových schopností zapříčiněno nepodnětným prostředím, včasným nerozpoznáním smyslové vady nebo dochází k zpomalení duševního vývoje důsledkem těžkého infekčního onemocnění. Tento stav není považován za trvalý a nepovažujeme tyto jedince za mentálně retardované.

7.2 Klasifikace mentální retardace

Podle 10-té .revize Mezinárodní klasifikace nemocí dělíme mentální retardaci do následujících stupňů:

lehká mentální retardace	IQ	59 - 69
středně těžká mentální retardace	IQ	35 - 49
těžká mentální retardace	IQ	20 - 34
hluboká mentální retardace	IQ	0 - 19
jiná mentální retardace		
nespecifická mentální retardace		

Lehká mentální retardace – IQ 50- 69

U lehce mentálně postižených je neuropsychický vývoj opožděný až omezený. Objevuje se opožděný motorický vývoj. Aktivita psychických procesů je snížena, převládá konkrétní myšlení. Osoby s lehkou mentální retardací dokážou účelně komunikovat, může se ale v řeči projevovat porucha ve formální stránce. Dokážou se zcela samostatně o sebe postarat. Po stránce kvalifikovanosti pro trh práce je většina schopna absolvovat odborná

učiliště a zapojit se do běžného života. Ve volní a citové oblasti se mohou objevit projevy impulzivity, zvýšené sugestibility, afektivní reakce.

Střední mentální retardace – IQ 35 – 49.

U osob se střední mentální retardací bývá výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděna a omezena schopnost, motoriky. V oblasti komunikace je u nich v závislosti na příčině vzniku a hloubce postižení různá úroveň řeči, která bývá chudá. Objevují se agramatismy a špatná artikulace. V oblasti pocitů a vůle se u osob se střední mentální retardací projevuje kolísání nálad, impulzivita, zkratkovité jednání. Výchovou lze u nich vypěstovat pracovní a pohybové dovednosti, sebeobsluhu, návyky společenského chování. Děti, které jsou na horní hranici tohoto stupně mentální retardace, při odborném vedení zvládají nácvik základů dovednosti čtení, psaní a počítání a lze rozvíjet jejich potenciál k rozšiřování vědomostí a dovedností. V dospělosti jsou obvykle schopny zvládat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem. Úplný samostatný život však je možný jen v řídkých případech.

Těžká mentální retardace – IQ – 20 – 34.

Neuropsychický i motorický vývoj osob s těžkou mentální retardací je celkově omezený. Jsou omezeny i možnosti výchovy a vzdělávání. Často trpí poruchami motoriky nebo jinými přidruženými vadami. Pokud se zaměřujeme na vzdělávání těchto osob, bývají schopny výchovy k pomoci při základní hygieně či při jídle a k některým dalším dovednostem. Komunikují převážně nonverbálně nebo nekomunikují vůbec. Potřebují pomoc celý život.

Hluboká mentální retardace – IQ – 0 –20.

U tohoto postižení nejsou osoby schopny reakce na sociální podněty, většinou jsou imobilní. Vyžadují stálý dohled a pomoc jejich možnosti vzdělávání jsou silně omezené.

Jiná mentální retardace uvádíme tehdy, když stanovení stupně mentální retardace pomocí obvyklých metod je nesnadné nebo nemožné pro přidružené somatické nebo sensorické postižení např. u neslyšících, nevidomých, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem nebo u těžce tělesně postižených osob.

Nespecifikovaná mentální retardace lze použít v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možné klienta do některé z výše uvedených kategorií zařadit. (Švarcová 2001)

7.3 Charakteristické rysy a projevy osob s mentálním postižením

Vnímání osob s mentálním postižením má svá specifika způsobená jak fyziologickými, tak psychologickými faktory. Pro zrakové vnímání je typické jeho zpomalené tempo, snížený rozsah, nedostatečné postihování vztahů a souvislostí, snížená diferenciací, porucha rozlišování figury v pozadí, porucha analyticko syntetické činnosti. U sluchového vnímání dochází k poruše sluchové ostrosti, poruše vnímání rytmu. Nejméně je u těchto osob postižený hmat. Představy u nich jsou nepřesné, nejasné, útržkovité, neúplné (tvůrčí práce ne). Úroveň myšlení je nejvíce poškozena, pojmy se vytvářejí těžkopádně, úsudky bývají nepřesné. Objevují se tendence k stereotypům. Paměť je narušena ve všech fázích: vštěpování, zapamatování, uchování, vybavení. Řeč souvisí s myšlením a poznávacími procesy. Bývá omezena slovní zásoba, objevují se agramatismy, vmetky, nepřiměřené používání neadekvátních slov. Podle hloubky postižení se kvalita i kvantita řeči pohybuje od pudové úrovně až k řeči, která se blíží normě.

Po stránce emoční mají osoby s mentálním postižením menší schopnost se ovládat. Nápadnosti v chování jsou mnohdy způsobeny nepochopením zadané informace nebo neschopností dát najevo svůj aktuální stav jiným, pro okolí srozumitelnějším, způsobem.

7.4 Vzdělávání mentálně postižených osob

V edukačním procesu osob s mentálním postižením se používají jak metody obecně didaktické, tak metody a postupy speciálně pedagogické. Edukace těchto osob je neúčinnější terapie v procesu jejich socializace a zapojení do intaktní společnosti.

Uplatnění metod závisí převážně na:

- stupni postižení,
- přidružených postižení (tělesné, řečové, poruch chování apod.),
- specifické poznávacích procesů jedince,
- úrovní motoriky,
- psychických vlastnostech jedince.

Z neúčinnějších metod lze doporučit:

- metodu vícenásobného opakování informace,
- metodu postupných kroků,
- metodu intenzivní zpětné vazby,

- metodu pozitivního posilování,
- metoda individuálního přístupu.

Mentální retardaci lze též chápat jako nedostatečnou schopnost měnit informace na poznatky, proto k úspěchu při edukaci mentálně postižených přispívá zapojení co největšího množství smyslů (zrak, sluch, hmat).

Pedagogové, kteří s mentálně postiženými pracují v jakémkoli stupni či typu školy či v dalším jejich vzdělávání, by měli ovládat speciálně didaktické metody, vedoucí u žáka k osvojení potřebných vědomostí, dovedností a návyků. Měli by spolupracovat s odborníky ze školských pedagogických popřípadě dalších odborných pracovišť. Respektovat specifika jeho osobnosti, respektovat chování žáka, které vyplývá z jeho postižení. Vytvářet podmínky pro získávání vědomostí, dovedností a návyků, klade na jedince takové požadavky, které jsou úměrné stupni postižení. Vhodnými formami práce pomáhat k profesní přípravě jedince a podle jeho možností vést k uplatnění na trhu práce.

U jedinců s těžším mentálním postižením se využívají netradiční metody při rozvíjení rozumových schopností, orientačních dovedností, k zlepšení sociální komunikace tam, kde užívání běžných metod nepřináší potřebný efekt.

Jednou z nich je metoda sociálního čtení, která je založena na poznávání, interpretaci a přiměřeném reagování na zřetelná znamení, symboly, piktogramy, slova nebo skupiny slov, které se často objevují v okolním prostředí, a to bez toho, aby byly využívány čtecí technické dovednosti.

Pro rozvoj smyslového vnímání, relaxaci a pro osobní prožitek mají osoby s těžším či kombinovaným postižením k dispozici v některých zařízeních školských nebo ústavních specificky vytvořené prostředí – multismyslovou místnost – snoezelen. Ve vybavení místnosti jsou možnosti k využití hudby, světelných stimulů, matrací, vodní postele, manipulačních předmětů, čichových, zřetelných a hmatových stimulů, atd.

V případě, kdy jedinec není schopen používat běžnou verbální komunikaci, nastupují nonverbální metody komunikace. Mezi nonverbální komunikaci lze zařadit znakovou řeč Makaton, komunikační tabulky, komunikátory s piktogramy, VOKS (výměnný komunikační systém), komunikační systém Bliss apod.

8 Porucha autistického spektra

Klíčová slova: autismus, znaky autistického chování, metody edukace

8.1 Terminologické vymezení

Autismus je vývojová porucha, narušující vývoj dítěte zejména v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti. Bývá spojena se sníženou inteligencí, objevuje se sklon ke stereotypnímu rituálnímu chování. (Říhová 2011) Do poruch autistického spektra (PAS) řadíme: dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, desintegrační poruchy v dětství a jiné pervazivní poruchy.

Dětský autismus se projevuje už před třetím rokem dítěte. Společným znakem jsou poruchy sociální interakce, problémy v oblasti verbální i neverbální komunikace a narušená schopnost představitosti, která se projevuje neobvyklými nebo omezenými, mnohdy stereotypními aktivitami nebo zájmy. Toto vše vede dítě s autismem do role cizince, který nerozumí okolí. Náš svět je pro něj skládkou, jejíž díly do sebe nezapadají. Naučené dovednosti nezvládá aplikovat v nově vzniklých situacích běžného života. Z nespecifických rysů se objevuje fobie, poruchy spánku a příjmu potravy, záchvaty vzteku, agrese, sebezraňování. (Říhová, 2011)

Atypický autismus se od dětského autismu liší tím, že se objevuje až po dosažení tří let věku dítěte nebo nenaplnuje všechny tři okruhy diagnostických kritérií. Děti s atypickým autismem mají některé oblasti vývoje méně narušeny než děti s klasickým autismem, - může se jednat o lepší sociální či komunikační dovednosti nebo chybí stereotypní zájmy. U těchto dětí se dříve mluvilo o tzv. autistických rysech. Vývoj dílčích dovedností je u těchto dětí značně nerovnoměrný.

Základním znakem **Aspergerova syndromu** je egocentrismus, provázaný malou nebo žádnou schopností či snahou o kontakt s vrstevníky. Typické jsou zvláštní zájmy obsesivního charakteru (např. studování jízdních řádů, telefonních seznamů, sledování určitých televizních programů...). Dávají přednost osamělým aktivitám a komunikují zvláštním způsobem. Je pro ně typické detailní vyjadřování, touží komunikovat pouze o předmětu svého zájmu. Mají velkou slovní zásobu, znají nazpaměť nejrůznější předpisy nebo definice a udivují přesnou a komplexní odbornou terminologií, ale na druhou stranu nedovedou definovat význam některých slov, ani je používat správně ve větě. Jejich řeč má podivnou intonaci, tempo je

zrychlené či zpomalené. Hlasový projev může být abnormální, přednes monotónní. Více bývá postižená hrubá motorika, jedinci jsou motoricky neobratní, mají problémy naučit se jezdit na kole, plavat, bruslit, lyžovat. Intelekt bývá zachován, někdy je nadprůměrný. (Říhová, 2011)

Desintegrační poruchy v dětství. Po období normálního vývoje dítěte, které trvá minimálně dva roky, nastává z neznámé příčiny regres v doposud nabytých schopnostech. Nástup poruchy je udáván mezi druhým a sedmým rokem věku, nejčastěji se objevuje mezi třetím a čtvrtým rokem. Zhoršení stavu může být náhlé nebo může trvat několik měsíců a je vystřídáno obdobím stagnace. Dítě se zhorší v komunikačních a sociálních dovednostech, často nastupuje chování zcela typické pro autismus. Po tomto období může, ale také nemusí, nastat opětovné zlepšování dovedností. Normy není již nikdy dosaženo.

Rettův syndrom se vyskytuje pouze u žen. Jedná se o neurologické poškození. Příčina syndromu je genetická, zcela nedávno byl lokalizován gen odpovídající za vznik poruchy na distálním dlouhém raménku X chromozomu. Raný vývoj je zřejmě normální do 6., maximálně 18. měsíce. V době po 18. měsíci nastává období stagnace a regrese, během kterého dítě ztrácí všechny nabyté dovednosti - jak pohybové, tak jazykové a poznávací. Rovněž dochází ke zpomalení růstu hlavy. Zvláště charakteristická je ztráta funkčních pohybů ruky. Dochází k ztrátě kontroly nad vylučováním. Opožděný vývoj řeči.

Chování dítěte s poruchou autistického spektra (PAS):

- neschopnost navázat kontakt s ostatními lidmi,
- netečnost k projevům ostatních lidí,
- odmítání spolupráce,
- neschopnost uvědomit si nebezpečí,
- odmítání změny,
- odmítání tělesných kontaktů,
- neklid, bizarní pohyby,
- záliba v neobvyklých předmětech,
- vyhýbání se zrakovému kontaktu,
- neschopnost improvizace ve hrách,
- celková uzavřenost a samotářství. (Říhová, 2011)

8.2 Edukace a terapie jedinců s PAS

Úspěšná terapie a edukace jedinců s PAS je podmíněna týmovou spoluprací rodiny, odborníků z řad lékařů, psychologů, pracovníků SPC, učitelů a vychovatelů. Rodiče mohou vyhledat pomoc i v neziskových organizacích jako je Apla nebo Autistik.

Edukace jedince má být vždy individualizovaná. Vzdělávají se převážně podle individuálního vzdělávacího plánu. V rámci péče a vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci se u nás používá TEACCH program (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) jehož hlavním cílem je dosáhnout u jedinců s Pas co největší samostatnosti, zvýšit jejich adaptaci prostřednictvím rozvoje stěžejních dovedností a uspořádáním (strukturou) prostředí. (Říhová, 2011)

Dalším úspěšným vzdělávacím programem je strukturované učení. Program vychází z jasných pravidel, systematičnosti, logičnosti a řádu. (Říhová, 2011) Při uplatňování principů strukturovaného učení se řídíme základním pravidlem: pracovat zleva doprava a shora dolů.

Mezi principy strukturovaného učení řadíme:

- individualizaci,
- strukturalizaci,
- vizualizaci,
- motivaci.

9 Edukace osob se somatickým postižením

Klíčová slova: somatopedie, tělesná postižení, nemoc, zdravotní oslabení, kompenzační pomůcky, možnosti edukace

Do oblasti somatopedie spadá edukace osob s tělesným postižením, osoby nemocné a zdravotně oslabené.

9.1 Tělesná postižení

Dominantním znakem tělesného postižení je omezená pohyblivost až nepohyblivost (snížená mobilita až imobilita), která má podstatný vliv na kognitivní, emocionální a sociální

rozvoj jedince. (Gruber, 1992). Stupeň pohyblivosti také determinuje podmínky edukace postiženého jedince. Omezený pohyb nebo izolace od běžného prostředí vede k opoždování ve vývoji, proto je nutné mít na zřeteli, že adekvátní stimulace prostředí může jedince dovést k až k tzv. normě.

Podle vzniku tělesná postižení dělíme na vrozená, která mohou mít dědičný základ nebo jsou důsledkem patologického průběhu těhotenství, porodu či vznikla krátce po porodu nebo získaná v průběhu života. Podle mechanismu vzniku můžeme vrozené vady rozdělit na malformace, disrupce, deformace a dysplasie.

9.2 Vrozená tělesná postižení

Vrozené malformace končetin:

- amelie (chybějící končetiny),
- dysmelie (neúplně vyvinuté končetiny),
- peromelie (chybění části paže v různé výšce),
- fokomelie (chybí některé z centrálních částí končetiny),
- amniotické amputace.

Rozštěp páteře (spina bifida)

Vzniká neuzavření páteře obvykle v bedrové nebo křížové oblasti. Rozlišujeme několik forem:

- Spina bifida occulta (utajená). Ta nebývá na první pohled patrná. Na vnější kůži se objevuje patrnější ochlupení, někdy pigmentová skvrna nebo důlek. Jedná se o nejčastější formu rozštěpu páteře, která nepřináší člověku velké zdravotní komplikace.
- Meningokéla. V tomto případě dochází k vychlípění míšních obalů, ale samotná mícha je uložena v páteřním kanálu. U postižených nedochází k motorickým či senzomotorickým výpadkům.
- Meningomyelokela je nejzávažnější forma rozštěpu. Dochází k vyhřeznutí části míchy a jejích obalů z páteřního kanálku. To vede k chabým obrnám dolních končetin a svěračů. Osoba s touto formou rozštěpu nepohybuje dolními končetinami a nemůže zadržovat moč a stolicí. Ve velkém procentu se současně s rozštěpem vyskytuje hydrocefalus a přidružují se i jiná postižení, jako jsou infekce močových cest, bolesti zad apod.

Z příčin vzniku lze uvést dědičné predispozice, nedostatek kyseliny listové u matky v těhotenství, nadváha matky nebo cukrovka druhého typu.

Ortopedická postižení

Deformace hrudníku

Ptačí hrudník je vrozená ortopedická vada, při které hrudní kost jedince hrudníkem vypadá, jako kdyby byla vysunutá. Příčinou je abnormálně velká vzdálenost mezi hrudní kostí a páteří. U chlapců se ptačí hrudník obvykle vyvine na počátku dospívání (mezi 11. a 14. rokem), u dívek o něco dříve. Tato deformace může mít za následek občasnou citlivost a bolest v hrudníku, někdy postižení příčinou rozedmy plic - onemocnění, které se projevuje dušností a vede k selhání dýchacího systému nebo k selhání srdce.

Příznakem **nálevkovitého hrudníku** je vpadlá hrudní kost a nápadně vystupující žeberní oblouky. Typické pro vadné držení těla je předsunuté držení hlavy a ramen, zkrácené prsní svaly, odstávající lopatky, ochablá břišní stěna, skolióza. Vzhledem k snížené vitalitě plic může docházet i k omezenému dýchání a ke sníženým srdečním funkcím.

Vrozené vykloubení kyčelního kloubu

U vrozeného vykloubení kyčelního kloubu hlavice kosti stehenní „nezapadá do jamky“ kyčelního kloubu. Tím je narušen vývoj kloubu – jamka se neprohlubuje, a když dítě není léčeno, pak v pozdějším věku hlavice po mělké jamce „klouže“. Výsledkem je charakteristická kolébavá „kachní“ chůze

Neuromuskulární a svalová onemocnění

Z neurologických a nervosvalových onemocnění se nejčastěji setkáváme se svalovou dystrofií. Svalové dystrofie jsou geneticky podmíněné myopatie charakterizované progradující svalovou slabostí.

Většina svalových onemocnění začíná v dětském věku nebo během adolescence. Klinické příznaky u těchto onemocnění jsou: periferní paréza, hypotonie, atrofie svalové hmoty, bolesti svalů, změna konzistence svalu a další. Spojují je příznaky a nálezy, které jsou typické pro tzv. myopatický syndrom. První subjektivní příznaky spočívají ve zhoršení samostatné chůze do schodů a do kopce, nemocní nemohou rychle utíkat a ze země, později i ze židle vstávají stále obtížněji za pomoci horních končetin, kterými se opírají o stehna (tzv.

„myopatický šplh“). Postižení hybnosti postupuje s různě rychlou progresí a některé pacienty trvale upoutá na invalidní vozík. Pro objektivní nález je typický většinou pokles svalové síly s progradující poruchou hybnosti, s postupně vyhasínajícími šlachosvalovými a okosticovými reflexy, pokles vitální kapacity plic, srdeční insuficience.

Duchennova svalová dystrofie je nejčastější a nejzávažnější svalovou chorobou dětského věku. Postihuje chlapce, začíná mezi 1. - 5. rokem. Typické pro ni je pseudohypertrofie lýtek, kolébavá chůze v hyperlordose a zkrácení Achillových šlach, které vedou k tomu, že postižení chodí po špičkách. Schopnost samostatného pohybu mizí mezi osmým a třináctým rokem. Na vozíku se obvykle rychle rozvíjí skoliosa, později i kardiomyopatie. Mezi 20. - 30. rokem se objevují ventilační obtíže, které často mají infauzní průběh.

Beckerova forma progresivní svalové dystrofie má průběh pomalejší. První příznaky se objevují až po 5. roce věku, mnohdy jen v podobě ponámahových myalgií nebo křečí dolních končetin. Schopnost chůze bývá zachována do 20 – 30 let. *Myopatie*. [on line] [cit. 12. 3. 2017]. Dostupné z:

<http://search.seznam.cz/?q=svalov%C3%A1+myopatie&url=http%3A%2F%2Fnemoci//>

9.3 Získaná tělesná postižení

Mezi získaná tělesná postižení řadíme úrazy hlavy, páteře, amputace, ortopedické vady. Nejčastější jsou úrazy hlavy a mozku.

Poranění hlavy dělíme na:

- nitrolební poranění otevřené,
- zavřené – zlomeniny klenby lební,
- zlomeniny spodiny lební.

Poranění mozku

Otřes mozku (komoce) bývá spojen s poruchou vědomí a podle délky poruchy vědomí dělíme komoci na lehkou, střední a těžkou. Lehká se projevuje zvracením a bolestmi hlavy, u dětí je nápadná spavost, mělký dech, bledost, pot, zvýšená tepová frekvence. Příznaky odezní většinou během 2 – 3 dnů. Těžší komoce s několikahodinovou ztrátou vědomí se léčí v nemocnici.

Zhmoždění mozku (kontuze) je mechanické poškození mozku se strukturálními změnami buněk. Příznakem je bezvědomí, dezorientace, amnézie na události po návratu vědomí, místní neurologické projevy. Postižení vyžaduje péči v nemocnici.

Úrazový edém mozku. Po úrazu hlavy je třeba zabránit vzniku posttraumatickým komplikacím. Ty vznikají několik hodin nebo dní po úrazu. K nejzávažnějším patří nitrolební krvácení.

Intrakraniální (nitrolební) expanzivní krvácení rozlišujeme podle oblasti, kde k němu dochází na:

- epidurální krvácení. K němu dochází v prostoru mezi tvrdou plenou mozkovou a lebkou, důsledkem krvácení některé z cév na povrch mozkové pleny. Projevuje se po 1 – 3 hodinách po úrazu. Dostavují se bolesti hlavy, zvracení, neurologické lokalizační příznaky, např. porucha hybnosti, případné parciální epileptické záchvaty. Nutné je neurochirurgické řešení.
- Subdurální krvácení. To je krvácení pod tvrdou plenou mozkovou, které je obvykle následek velmi těžkého úrazu a prakticky je vždy spojováno s nějakým přímým poraněním (např. s kontuzí). Pomoc spočívá v chirurgickém zákroku.
- Intracerebrální krvácení je expanzivně se chovající krvácení v hloubce mozkové tkáně. Též je zapotřebí neurochirurgického zákroku.
- Arachnoideální krvácení vzniká krvácením mezi arachnoideou a samotným mozkiem. Tento typ krvácení se nijak neléčí, časem dochází k vstřebání. Záleží vždy na průběhu poranění a kondici postiženého.

Přechodné nebo trvalé vyřazení korové činnosti mozku při zachování funkce mozkového kmene nazýváme traumatický apalický syndrom. U postiženého jsou převážně zachovány nižší mozkové funkce. Je tu malá pravděpodobnost na úplné uzdravení. Po těžkých nitrolebečních úrazech může dojít k pouřazové epilepsii.

Následky úrazu hlavy se u dítěte mohou projevit v tzv. pseudoneurastenickém syndromu. U dětí lze pozorovat:

- zvýšenou unavitelnost až spavost,
- poruchy pozornosti a paměti,
- výkyvy psychomotorického tempa,
- zvýšenou dráždivost, afektivní jednání, záchvaty vzteku (při poškození předního čelního laloku),
- vegetativní a emotivní labilitu,

- někdy infantilní chování,
- stereotypní myšlení ovlivněné unavitelností a poruchami pozornosti,
- poruchy percepce,
- poruchy řeči.

Těžší úrazy mohou mít za následky demenci, závažnější poruchy paměti, chudou řeč, emoční labilitu.

Míšní obrna

Míšní obrna vznikne poraněním míchy při úrazu. Diagnóza poranění míchy je jednoduchá. Ochrnutí motorických funkcí a ztráta citlivosti. Schopnost zachování pohyblivosti závisí na poškození míchy celkovém nebo částečném a na tom, v které části byla mícha poškozena.

Poranění obratlů

S poraněním hlavy bývá často poraněna páteř v krční oblasti. Tyto úrazy se stávají u dopravních úrazů. Při poskytování první pomoci je důležitá zásada – upevnit páteř v tom postavení, v němž byl ukončen úrazový děj. Na kvalitu budoucího života postiženého má vliv místo postižené páteře.

Získané deformace páteře

Nejčastěji se setkáváme u dětí s kyfózou, u mladistvých, hlavně u chlapců v pubertě, se Scheuermannovou chorobou.

9.4 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (DMO) je onemocnění, které vzniká na základě poškození mozku dítěte v těhotenství, během porodu nebo do jednoho roku věku dítěte. Projevuje se poruchou hybnosti a vývojem hybnosti. U některých forem se přidružuje snížená inteligence, smyslové vady, epilepsie. (Lesný, 1986).

Příčinou vzniku může být jakékoli infekční onemocnění matky v prvních třech měsících těhotenství, těžce probíhající porod, těžká novorozenecká žloutenka, nedonošenost či přenošenost. Vývoj dítěte s DMO probíhá nerovnoměrně, objevuje se porušený sled časového vývoje jak pohybového aparátu, tak i duševního vývoje. DMO se projevuje

v různých formách, které během vývoje dítěte se mění v různých příznacích, a může jedna forma přecházet v druhou.

Formy DMO:

DMO se dělí na spastické a nespastické. Spastické formy dětské mozkové obrny:

- diparetická,
- hemiparetická,
- kvadruparetická.

Při diparetické formě jsou převážně postiženy dolní končetiny. Diparéza je způsobena poškozením centrálního nervového systému (CNS) v kmenové oblasti. Může být provázena i lehčí formou postižení horních končetin. U klasické formy jsou staženy lýtkové svaly, ohybače kolen, kyčlí a svalů, které k sobě přitahují stehna. Stažené lýtkové svaly brání došlápnutí na celou nohu, takže dítě chodí po špičkách. Pro stažení kyčlí se tyto děti nemohou rozkročit a tak překračují svoji stopu, chodí nůžkovitě.

U hemiparetické formy dochází k zvýšenému svalovému napětí u jedné polovinu těla - pravé nebo levé. Je způsobena poškozením jedné mozkové hemisféry. Poškození vzniká krvácením do mozku v postranních komorách mozkové kůry. Na dolní končetině je stažený lýtkový sval. Typické je postavení horní končetiny. Paže přitažená k trupu, ohnutá v lokti, předloktí hřbetní strany je vzhůru a ruka ohnutá, palec směřuje do dlaně. U postižení se objevují další vady, např. ortopedické (skoliózy). U dítěte se mohou projevit problémy s vnímáním polohy zrakem, v prostorové orientaci, pravolevé orientaci apod. Dítě se může cítit jednostranně a tak, jak se cítí, se také kreslí.

Při kvadruparetické formě postihuje zvýšené svalové napětí všechny končetiny. Někdy má podobný projev též těžší stupeň diparetické formy, který se může jevit jako kvadruparéza. U tohoto postižení se mohou přidružovat důsledkem poškození dalších funkčních center nervové soustavy smyslové vady, poruchy řeči, mentální retardace, epilepsie, absence primárních reflexů, např. sacího reflexu apod. Dítě převážně nedospěje k samostatné chůzi. Zkušenosti dítěte se redukují pouze na sluchové či zrakové. Nejhorší typ kvadruparetické formy je oboustranný hemiparetický. V tomto případě jde o postižení celého mozku.

Mezi nespastické obrny řadíme dyskinetickou a hypotonickou formu. Dyskinetická forma DMO - dříve se jí říkalo atetotická - je způsobena poškozením podkorových center. Projevuje se špatně ovládanou hybností, charakteristickými pohyby, které postihují končetiny,

trup, hlavu i mluvidla. Rozhodující je u této formy právě obtížná volní koordinace pohybu. Svalové napětí se zvyšuje také důsledkem úsilí, které člověk s touto formou DMO vyvíjí ve snaze pohyb ovládnout.

Hypotonická forma se projevuje sníženým svalovým tonem. Větší rozsah kloubů dovoluje např. dítěti ovinout ruku kolem krku (příznak šalový), svinout se do klubička (příznak pásovce). Stoj i chůze u těchto dětí je nejistá. Hypotonickou formu lze pozorovat v prvních měsících života dítěte. Pokud přetrvává, mění se během vývoje dítě v jinou výše uvedenou formu.

K pohybovému postižení se může u jednotlivých forem DMO podle stupně postižení přidružit ještě postižení mentální, smyslové vady, epilepsie, vady řeči. Nejfrekventovanější porucha řeči je dysartrie (celková porucha vyslovování), porucha článkování artikulační složky. (Lesný, 1986)

9.5 Edukace osob s tělesným postižením

Pro úspěšnou edukaci osob s tělesným postižením je potřebné znát podmínky, ve kterých se bude výchovná činnost provádět. Vnitřní podmínky se týkají samotné osoby, jejího tělesného a duševního vývoje. U postižené osoby se sleduje úroveň mobility. Přihlíží se k tomu, zda se jedná o omezenou mobilitu či imobilitu primární nebo sekundární. Je třeba mít na zřeteli také celkový zdravotní stav jedince, průběh a progresi postižení. Rozhodujícím činitelem pro úspěšnou edukaci je i psychický stav postiženého, jeho vůle, zájem, postoj k postižení apod. Neméně důležité je i zjištění úrovně rozumových schopností a komunikativních dovedností a kdy je potřebné používat k dorozumívání alternativní nebo augmentativní komunikaci. Při osvojování grafomotorických činností brát zřetel na hloubku a druh tělesného postižení.

Vnější podmínky jsou dány prostředím, v němž k edukaci dochází. Při realizaci edukace postiženého je zapotřebí připravit vhodné materiální podmínky (např. odstranění architektonických bariér), zajistit vhodný stavebnicový nábytek s výškově stavitelnou židlí, která má ergonomicky tvarované sedátko i opěradlo, sedačky, sedací polštáře, šikmou pracovní desku pro čtení a psaní. Vhodné pro kvalitu školní práce je lehátko nebo žíněnka, na které žák může sledovat výklad látky a zároveň obnovit síly na další výuku. Pro dlouhodobě ležícího žáka je vhodné polohovací lehátko. Z kompenzačních pomůcek pro usnadnění pohybu zajistit berle a hole, kozičky a chodítka.

Z didaktických pomůcek zajistit takové, které umožňují psaní a kreslení. Lze např. uvést trojhranný program k rozvoji správného držení psacích potřeb, molitanové či plastové nástavce, Vhodné jsou speciální psací desky s magnetickým pravítkem, protismykové podložky, které usnadňují přidržení sešitu a tím ulehčí postiženým práci. V současné době je velmi účinným prostředkem počítačová technika.

Pro relaxaci a rehabilitaci zajistit pomůcky pro rozvoj hrubé a jemné motoriky. Např. molitanové míčky, masážní míčky, kroužky (ježci) skákací míče s držáky, pomůcky pro cvičení rovnováhy. Dále rehabilitační míče a míčky různých typů a velikostí.

Pro úspěšnou inkluzivní edukaci je třeba, aby i učitelé byli dostatečně vzděláni ve speciálních metodách práce s tělesně postiženým žákem. Je zapotřebí, aby učitel byl obeznámen se správnými postupy, např. nácviku psaní u žáků s deformovanou či chybějící končetinou, znal postupy, kdy se místo chybějící horní končetiny využívá nohou, ramen, brady. Pro pracovní vyučování tělesně postižených by si učitel měl vytvořit metodické postupy a jejich vhodnost by si měl sám vyzkoušet. V některých případech, kdy není možné u žáka dosáhnout přiměřeného stupně automatizace v dovednosti psaní, vědět, jak využít počítačovou techniku jako kompenzační prostředek. Učitel by měl počítat s ochranným útlumem, který u postižených jedinců zejména s perinatálními encefalopatiemi nastává dříve, než u jedinců zdravých. Postižený by se měl být vzdělávat v klidném prostředí. Intenzita hluku větší než 65 dB je již pro ně škodlivá. Následkem zvýšeného hluku dochází k narušení nervových dynamických spojů, stoupá dráždivost, klesá pozornost a soustředěnost. Dochází k porušení nervové koordinace, snižuje se pracovní výkon.

Před příchodem žáka s postižením do třídy, by měl učitel informovat žáky a jejich rodiče o jeho vřazení. Může k tomu využívat konkrétních situací, (např. žáci jedí s přelepenými prsty, pohybují se na vozíku apod.)

Mnohdy bývá problémem u žáků s těžkým postižením zajistit možnost kontaktu s reálným světem. Zkreslené představy o reálném světě mohou zastoupit vycházky a exkurze, jako jedna z organizované formy vyučování.

Učitel by měl spolupracovat s pedagogicko psychologickými poradnami, speciálními pedagogickými centry či společenskými organizacemi, které se podílejí na komplexní rehabilitační péči o tělesně postižené.

Nedílnou součástí vnějších podmínek je úzká spolupráce školy s rodinou.

9.6 Edukace nemocných a oslabených

Při edukaci nemocných vycházíme ze skutečnosti, že každá nemoc má vliv na tělesný, psychický i kognitivní rozvoj jedince. „**Nemoc** je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností narušujících jeho správné fungování a rovnováhu“. *Nemoc* [online] [cit. 7. 3. 2017] Dostupné z <https://cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc>.

Zdravotní oslabení je stav zotavování se po delší nemoci nebo stav ohrožen zdraví následkem vlivů škodlivého prostředí či nevhodné životosprávy. (Lechta, 2010, str. 238)

Při edukaci nemocných a zdravotně oslabených je třeba mít na zřeteli požadavek prevence fyzické a psychické zátěže. Individuálně přistupovat ke každému jedinci zvláště, dodržovat režim, v němž výuku střídají oddychové přestávky. Stejně tak i u jedinců s tělesným postižením u osob nemocných a oslabených by měl učitel přiměřeně poučit ostatní spolužáky o zdravotních obtížích žáka a vysvětlit změny v zaběhnutém režimu výuky. (Např. u diabetika možnost se najíst během hodiny.)

K závažným problémům se řadí chronická onemocnění dětí, jejichž léčba vyžaduje dlouhodobý pobyt v nemocnici nebo v dětském léčebném ústavu. U těchto zdravotnických zařízení jsou zřizovány školy. Výuka probíhá buď individuálně, skupinově nebo frontálně na učebnách a podřizuje se léčebnému režimu. Cílem je plnění požadavků předepsaných ŠVP s ohledem na vážnost probíhající choroby. Žák, který byl ve škole při nemocnici či léčebném zařízení vyučován a klasifikován, nepodrobuje se po návratu do kmenové školy přezkušování. Byl-li při hospitalizaci vyučován v období tří měsíců před klasifikací, je možné žákům školou při zdravotnickém zařízení vydat vysvědčení. V ostatních případech se kmenové škole zasílá záznam o probíraném učivu včetně hodnocení průběžné klasifikace. Ty jsou pak podkladem pro další práci učitele kmenové třídy.

Ze speciálních pomůcek pro jedince upoutaných na lůžko lze uvést pracovní stolky a tabule pro ležící pacienty, prizmatické brýle a zrcadla, která umožňují číst a psát vleže.

Tělesně oslabení jedinci bývají umístováni do ozdravoven a léčeben podle typu zdravotní indikace a podle věku. Zde je vedle zdravotnické péče poskytována i péče výchovně vzdělávací tak, aby mohli po návratu navázat na učivo v kmenové škole.

10 Edukace osob s narušenou komunikační schopností (NKS)

Klíčová slova: narušená komunikační schopnost, poruchy řeči, poruchy hlasu, symptomatické poruchy řeči

Komunikační schopnost je výměna informací mezi producentem (vysílajícím) a recipientem (příjímatelem). Komunikační schopnost je narušená, pokud některá rovina jazykových projevů působí interferenčně na komunikační záměr. (Lechta, 2003).

Komunikační schopnost se sleduje v rovině:

- foneticko - fonologické (zvukové), která zahrnuje především artikulaci a fonematically sluch,
- lexikálně-sémantické (obsahové) rovina obsahuje pasivní i aktivní slovní zásobu, úroveň zobecnování, porozumění řeči,
- morfologicko-syntaktické (gramatické) roviny uplatňuje gramatická pravidla. Patří sem gramatická správnost slov, vět, slovosledu, rodu, čísla, pádu, užívání slovních druhů, tvarosloví a větosloví,
- pragmatické roviny, která je rovinou sociálního užití řeči v praxi. (Lechta, 2003)

Řeč je nástrojem k získávání informací, k dorozumívání, sdělování myšlenek, přání, apod. Pro správnou řeč je nutné splnit jak podmínky vnitřní, tak vnější. Mezi vnitřní řadíme:

- vrozené předpoklady,
- zdravý sluchový a zrakový analyzátor,
- zdravý vývoj motorických zón v mozku,
- intelekt,
- fyzický vývoj.

Mezi vnější podmínky patří:

- prostředí,
- výchova,
- řečový vzor,
- řečové podněty.

Za NKS se nepokládá:

- fyziologická nemluvnost před prvním rokem života,

- vývojová dysfluence (projevy neplynulosti řeči kolem 3. roku),
- fyziologická dyslalie (do 5. roku),
- fyziologický agramatismus (do 4. roku).

10.1 Poruchy řeči

Opožděný vývoj řeči

je stav, kdy kolem svého 3. roku dítě nemluví nebo mluví podstatně méně než ostatní děti. Je třeba vyloučit vady sluchu, zraku, intelektu, autismus, vadu mluvních orgánů, nepodnětné prostředí, porod apod.

Pro nápravu opožděného vývoje řeči je zapotřebí upravit domácí prostředí, dát rodičům instrukce pro podnětnou komunikaci, u dítěte rozvíjet slovní zásobu, rozvíjet sluchové a zrakové vnímání, rozvíjet oblast motoriky. Je nutný dobrý mluvní vzor.

Vývojová dysfázie

je porucha postihující vývoj řeči. Porucha postihuje jak výslovnost, gramatickou strukturu, tak slovní zásobu. Řeč u dysfázie bývá chudá, objevují se agramatismy, nesprávný slovosled. Mnohdy se dysfázie považuje za dyslalii a při nápravě je pozornost věnována pouze chybně vyslovovaným hláskám. Při zjištění správné diagnózy bývá nápravný proces zdlouhavý.

Typy dysfázie:

- Senzoricko – motorická, kdy dochází k poruše vnímání, paměti a porozumění slyšené řeči. Obtíže jsou zejména v dekodování řeči.
- Motorická (expresivní) dysfázie, kdy dochází k poruše schopnosti samostatného vyjadřování při dobrém chápání a porozumění slyšené řeči.

Může se projevit i forma smíšená.

Znaky dysfázie:

- porucha fonetické a fonologické realizace hlásek,
- obtížné spojování slov do větných celků (slovosled, koncovky),
- porucha v řazení slabik,
- postižení fonemického sluchu,
- obtížné rozeznávání klíčových slov k pochopení smyslu,
- porucha krátkodobé paměti,

- malá slovní zásoba,
- nepoměr mezi verbálními a neverbálními,
- narušená, porucha vnímání zrakových, hmatových a rytmických signálů,
- oslabená jemná motorika,
- narušená lateralizace,
- špatná orientace v prostoru. (Lejska in Klenková 2006)

U dysfatičků je nezbytné zahájit co nejdříve logopedickou intervenci. Nejvhodnějším řešením je zařazení dítěte do MŠ logopedické. Na běžném typu školy je vhodné pro žáka mít IVP a úzce spolupracovat se SPC. I při kompenzované dysfázi se u žáka mohou objevovat odchylky v expresivní složce řeči, paměti či pozornosti. Můžou se projevit i obtíže charakteristické pro specifické poruchy učení.

Afázie

je získané organické narušení komunikační schopnosti, která vzniká při ložiskových poškozeních mozku. Řeč u osob postižených afázií již byla vyvinuta a k narušení komunikační schopnosti došlo při poškození mozku nejčastěji při cévní mozkové příhodě, úrazech mozku, nádorech, zánětech mozku, intoxikaci a degenerativních onemocnění CNS. (Klenková, 2006)

Rozlišujeme afázií:

- Motorickou, kdy osoba má obtíže s mluvením, ale rozumí,
- sensorickou, kdy osoba nerozumí, ale může mluvit,
- a smíšenou.

S afázií se můžeme setkat i u dětí, pokud vznikla např. po úrazu hlavy a mozku.

Dyslalie

je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem. (Klenková 2006, str. 99) Fyziologická dyslalie, která je vývojová, je běžná asi do 5 let věku dítěte. Pokud přetrvává nesprávná výslovnost některých hlásek až do 7 let, mluvíme o prodloužené fyziologické dyslalií. Po 7. roce věku se již jedná o pravou dyslalii. Ve školním věku patří mezi nejčastěji nesprávně vyslovované hlásky (R a Ř) a sykavky (S, Z, C, Š, Ž, Č).

Příčiny dyslalie:

- nesprávný řečový vzor,
- poruchy sluchu (podle druhu a stupně),
- poruchy fonemického sluchu,
- poruchy CNS,
- motorická neobratnost,
- anomálie řečových orgánů (defekty chrupu, skusu, přirostlá uzdička, rozštěp rtu apod.),
- nesprávný postoj prostředí k mluvnímu projevu dítěte (neustálé napomínání dítěte, výsměchy apod.).

Rozeznáváme dyslalií:

Hláskovou:

- kdy dítě některou hlásku vynechává nebo netvoří - mogilálie,
- kdy dítě hlásku nahrazuje jinou - paralálie,
- deformovanou, kdy dítě hlásku vyslovuje, ale chybně, na jiném artikulačním místě.

Slabikovou a slovní, kdy dítě hláskové skupiny ve slabikách a slovech redukuje a přesmykuje.

U náprav je vždy nutné dodržovat zásady logopedické prevence. Patologické odchylky přenechat odborníkům. Dyslalie je nejběžnější poruchou řeči v populaci. U dětí školou povinných tato porucha může představovat reálné riziko, které může přerůst v složitější problém. Ve škole je zapotřebí dodržovat určitých zásad, které jednak pomohou žákovi k odstranění poruchy a jednak zamezí negativním projevům ostatních spolužáků k němu. Učitel by měl přiměřenou formou žákům vysvětlit znevýhodněnou situaci v rámci komunikace u žáka s dyslalií. Upozornit je na to, že odstranění poruchy řeči u žáka závisí i na jejich vztahu k danému žákovi. Učitel by měl sledovat, zda nedochází k náznakům šikany, posměchu z řad spolužáků a měl by adekvátně zasáhnout. Učitel by měl mít povědomí, jak s žákem komunikovat, vědět, že nemá žáka za každou cenu opravovat, ale měl by se řídit pokyny logopeda. V případě, že se vada začíná promítat do oblasti čtení a psaní, je zapotřebí brát nekompenzovanou poruchu v potaz. O vhodném přístupu k žákovi a při hodnocení čteného a psaného projevu spolupracovat se speciálním pedagogem.

Dysartrie

je porucha motorické realizace řeči jako celku při organickém poškození CNS. Jedná se o narušení procesu artikulace, kdy nejtěžší stadium je anartrie, která se projevuje

neschopností verbální komunikace. Narušení se projevuje ve složce respirační (dýchací), fonační (tvorba hlasu), artikulační (výslovnost hlásek) a v oblasti prozodických faktorů (melodie, tempo, přízvuk). (Klenková, 2006) S dysartrií v dětském věku se nejčastěji setkáváme u dětí s těžší formou dětské mozkové obrny. U dospělých po úrazech, nádorech a zánětech mozku. Při komunikaci s jedincem s dysartrií je třeba být tolerantní k pomalejší promluvě a omezení mluvy, poskytování dostatek času, podporovat jedince k užívání krátkých formulací, vést k pozornému sledování úst mluvícího, dávat najevo snahu rozumět, procvičovat dechová cvičení. Při edukaci jedinců s dysartrií je nutná komplexní péče odborníků, jak z oblasti rehabilitační, lékařské, tak speciálně pedagogické.

Koktavost (balbuties čti balbucies)

je syndrom komplexního narušení koordinace orgánů, které participují na mluvení. Nejnápadněji se projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním procesu mluvení. (Lechta,1990) Klonická koktavost má charakter křečí škubavých (m – m - ma), tonická má charakter křečí napínavých (m - má), koktavost tonoklonická má převahu křečí napínavých a klonotonická má převahu křečí škubavých.

Při edukaci a i při jednání s jedincem, který trpí koktavostí, dodržujeme určité zásady.

Lechta (1990) uvádí:

- Posloucháme pozorně, když klient mluví a o čem mluví.
- Sami mluvíme pomalým tempem řeči a prodlužujeme přestávky mezi větami.
- Pozorujeme situace, kdy se plynulost řeči zlepšuje nebo zhoršuje a během plynulých fází podněcujeme k verbální komunikaci.
- V okamžiku dysfluence poskytneme dostatek času bez projevů netrpělivosti a dokončování vět za žáka. Mnozí balbutici vypovídají, že lidé ve snaze jim pomoci, dokončují jejich mluvu, přestože netuší, co chce balbutik říci.
- Nepřerušujeme žáka v jeho projevu, neopravujeme neplynule vyslovená slova.
- Neupozorňujeme žáka na řeč, vyhneme se doporučením typu: „Mluv pomaleji!“ a sami mluvíme klidným pomalým tempem řeči.
- Nedáváme dobře míněné rady: „Nadechni se.“ „Uvolni se.“ „Ještě jednou.“ Čím více se balbutik zaměří na vlastní mluvní projev, tím hůře mluví.
- Poskytujeme dostatek času na odpověď a komunikaci vůbec.

- Snažíme se redukovat vlivy, které mohou mít negativní efekt na plynulost (např. časový tlak).
- Redukujeme počet otázek, které žákovi klademe.
- Udržujeme zrakový kontakt s žákem i v momentě zakoktání. Pokud bychom odvraceli zrak, pro mnohé balbutiky je to negativní signál jejich selhání.
- Poskytněte vhodný řečový a hlasový vzor, sami zkuste mluvit klidně, uvolněně, ale ne extrémně pomalu.

Breptavost (tumultus sermonis)

je porucha plynulosti řeči. Charakteristické je rychlé a nerovnoměrné tempo řeči. Příčina poruchy bývá organického původu nebo je i dědičná. Při komunikaci s takovým jedincem je dobré poskytovat správný mluvní vzor, mluvit klidně, volně, poskytovat klidné prostředí, nespěchat na odpověď.

Mutismus

řadíme mezi funkční poruchy vyšší nervové soustavy. Je to ztráta schopnosti verbálně komunikovat zpravidla na neurotickém nebo psychotickém podkladu. Elektivní mutismus (výběrová nemluvnost) se váže k určitému prostředí, osobě nebo situaci. (Žák nekomunikuje ve škole, doma ano.) Vzácnější bývá surdomutismus, kdy se u osoby objeví oněmění či útlum slyšení. Ve všech případech je nejdříve vyhledat odbornou pomoc u psychologa, psychiatra. Akceptujeme jinou formu komunikace, kterou si dotyčný zvolil (komunikuje neverbálně, např. při souhlasu mrkáním.)

Poruchy zvuku řeči

je změněná rezonance zvuku hlásek při artikulaci. Postihuje jak zvuk řeči, tak artikulaci. V případě, že je patologicky snižena rezonance, hovoříme o zavřené huhňavosti. Ta vzniká při organické změně v dutině nosní, jako jsou polypy, zduřená sliznice, zvětšená nosní mandle. Otevřenou huhňavost způsobuje patologicky zvýšená nosní rezonance. Oba případy nejdříve vyžadují lékařskou péči a následně péči logopedickou.

Symptomatické poruchy řeči

jsou takové poruchy komunikačních schopností, které jsou průvodním znakem jiného dominantního postižení. Nejčastěji to bývá u jedinců s poruchami sluchu, mentálně retardovaných. Typickým příkladem je dysartrie, která se vyskytuje u vývojových poškození

(DMO) nebo získaných poruch během života, např. při různých neurologických onemocněních, degenerativních změnách CNS apod. U těchto osob se provádí logopedická péče v zařízeních, kam chodí do školy nebo kam jsou umístěni.

Poruchy hlasu

Do poruch komunikačních schopností patří i poruchy hlasu. Příčinou mohou být vrozené odchylky, hormonální odchylky, vady sluchu. Porucha se může objevit při nesprávném používání hlasu, nadměrném namáhání, špatným hospodařením s dechem.

11 Edukace osob se sluchovým postižením

Klíčová slova: surdopedie, sluchové vady, důsledky sluchového postižení, porucha komunikace, podmínky edukace, kompenzační pomůcky

Edukací osob se sluchovým postižením se zabývá surdopedie. V rámci komplexní péče o tyto osoby se zabývá metodami a postupy usnadňující komunikaci těchto osob, možnostmi vzdělávání a přípravy na zapojení do pracovního procesu.

11.1 Sluchové vady

Sluchové vady můžeme dělit:

podle místa vzniku na:

- převodní,
- percepční,
- kombinované.

Podle doby vzniku na:

- dědičné,
- vrozené,
- získané,
- prelingvální,
- postlingvální.

Podle hloubky postižení vymezené WHO v roce 1980 se uvádí:

- 0–25 dB normální sluch,

- 26–40 dB lehká nedoslýchavost,
 - 41–55 dB středně těžká nedoslýchavost,
 - 56–70 dB těžká nedoslýchavost,
 - 71–90 dB těžké poškození sluchu,
- více než 90, úplná hluchota.

11.2 Důsledky sluchového postižení

Nejčastější potíže v oblasti sociálně kognitivní se projevují ve zhoršené komunikaci s intaktní populací, krajním případem může být společenská izolace. Zhoršená orientace v prostoru, absence zvukového pozadí a vytváření představ. U osob neslyšících dochází k obtížím při osvojování si dovednosti čtení a psaní. Mnoho neslyšících má malou slovní zásobu, mnohdy nerozumí významu slov, která znají. Neznají tvarosloví, takže známé slovo nerozeznají v jiném tvaru, pokud je dané slovo v jiném pádu, je již pro ně slovem novým. Mohou si zaměňovat slova podobná, neznají odlišnosti ve významu slova při změně délky apod. V písemném projevu píší krátké, holé věty, často používají nesprávný tvar. V matematice dochází k potížím, když nejsou vybudovány správné základy matematického systému a jazyka.

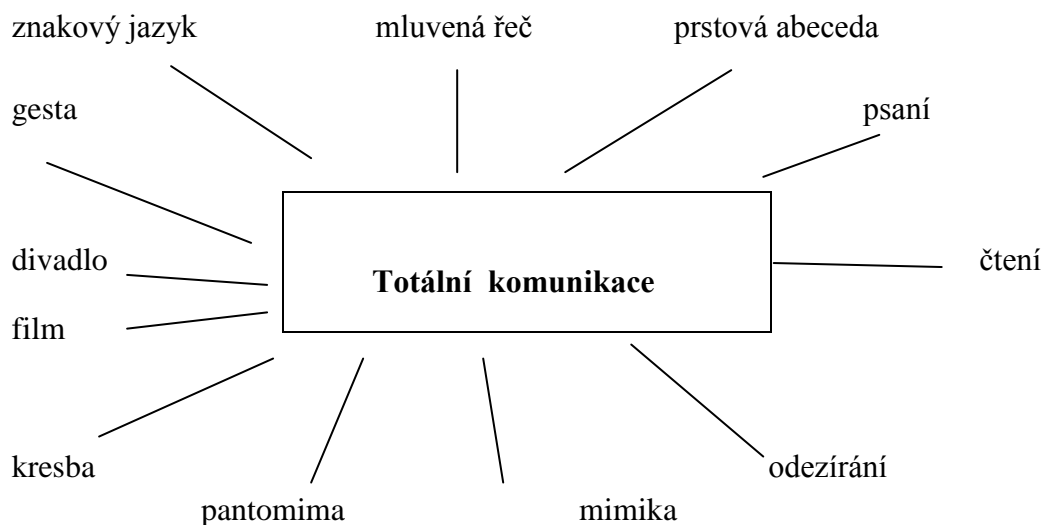
V psychologické oblasti se objevuje u těchto osob citová nevyrovnanost, impulzivní chování, narušení pocitu sebejistoty a bezpečnosti, obtíže v koncepci interpersonálních vztahů. Aby mohla nastoupit vhodná reedukace v rámci rané péče, je nutné odhalit sluchovou vadu co nejdříve. Matka může již v porodnici požádat o vyšetření sluchu (otoakustická emise). Cílem vyšetření je včasný záchyt vrozené vady sluchu u dětí a zajištění případné následné péče tak, aby se zamezilo opoždění vývoje komunikační schopnosti těchto dětí. Jestliže podněty nepřicházejí do příslušných mozkových center, pak tato centra jsou zcela nevyužita. Pokud absence přísunu informací trvá 4 – 6 let, původní předpokládaný směr využití těchto center vymizí.

11.3 Formy komunikace se sluchově postiženými osobami

Rozvoj v oblasti informační techniky značně rozšířil možnosti kompenzačních pomůcek pro usnadnění komunikace neslyšících osob.

Totální komunikace zahrnuje spojení manuálních a manuálně-orálních prostředků podle komunikačních potřeb a vyjadřovacích schopností účastníků komunikace. Podle zásad této

filozofie mají postižení právo na maximální výkon tak, aby bylo dosaženo optimálního pochopení a úplného porozumění během komunikace. (Potměšil, 1999, str. 17)



Obr. 3 Totální komunikace

Mluvená řeč. Sluchově postižený se učí osvojování mluvené řeči, výcvik v odezírání, rozvíjí se u něho funkční schopnosti zbytků sluchu.

Odezírání – vizuální percepce řeči – je schopnost vnímat mluvenou řeč sledováním pohybů viditelných částí mluvidel, přičemž si odezírající doplňuje tento neúplný obraz mluvené řeči pozorováním výrazu obličeje, gestikulace i pohybů těla. Možnosti odezírání jsou ovlivněny mimo jiné také rozsahem slovní zásoby jedince a stavu zraku dítěte.

Znakový dorozumívací systém. Rozlišujeme **vlastní znakový jazyk** neslyšících, který se užívá přímo v komunikaci neslyšících. Má svou vlastní syntaxi a gramatiku odlišnou od mluveného jazyka. **Znakovaný jazyk**, který se používá při tlumočení se syntaxí slovního projevu. (např. v televizi).

11.4 Kompenzační pomůcky

Mezi základní pomůcky řadíme sluchadla. Závěsná sluchadla jsou tvořena pouzdrem z umělé hmoty, obsahujícím elektroniku. Jsou zavěšena za ušním boltcem na tzv. háku, zvuk se přivádí do zvukovodu a k bubínku plastovou trubičkou s ušní vložkou. Nitroušní sluchadla, jak napovídá název, jsou umístěna celá přímo v uchu. Podle provedení to mohou být sluchadla boltcová (konchální), která vyplňují konchu boltce, zvukovodová, umístěná pouze ve zvukovodu, nebo kanálová – úplně skrytá ve zvukovodu. Dále existují sluchadla kapesní

nebo brýlová. Kochleární implantát je elektronická sluchová náhrada, která obchází nefungující vláskové buňky a vyvolává sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací zachovaných vláken sluchového nervu.

Do skupiny komunikačních pomůcek řadíme počítače s výukovými programy, telefon, mobilní telefon psací telefon nebo videotelefon, FM audiotechniku. Z informačních pomůcek můžeme uvést mikroport FM, videorekordér, internet, televizor s teletextem facebook, twitter. Světelná technika, světelný alarm, vibrační budík apod. jsou pomůcky signalizační a orientační.

11.5 Podmínky úspěšné edukace

Inkluzivní edukace vyžaduje zabezpečení jak materiálních, tak speciálně pedagogických podmínek. Z materiálních lze uvést: zabezpečení vhodného akustického prostředí třídy. Třída by měla být situována do klidné části školy (dvora, zahrady, nikoliv do rušné ulice). Ve třídě provést odhlučnění oken, obložit stěny, položit koberec. Osvětlení ve třídě instalovat tak, aby světlo dopadalo na učitele shora a zepředu. Dbát na to, aby sluchadla žáka nebyly rušeny dalšími elektrickými zařízeními. Pro žáky s postižením zajistit v dostatečné míře pomůcky na zesílení zvuku, přístroje doplňující výklad učitele (titulované programy, psaná projekce, počítače apod.) Nutná je informovanost učitelů o sluchovém postižení žáka, ve spolupráci se SPC vytvořit vhodnou strategii výuky, zajistit v případě doporučení SPC asistenta pedagoga.

Z učebních strategií učitel dodržuje základní pravidla: nezakrývá si ústa, mluví vždy tváří k žákovi, neotáčí se k němu při výkladu zády, vyslovuje zřetelně, ale přitom zachovává přirozený rytmus řeči. Ústa jsou dostatečně osvětlena. Učitelé muži nenosí vousy či knír. Učitel i asistent si ověřují, zda žák porozuměl zadanému úkolu. Učitel by si měl uvědomit, že žák nemůže současně odezírat a psát. Mluvený text učitel tedy doplňuje namnoženými písemnými poznámkami, textem z učebnice, využívá interaktivní tabuli apod. Při skupinové práci s intaktními žáky je nutné domluvit pravidla, jakým signálem budou na sebe upozorňovat žáci, kteří budou právě mluvit. Odezírání je namáhavá činnost, a proto je třeba žákovi s poruchou sluchu dát prostor k odpočinku.

12 Edukce osob se zrakovým postižením

Klíčová slova: tyflopédie, zrakové vady, stupně vidění, podmínky edukace

Jedna z dílčích oblastí speciální pedagogiky, která se zabývá edukací osob se zrakovým postižením, je tyflopédie (oftalmopedie, optopedie).

12.1 Zrakové vady

Orgánové poruchy jsou takové, které vznikají na základě snížení nebo nevyvinutí zrakového ústrojí. Podle stupně vidění (ztráty ostrosti) dělíme na:

- lehkou slabozrakost (vizus 6/18 až do 6/60 na lepším oku),
- těžkou slabozrakost (vizus 6/60 až do 3/60 na lepším oku),
- praktickou nevidomost (vizus pod 3/60 nebo zorné pole menší než 10°),
- nevidomost (vizus pod 1/60 nebo zorné pole menší než 5°),
- zachovaný světlocit s projekcí (rozeznají směr zdroje světla),
- zachovaný světlocit bez správné projekce (rozeznají pouze světlo a tmou, nikoli zdroj světla),
- úplnou slepotu bez světlocitu (amauróza).

V literatuře se často užívá rovněž termín „osoba se zbytky zraku“, kterým označujeme člověka s viděním v rozsahu těžké slabozrakosti až praktické slepoty.

Zraková ostrost je vyjádřena tzv. vizem. Ten se udává obvykle ve zlomku, kde první číslo znamená vzdálenost v metrech, ze které dotyčný čte, a druhé číslo pak vzdálenost, ze které čte tu samou velikost písmene člověk s nepostiženým zrakem (vizus zdravého oka je tedy např.: 6/6). Vyšetření zrakové ostrosti do dálky se provádí nejčastěji na Snellenových optotypech, což jsou tabulky s řadami postupně se zmenšujících znaků.

Diagnóza zrakového postižení pouze podle ostrosti vidění a rozsahu zorného pole není vždy úplně dostačující. Pro objektivnější určení je třeba pečlivě zkoumat další zrakové funkce, jako např.:

- kontrastní citlivost (světloplachost, šeroslepost),
- schopnost rozlišovat barvy (barvoslepost),

- vnímání hloubky,
- schopnost lokalizovat,
- fixovat předměty,
- sledovat je v pohybu apod.

Pro úspěšnou edukaci i pro běžný život je nutné zjistit, které úkony osoba s postižením zvládá, které zvládá jen s obtížemi nebo vůbec nezvládá. Ve které oblasti je třeba mu pomoci a jaké lze najít řešení pro zjištěné potíže. Komplexní posouzení zrakových funkcí si často vyžaduje spolupráci několika odborníků - lékaře, zrakového terapeuta a sociálního pracovníka, kteří mohou posoudit zrakové funkce v praxi.

Do funkčních poruch řadíme **okulomotorické poruchy**, které nastávají při vadné koordinaci pohybů očí.

Tupozrakost (amblyopie), je funkční vada **zraku**, která postihuje zpravidla jedno **oko** a projevuje se snížením zrakové **ostrosti** jednoho oka v důsledku útlumu zrakového vnímání. Vyskytuje se převážně v dětském věku. Příznaky tupozrakosti:

- dítě je nemotorné,
- často zakopává,
- nedokáže zachytit hozený balon,
- vráží do věcí,
- přivírá jedno oko,
- mne si oči, mhouří je,
- naklání hlavičku na stranu, brání se zakrytí zdravého oka,
- oči pálí, jsou zarudlé, objevují se opakované záněty.

Šilhání (strabismus) - (konvergentní nebo divergentní) je porucha rovnovážného postavení očí, při které dochází k poruše zrakového vnímání. (Flenerová,1985). Vzniká nejčastěji na základě nekorigované refrakční vady s následnou tupozrakostí šilhajícího oka.

12.2 Edukace zrakově postižených

U slabozrakých jedinců se využívají pomůcky na podporu rozvoje zraku. Pro usnadnění čtení se žákům připravují texty s větším typem písma. Kromě brýlí mohou slabozrací používat speciální kompenzační pomůcky, různé druhy lup, hyperokulárů, turmuru, kterým mohou číst informace na dálku (např. z tabule, ale mohou ho využít i

v běžném životě – k zjištění čísla tramvaje apod.). K dispozici mají i počítače se speciálními programy. K psaní a kreslení slabozrací používají psacích náčiní se silnější stopou, sytě barevné tužky, píší na zesílené linky a zvětšené řádky.

Těžce slabozrací a prakticky nevidomí podle potřeby využívají pomůcky podporující jejich rozvoj. Např. prostorové názorné pomůcky, pomůcky s hlasovým výstupem. Počítače s hlasovým výstupem, různé přehrávače, televizní lupy, tablety s hlasovým výstupem. Procházejí přípravnými cvičeními na nácvik Braillova písma.

U nevidomých je edukace zaměřena na rozvoj hmatového vnímání, prostorovou orientaci a na zvládnání samostatného pohybu pomocí zvukových signálů nebo bílé hole. Hlavním zdrojem rozvoje představ je hmatové vnímání. Hmatem se učí rozlišovat různé materiály, podle jejich tepelných vlastností, struktury, velikosti, tvaru apod. Pro získání reálných představ se využívá reliéfní podoba předmětu. V počáteční výuce čtení by měly být texty jednoduché, s dobře hmatným reliéfním zobrazením. Dalším zdrojem informací jsou digitální zdroje s hlasovým výstupem, čtečky, přehrávače, počítače, chytré telefony apod.

Pro úspěšné inkluzivní vzdělávání je zapotřebí pomoci žákovi zvládnou orientaci v prostředí třídy a školy. Předem pro něj připravit doporučené kompenzační pomůcky. V případě, že žákovi byl asistent, doporučen zjistit v případě těžce slabozrakého nebo nevidomého žáka, zda má znalost speciálních metod včetně znalosti Braillova písma.

13 Poruchy chování

<i>Klíčová slova: etopedie, norma, delikvence, kriminalita, poruchy chování, žák s problémy v chování, žák s poruchou chování</i>

Etopedie je oblast speciální pedagogiky, která se zabývá péčí, výchovou a vzděláváním dětí a mládeže se sociálně narušenými vztahy, tzn. jedinci, kteří se svým chováním vymykají normě.

13.1 Vymezení základních pojmů

Vzhledem k tomu, že při poruchách chování hovoříme o odchylce od normy, je třeba stanovit, co je „normální“. Nejběžnější pojetí je používané v souvislosti s tím, co je běžné,

průměrné, nejvíc frekventované, co v dané společnosti a kultuře bývá obvyklé. Používá se zcela intuitivně, na základě osobních zkušeností s frekvencí výskytu jevů se hodí na jevy, které lze kvantifikovat, měřit, číselně vyjádřit. Vychází z rozložení náhodných jevů podle Gaussovy křivky. **Normou** je to, co společenská kritéria jako normální vymezují, obvyčejně ve vztahu k tradici. Sociální norma je vždy vázaná na sociální skupinu a představuje pravidla soužití v jednom sociálním prostoru. Normální je to, co je ve skupině obvyklé, osvědčené, přípustné, správné a žádoucí. Osvojování si sociálních norem probíhá u člověka během jeho vývoje a souvisí mimo jiné s mravním vývojem člověka.

Porucha chování je projev jedince, který se vymyká z průměrného chování dané věkové kategorie a sociokulturní kategorie, je to projev, který je odchylný od společensky přijatých norem.

Delikvence - delikventní chování: je chování v rozporu s právními normami, které je pro společnost nebezpečné, a jehož znaky jsou uvedeny v příslušném trestním zákonu.

Prekriminalita (dětská delikvence) – závadová činnost dětí od 6 do 15 let. Typickým znakem je skupinovitost, malá promyšlenost a připravenost.

Juvenilní delikvence (kriminalita mladistvých) – poruchy chování věkové skupiny od 15 – 18 let. Mezi nejčastější činy patří opilství, výtržnictví, neoprávněné držení motorových vozidel, trestné činy spojené s toxikománií, gamblerstvím a prostitucí.

Kriminalita dospělých – soubor trestných činů skupinou jedinců nad 18 let.

Sociální patologie: termín pro nebezpečné, sankcionované formy deviantního chování.

Nejčastěji se v odborných publikacích poruchy chování dělí podle **společenské** závažnosti:

- Chování asociální, které je nejméně společensky závadné. Projevuje se jako dílčí porucha sociálních vztahů s krátkodobými výstřelky v chování. Často souvisí s věkovými zvláštnostmi. Tyto poruchy jsou odstranitelné běžnými pedagogickými prostředky.
- Chování asociální je společensky závažnější, ale ještě nedochází k ničení společenských hodnot. Jedinec se vyřazuje ze svého sociálního prostředí, ale aktivně proti němu nevystupuje. Škodí především sám sobě. Poruchy nelze již řešit běžnými pedagogickými prostředky. Tyto poruchy se vymykají běžným výchovným metodám a

je třeba je řešit ve spolupráci s odborníky v pedagogicko psychologických poradnách nebo na dětských psychiatriích.

- Chování antisociální se vyznačuje nejvyšší společenskou nebezpečností, porušováním základních společenských norem, často i právních. Jedinec škodí společnosti a toto chování produkuje vědomě s cílem ublížit. Pojem antisociální chování zahrnuje veškeré protispolečenské jednání bez ohledu na věk, původ a intenzitu činu.

13.2 Poruchy dětského věku a dospívání

Lhaní

Lež je vědomé a záměrné zkreslování skutečnosti za účelem ochránit se, vyhnout se nepříjemné situaci, povinností nebo se záměrem ublížit tímto způsobem někomu jinému. O lži hovoříme až tehdy, kdy je dítě schopno odlišovat skutečnost od fantazijních představ. U dětí do šesti let se setkáváme se smyšlenkami, které bývají často ještě součástí dětského myšlení. Pravé lži se objevují až ve školním věku. Při hodnocení lhaní je zapotřebí posoudit, zda jde o lež ojedinělou či už je návykem, zda je rafinovaná nebo zda jejím cílem bylo někomu ublížit. Nejčastějším motivem lži bývá strach. Dítě lže při nesplnění domácího úkolu, bojí se přiznat špatnou známku, chce se vyhnout nějaké povinnosti, řešit konflikt mezi sebou a rodičem či učitelem. Mnohdy lže z kamarádství nebo nechce někomu způsobit bolest. Není výjimkou ani špatný příklad rodičů, kteří děti navádějí ke lži, či se uchylují k falešnému vysvětlování. Od pravé lži je nutno odlišit lež bájevitou, která spočívá ve vyprávění dlouhých příběhů ze svého života. Jsou podávány senzačním způsobem a děti se do nich vžívají tak, že jim věří.

Krádež

Krádež je vědomé odcizení určité věci. Nejčastější motivací pro dětskou krádež je:

- touha něco si přivlastnit, co je dítěti nedostupné a co obdivuje,
- touha po něčem zakázaném,
- zavděčit se spolužákům,
- vylepšit si pozici ve třídě (snaha upozornit na sebe),
- špatný příklad v rodině,
- snaha někomu ublížit,
- impulzivnost.

Závažnost činu hodnotíme podle psychické vyzrálosti dítěte, podle opakovaného činu, příčiny, ceny předmětu. Pravá krádež je plánovaná, jednání je rychlé, promyšlené, má pachateli přinést zisk. U menších dětí většinou dochází ke krádeži ve skupinách. Mívají pro svůj čin nějaký vzor.

Z pedagogického hlediska se snažíme s dítětem probrat motiv jeho činu, jeho důsledky.

Útěky a toulky

Jsou to závažná svévolná vzdálení se nedospělého jedince z rodiny, internátního zařízení, výchovného ústavu (Edelsberger - Kábele, 1988). Tyto poruchy můžeme také rozdělit podle reaktivního či impulsivního podkladu.

Při opuštění domova či zařízení na podkladě reaktivním jedinec volí mezi eventualitami ano či ne. Po úvaze volí příslušnou formu jednání.

Na podkladě **reaktivním** řeší situaci:

- **Útěkem.** Myslí si, že když opustí domov, vyhne se trestu, nepříjemnosti. Při útěku přemýšlí o důsledcích. Zpravidla se vrací, když si myslí, že se situace uklidnila. Někdy se ukrývá do té doby, než je vypátrán.
- **Potulováním** – to bývá časté u těch dětí, které mají doma nepodnětné prostředí, potloukají se po ulicích, obchodech, zdržují se v partě a domů se vrací až večer.
- **Toulkami**, které mají dlouhodobější charakter, cíl a program. Během toulek mnohdy dochází i k delikventnímu chování.

Při opuštění domova či zařízení na **impulsivním podkladě** zpravidla neumí dítě udat důvod pro své rozhodnutí. Většinou tvrdí, že je „napadne " takto jednat.

U dítěte školního věku jsou většinou příčinami toulek a útěků:

- strach z následků nějakého činu (poznámka, špatná známka),
- konflikt s učitelem nebo s žáky,
- vnitřní konflikt,
- hysterické rysy osobnosti (dítě chce emočně vydírat),
- psychické změny po úrazu,
- psychické změny při duševních chorobách.

S toulkami a úteký někdy souvisí **záškoláctví**. Jeho motivem může být strach ze zkoušení, písemky, samotná nutnost účastnit se vyučování, nevhodný přístup učitele, nuda. Záškoláctví bývá mnohdy spouštěcím mechanismem dalších poruch chování, jako jsou krádeže, loupeže, toxikománie, gamblerství a dalších. Pokud je strach ze školy vystupňovaný, projevující se vegetativními či tělesnými projevy (zvracením, bolestmi hlavy, břicha), hovoříme o **školní fobii**. Příznaky se objevují u dítěte v očekávání např. písemné práce, diktátu, zkoušení.

Při výchovném působení na děti s těmito poruchami vycházíme z rozboru jejich osobnosti a prostředí, ve kterém dítě žije. Při nápravách se většinou učitel obrací na další odborníky, zejména klinické psychology, sociální pracovníky. V nejtěžších případech se záškoláctví po vyčerpání všech dostupných prostředků řeší soudní cestou.

Reaktivní stavy

Reaktivní projevy vznikají na základě nějakých mimořádných prožitků. Silná reakce na podnět může být spojena s určitým nebezpečím. Ohrožuje duševní rovnováhu jednak bezprostředně, jednak svými důsledky.

U dětí se zanedbanou citovou výchovou se projevuje depresivní reakce mnohdy spojená s hostilitou a agresivitou. (Vzdorovitý výraz, zamračení, náznak impulzivních reakcí - útek ze třídy apod.). Při skryté reakci dochází k nepřátelským postojům, mstě, ničení předmětů. Projevy závisejí i na dalších faktorech, jako jsou povahové dispozice, vnější podmínky. Všechny reakce bývají doprovázeny vegetativními příznaky. Intenzita bývá závislá na hloubce prožitku. U školních dětí se mohou projevit zrudnutím, zblednutím, bušením srdce, zpomalením tepu. U menších dětí se vyskytují nevolnosti, zvracení, pomočení. Motorické projevy se manifestují neklidem, panickým útekem, výrazovými pohyby. Někdy naopak může dítě zůstat jakoby „zkamenělé“ nebo se bezmocně skácí. I při mírných reakcích lze vyčíst z výrazu dítěte momentální psychický stav dítěte. Mezi preventivní požadavky patří odstraňování patogenních vlivů, které na dítě působí, vytváření podmínek k rozvíjení citového života dětí, k uspokojování a rozvíjení tvůrčích schopností, tolerance a vzájemné pomoci. Zásadní chybou je reagovat na afekt afektem. (Richterová, L. a kol. 1969)

Drogová závislost

je podle WHO psychický a někdy i fyzický stav, vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a

jinými reakcemi, které nutí brát drogu stále častěji a pravidelněji, pro jejich psychické účinky a někdy proto, aby se zabránilo nepříjemnostem vyplývajících z její nepřítomnosti.

Závislost na drogách je především **psychická**. U některých drog se projevuje i závislost **fyzická**. U závislých osob dochází při nedostatku nebo chybění drogy k abstinčním příznakům (deprese, úzkost, napětí, svalové křeče, nevolnost, závratě, ztráta vědomí). Řešení drogové závislosti patří týmovému působení a je velmi složité. Proto je nutná prevence, která převážně leží na bedrech pedagogických pracovníků.

13.3 Edukace jedinců s poruchami chování

Z pohledu úspěšné edukace žáka s nežádoucími projevy chová je třeba, jak uvádí Vojtová (in Vítková, 2004) rozlišit žáky s problémy chování a žáky s poruchami chování.

Žák s problémem v chování o svých potížích ví, vadí mu a chce je napravit. Normy nenarušuje úmyslně. To, že je považován za problémového žáka v něm vyvolává negativní emocionální prožitek. Má snahu při vhodné pomoci své chování změnit. Zatímco žák s poruchou chování nepřijímá normy, ignoruje je, nepocituje vinu ve vztahu k důsledku svého jednání. Náprava u takového žáka vyžaduje speciální péči. (Vojtová in Vítková, 2004).

Problémům v chování se dá předejít včasnou prevencí a stanovením a dodržováním výchovných opatření. Kromě výchovného poradce, metodika prevence, školního psychologa lze využít služeb střediska výchovné péče. Toto školské zařízení poskytuje všestrannou preventivní speciálně pedagogickou péči a psychologickou pomoc jedincům s rizikem ohrožení či s projevy závadového chování.

14 Dílčí oslabení výkonu (DOV)

Klíčová slova: dílčí oslabení výkonu, dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie

Dílčí úkony jsou poznávací funkce mozku, které umožňují poznávat a chápat okolí. Potřebujeme je k tomu, abychom se mohli orientovat v životě, ve škole, abychom se naučili dobře číst, psát a počítat. Jsou závislé na našem vnímání. Dílčím oslabením výkonu trpí 40%

dospělých a 60% dětí. Příčinami tohoto oslabení jsou například lehká mozková dysfunkce, těžký porod nebo dědičnost.

K DOV dochází ve zrakovém vnímání, sluchovém vnímání, v prostorové orientaci, v oblasti intermodality, seriality.

DOV bývá často příčinou školních neúspěchů, mezi něž můžeme řadit poruchy učení známé jako dysporuchy nebo specifické poruchy učení. Nejčastěji se setkáváme s dyslexií, dysgrafií, dysortografií, v menším počtu s dyskalkulií.

Osoby s dysporuchami mají problém zvládnout dovednost čtení, (vidí písmenka jako rozházenou rýži, vnímají text, jako kdyby to byly čínské znaky nebo náhodně poskládané obrázky apod.) Zvládnout dovednost psát, počítání. Mají potíže orientovat se v prostoru, trpí poruchou zaměřené pozornosti, jsou méně obratné apod.

Potíže vedou mnohdy ke školnímu neúspěchu, k pocitům nejistoty, k sníženému sebehodnocení, k nedostatku sebedůvěry, k nižší úrovni aspirace, k obavám ze selhání. Mohou se objevovat opakující se pocity bezmocnosti, které člověk mnohokrát zažil. Tyto skutečnosti mohou velmi nepříznivě ovlivnit celkový život člověka, omezit aplikování nabytých vědomostí a dovedností. V průběhu studia, negativně ovlivnit jeho pozitivní osobnostní charakteristiku. Dospělý jedinec s nekompensovanou dysporuchou je ve větší míře než ostatní populace vystaven nadměrnému tlaku současné společnosti, která je výrazně zaměřená na úspěch, kariéru a peníze. Velké tempo doby a další faktory způsobují, že člověk s dysporuchou má obtíže s porozuměním nových informací, není schopen rychle a v odpovídající kvalitě reagovat na změny. Obtížně se také orientuje ve vztazích a v sociální komunikaci. Je tak vystaven extrémnímu stresu, který je doprovázen řadou konfliktů a může vést k frustraci, apatii, depresi. Díky hyperaktivitě mohou tito dospělí jedinci působit neklidně, mají poruchy soustředění, působí na své okolí rušivě. Časté jsou krajní změny nálad, výbuchy hněvu, podrážděnost. V pracovním a osobním životě mají obtíže s organizací, s plánováním úkolů, často zapomínají na schůzky, bývají roztržiti. Mívají problém s využitím svého potenciálu a dosažením stanovených cílů. Těžko se přizpůsobují v povolání, mají problém respektovat nadřízeného a jejich problémy se mohou promítat i do rodinného života.

Dyslexie je specifická porucha učení neurobiologického původu. Je charakterizována obtížemi v nepřesném anebo plynulém rozpoznávání slov, neuspokojivým pravopisem a schopnostmi dekodování. Obtíže jsou většinou výsledkem deficitu ve fonologické složce

jazyka, který je často neočekávaný ve vztahu k ostatním poznávacím schopnostem a k podmínkám efektivní výuky ve třídě. K sekundárním následkům lze přiřadit problémy v porozumění čteného textu a menší čtenářskou zkušenost, která což může limitovat růst slovní zásoby a další základní znalosti. (Mezinárodní dysl. společnost 2003 in Michalová Z. 2016)

Dysortografie je vývojem snížená schopnost osvojování pravopisu. Většinou se pojí s dyslexií. Žák má potíže v rozlišovacích schopnostech. Postižena je zejména sluchová analýza, nerozlišuje délky samohlásek, tvrdost a měkkost slabiky, dochází k asimilaci hlásek.

Dysgrafie je vývojově snížená schopnost osvojit si dovednost psaní. Vada postihuje tvary písmen, jejich řazení. U dítěte se tím projevuje nedostatečné rozvinutí nebo narušení schopnosti vytvářet stereotypy záměrně cílených psacích pohybů, které jsou spojeny s obrazovými a zvukovými představami písmen nebo psaných celků. Žáku chybí dostatečná schopnost zapamatovat si vytvořené struktury a na daný podnět si je opět vybavovat. Písmo bývá neuspořádané, neupravené, těžko čitelné.

Dyskalkulie je organicky podmíněná porucha matematických funkcí bez přítomnosti mentálního defektu.

Dělíme na:

- verbální. Porucha se projevuje v neschopnosti označovat slovně množství a počet předmětů, pojmenovávat pohotově čísla a číslice či matematické znaky a úkony. Žák nedovede ukázat počtem prstů číslovku nebo počet předložených předmět.
- Praktognostickou. Je to porucha matematické manipulace s konkrétními předměty. Žáku dělá problémy porovnávání.
- Lexickou, která je obdobou dyslexie. Žák se dopouští směrových záměn, např. 27 jako 72, 6 jako 9 apod.
- Grafickou. Projevuje se v psaní číslic a čísel., podobně jako v dysgrafii.
- Ideografickou. Je to porucha ve vytváření matematických pojmů a vztahů mezi nimi.
- Operacionální. Je porucha v omezení schopnosti provádět matematické operace.

14.1 Edukace jedinců s dysporuchami

Výběr metody, jak při vyučování, tak při reedukačních cvičeních vychází z druhu a stupně postižení. Vždy se vychází z kvalitní diagnostiky postižení, aktuálního stavu a projevů dysporuchy. Pro svou jedinečnost každé poruchy, nelze nabídnout jednotný návod, jak při reedukaci postupovat. Důležité je, aby se začalo postupovat od splnitelných úkolů, které působí jako motivace k dalším aktivitám. Je potřebné vybírat cvičení, která jsou pro žáky přitažlivá, na chyby žáka je třeba nenásilně upozorňovat. Uplatňovat multisenzoriální přístup (zapojovat co nejvíce smyslů). Je třeba se vyhýbat porovnávání výsledků s ostatními žáky. Většinou se aktivity neprovádí na čas. Je nutno uplatňovat individuální přístup a pro každého žáka mít připravená taková cvičení, která napomáhají zlepšení porušení nebo nerozvinuté funkce. Kromě zaběhnutých metod při edukaci či reedukaci poruchy lze doporučit i některé metody RWCT Reading and Writing for Critical Thinking (čtením a psaním ke kritickému myšlení) např. E-U-R. Při práci s texty velmi dobře pomáhají žákům grafické organizéry (organizátory). Výhodou této pomůcky je, že umožňuje žákům logicky a přehledně uspořádat informace a analyzovat jejich vzájemné vztahy. Proces uspořádání informací a myšlenek do vizuální podoby přispívá k lepšímu porozumění textu. Žáci mohou analyzovat příběh a tím si odpovídají na základní otázky co, kdo, kde, kdy, proč. [online][cit. 17. 4. 2017]. Dostupné z: www.ctenarska-gramotnost.cz/ctenarska.../cg.../graficky-organizator

Literatura

- DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie*. Praha: Avicenum 1981
- EDELSBERGER-KÁBELE A KOL.: *Speciální pedagogika pro učitele 1. st. ZŠ Praha*: SPN, 1988
- FLENEROVÁ, H. *Kapitoly z tyflopédie*. Praha: UK 1988
- FRANIOK, P. *Kapitoly z teorie speciální pedagogiky*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita - PdF, 2003. 57 s. ISBN 80-7042-280-7.
- GRUBER, H. LENDL. V. *Allgemeine Sonderpädagogik*. Wien 1992
- JELÍNKOVÁ, M. *Autismus. Problémy s komunikací dětí s autismem I*. IPPP Praha: 1999
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: UK 1995 ISBN 80-7066-941-1
- KINKELOVÁ, T. *Dcera Říma*. Praha: Knižní klub 2006. ISBN 978-80-242-1925-7
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha, Grada 2006
- KRAUS, M. *Dětská mozková obrna*. Praha
- LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5
- LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7
- LECHTA, V. *Logopetické repetitorium*. Bratislava: SPN 1999
- LESNÝ, I. *Dětská mozková obrna*. Praha: Avicenum 1986
- MICHALOVÁ, Z. *Specifické poruchy učení*. Praha, Tobiáš 2016, ISBN 9788073111663
- POTMĚŠIL, M. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Praha, Fortuna 1999. ISBN 80-7168-744-8
- RICHTEROVÁ, L. a kol. *Psychopatologie*. Praha: SPN, 1969
- ŘÍHOVÁ, A. *Poruchy autistického spektra*. Příručka pro rodiče. Olomouc: Paido, 2011

SLOWIK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada 2007. ISBN 9788024717333

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SNP 1980

Školský zákon č. 561/2004 Sb.

TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. Dopln. a rozš. vyd. Praha: UK-PedF, 2000, 248 s. ISBN 80-86039-90-0.

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999

VALENTA, J. *Metody a techniky dramatické výchovy*. 3., upr. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008 [1997]. 352 s. ISBN 978-80-247-1865-1.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*, Brno, Paido: 1994

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika, základy, teorie a praxe*. Brno 2004

Vyhláška č. 116/2011 Sb.

Vyhláška č. 147/2011 Sb.,

Vyhláška č. 72/2005 Sb.

Vyhláška č. 73/2005 Sb.

Internetové zdroje:

[http:// www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani.html](http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani.html) //. [cit. 6. 2. 2017].

<https://www.celostnimediceina.cz/fenylketonurie.htm> [13. 3. 2017].

<http://search.seznam.cz/?q=svalov%C3%A1+myopatie&url=http%3A%2F%2Fnemoci/> [cit. 12. 3. 2017]

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc> [cit. 7. 3. 2017]

[http:// www.ctenarska-gramotnost.cz/ctenarska.../cg.../graficky-organizator/](http://www.ctenarska-gramotnost.cz/ctenarska.../cg.../graficky-organizator/) [cit. 17. 4. 2017].