

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Studijní opora k osvojení si základů speciální pedagogiky
pro studenty a absolventy jiných studijních oborů
než Speciální pedagogika

PhDr. Alena ŠAFROVÁ

Brno, 2014

Úvod

Jedním ze základních práv člověka je právo na vzdělání. Míra uplatňování práva na vzdělání mládeže je v současném světě různá, odvíjí se od politického uspořádání, kulturní úrovně té které země. Děti, mladí lidé, se vyznačují individuální úrovní schopností, svými vlastnostmi, zájmy, potřebami. Ne všichni lidé jsou schopni uplatňovat bez obtíží ty své potřeby, které se v období dětství a dospívání projevují zejména v procesu učení, vzdělávání. Proto řada školských systémů respektuje specifika lidského jedince ve smyslu jeho jedinečnosti a uskutečňuje pokrokové reformy s ohledem na děti a mládež zdravotně postižené a zdravotně oslabené – tedy zdravotně znevýhodněné. Ti jsou potom z hlediska vzdělávání chápáni jako **žáci, studenti se speciálními vzdělávacími potřebami**. V současnosti ve světě má některou z poruch nebo druh postižení jedno z deseti dětí. Ideální by bylo nechápat postižení jako něco, čím člověk trpí, ale jako něco, čím se člověk stává jedinečným (používá se i termín „výjimečné děti“). Reálná situace těchto lidí je však odlišná. Po roce 1989 se u nás, nejen z hlediska vzdělávání, začala prosazovat tzv. **integrace**. U nás i v jiných zemích s propracovaným systémem speciálního vzdělávání není však jednoduché prosazovat integraci, tedy **vzdělávání dětí se zdravotním postižením v běžných třídách škol**. Pro tento způsob vzdělávání se stále více prosazuje pojem „**inkluzí**“, který nahrazuje pojem integrace. Integrativní vzdělávání se zatím lépe prosazuje v případě zařazování dětí (žáků) s tělesným a smyslovým postižením, obtížnějším, i když současnou legislativou podpořená, je integrace dětí (žáků) mentálně postižených. Jedním z významných faktorů ovlivňujících integraci (inkluzi) žáků se speciálními potřebami a jejich kvalitní edukaci v běžných třídách je, vedle ekonomických podmínek, připravenost učitelů realizovat toto vzdělávání.

Předložený materiál je určen studentům pedagogického zaměření, jejichž profilovým oborem není speciální pedagogika. Má jim poskytnout základní informace o široké problematice speciální pedagogiky a umožnit jim získat znalosti potřebné pro jejich současné i budoucí pedagogické aktivity s dětmi, mládeží a dospělými se zdravotním znevýhodněním.

Cíl:

Cílem předloženého textu je poskytnout učitelům a ostatním pedagogům základní informace týkající se vzdělávání žáků (jedinců) se speciálními potřebami. Předpokládá se, že tyto poznatky včetně doporučených literárních pramenů, využijí při vzdělávání žáků a studentů ve školských zařízeních a přispějí tak k naplňování práva na vzdělání všech žáků, k vytvoření rovných šancí k dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a k osobnostnímu rozvoji žáků, včetně žáků se speciálními potřebami jak předpokládá zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání – školský zákon.

Průvodce studiem:

Text je rozvržen do tří kapitol:

1. uvedení do speciální pedagogiky
 2. obory speciální pedagogiky
 3. vzdělávání žáků se speciálními potřebami.
-
- V textu budeme dále používat ve shodě se zákonem č. 561/2004 Sb. a vyhláškou č. 73/2005 Sb. označení „žák“ i pro studující střední školy.
 - Budou objasněny základní pojmy, s nimiž se bude pedagog setkávat v závěrech z odborného vyšetření žáků v poradenském zařízení (pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum).
 - V každé části budou uvedeny tituly odborných pramenů pro studijní účely, kontrolní otázky a úkoly.

1 Uvedení do speciální pedagogiky

Cíl:

Cílem první kapitoly je seznámení se speciální pedagogikou – pedagogickou disciplinou zabývající se zákonitostmi výchovy a speciálního vzdělávání jedince se specifickými (speciálními) potřebami. Prostudování tohoto celku poskytne informace a podněty k pochopení národních i mezinárodních souvislostí k tématu práv občanů se zdravotním postižením, inkluzivního vzdělávání.

Konkrétně získáte informace o:

- oboru speciální pedagogiky
- cíli speciální pedagogiky
- integraci / inkluzi
- pedagogické integraci
- speciálně pedagogické prevenci a nápravných metodách, diagnostice
- právech osob se zdravotním postižením
- legislativním rámci pro vzdělávání v ČR po roce 2005.

Průvodce studiem:

Tato kapitola vám připomene změny v názorech na postavení občanů, které považujeme za zdravotně či sociálně znevýhodněné, osoby se specifickými (speciálními) potřebami ve společnosti. Představí speciální pedagogiku jako pedagogickou disciplinu včetně jejího cíle, metod, souvislostí s jinými vědními obory v republikových i mezinárodních souvislostech. Nejdete v ní vysvětlení potřebných pojmů a řadu pro vaši práci významných informací.

1.1 speciální pedagogika – pedagogická disciplína

V současné speciální pedagogice se však nezaměřujeme pouze na edukaci dětí (žáků) o nichž hovoříme jako o „**žácích se speciálními vzdělávacími potřebami**“, ale týká se v **širším smyslu**, vzhledem k obecné pedagogice, o disciplínu, která je speciálně zaměřená podle věku, předmětu. Podobně J. Pipeková (2006, s.95) definuje i speciální pedagogiku v **užším smyslu** jako vědu „o zákonitostech speciální výchovy a speciálního vzdělávání jedince, který z důvodu znevýhodnění vyžaduje při vzdělávání speciálněpedagogický přístup, podporu při pracovním a společenském uplatnění.“ Táž autorka upozorňuje na Jesenským používaný pojem **komprehensivní speciální pedagogika**, který podle něho vyjadřuje soubor všech oborů speciální pedagogiky všech skupin osob se zdravotním postižením s ohledem *na* druh, stupeň postižení i s ohledem na jejich věk. Autorky Kapitoly z obecné pedagogiky (2007) J. Svobodová a B. Šmahelová uvádějí na s.16 Průchovo vymezení stěžejních témat speciální pedagogiky pro školní praxi z r.2000 :

1. specifické vývojové poruchy učení
 - **dyslexie** (snížená schopnost naučit se číst běžně používanými metodami)
 - **dysgrafie a dysortografie** – obtíže při osvojování písmen, psaní a pravopisu
 - **dyskalkulie** - potíže při počítání a operacích s čísly
2. edukace při mentálních postiženích – jde většinou o mentální retardaci, tj. vrozené zaostávání v intelektové oblasti,

3. edukace při tělesných a smyslových postiženích - hlavně handicapy v omezené hybnosti, zrakové, sluchové a řečové poruchy,
4. integrace zdravotně postižených dětí do běžných škol.

Z uvedených informací můžeme vyvodit **cíl speciální pedagogiky**, jímž je v první řadě *maximální rozvoj osobnosti* postiženého člověka a dále *dosažení optimální úrovně jeho socializace*. Se socializací člověka jeho zařazením do společnosti souvisí vytváření pozitivních vztahů k lidem, vztahu ke vzdělání, práci. Proto se ve speciální pedagogice v současné době zvyrazňuje pojem *integrace, inkluze* jakožto nejvyšší stupeň socializace zdravotně postiženého člověka.

Jakožto pedagogická disciplína má speciální pedagogiky nejužší sepětí s ostatními konstituovanými disciplínami pedagogiky v horizontálním členění (např. obecná pedagogika, sociální pedagogika, dějiny pedagogiky, srovnávací pedagogika, didaktika) i v členění vertikálním, které vychází z věku vychovávaného jedince (např. předškolní pedagogika, pedagogika primárního školství, pedagogika dospělých). (Šmahelová, Svobodová, 2007, s. 11). Proces speciální výchovy však vyžaduje, vzhledem k odlišnostem ve vývoji jedinců se zdravotním postižením, znalosti v oboru fyziologie a patologie, součásti biologických věd. Pro pochopení psychických zvláštností těchto osob jsou to zejména disciplíny z oboru psychologie (patopsychologie, psychopatologie, vývojové a sociální psychologie) sociologie a sociální patologie.

1.2 Základní poznatky významné v rozvíjení osobnosti jedinců se speciálními potřebami

- **Speciální pedagogika**
- jedna z pedagogických disciplín
- věda o zákonitostech speciální výchovy, vzdělávání osob, které pro své znevýhodnění
- vyžadují speciální přístup, podporu při uplatnění v životě
- orientace na: - výchovu a vzdělávání
 - pracovní a společenské uplatnění
 - rozvoj osobnosti

zdravotně a sociálně znevýhodněných osob:

- postižených, handicapovaných
- z hlediska vzdělávání: děti, mládež (osoby) se speciálními vzdělávacími potřebami
- jde o osoby od narození po stáří.

Znevýhodněním se rozumí: postižení, vady, závady, odchylky, oslabení, poruchy.

Z hlediska vzniku je dělíme na vrozené a získané během života.

Z hlediska způsobu jde o postižení orgánové a/nebo funkční.

Z hlediska druhu jde o postižení:

- tělesné
- zrakové
- sluchové
- poruchy v oblasti komunikačních schopností

- mentální (rozumové)
- poruchy chování (narušení citové a sociální)
- kombinované, sdružené
- parciální (částečné).

S ohledem na druh postižení (handicapu) dělíme speciální pedagogiku na tyto obory:

- **somatopedii** (osob s tělesným postižením, nemocných)
- **oftalmopedii** (osob zrakově postižených)
- **surdopedii** (osob sluchově postižených)
- **logopedii** (osob s narušenou komunikační schopností)
- **psychopedii** (osob s rozumovým postižením)
- **etopedii** (osob s poruchami chování)
- **speciální pedagogiku osob s více vadami** (kombinované postižení)
- **speciální pedagogiku osob s parciálními nedostatky**.

Situaci znevýhodněného člověka posuzujeme vždy z hlediska

- příčiny vzniku vady
- věku osoby v době vzniku vady
- délky trvání vady.

Nabývá-li vada (defekt) **sociální dimenze**, stává se záležitostí společnosti, ne pouze jedince, hovoříme o **defektivitě**. Nejde o stav trvalý, nýbrž zvrátitelný, je mu možno předcházet (speciálně pedagogická **prevence**), což je cílem speciální pedagogiky.

Cílem speciální pedagogiky je:

- maximální rozvoj osobnosti znevýhodněné osoby
- dosažení optimálního stupně socializace (integrace, inkluze).

Socializace jedinců se zdravotním postižením má několik stupňů od úplné integrace, inkluze až po segregaci.

Integrace / inkluze je chápána jako úplné splynutí se společností.

Segregace je situace, kdy společnost vyčleňuje znevýhodněné osoby nebo se ony samy vyčleňují.

Pedagogická integrace znamená vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami spolu s ostatními v běžných školských zařízeních, nikoliv ve speciálních školách.

Pro rozvoj osobnosti jedinců se specifickými (speciálními) potřebami vytváří podmínky **speciálně pedagogická prevence**, která je:

- primární (předcházení vzniku postižení),
- sekundární (kroky k předcházení nepříznivému vývoji tam, kde postižení vzniklo, prevence defektivit),
- terciální (není řešena ve školství – např. v oblasti etopedie).

Speciálně pedagogické nápravné metody:

- metoda reedukace (zaměření na postižený orgán, funkci)
- metoda kompenzace (podpora rozvoje, zlepšování funkce jiné, než postižené)

- metoda rehabilitace (navazuje na reedukaci a kompenzaci – zaměření na vztahy společenské, pracovní)
- komprehensivní (ucelená rehabilitace)

Základním předpokladem pro reedukaci, kompenzaci a rehabilitaci je kvalitní diagnostika.

Speciálně pedagogická diagnostika (metody směřující ke zjištění skutečností týkajících se současné situace znevýhodněného člověka, jeho handicapu)

- metody obecné
- metody speciální
- cílem je poznat všechny okolnosti, týkající se člověka s postižením: osobnost, možnosti vzdělávání, pracovního zařazení, začlenění do společnosti.

Diagnostika se zaměřuje na průběh vývoje, současný stav, vyžaduje na rozdíl od pedagogické diagnostiky **pouze individuální přístup**.

Diagnóza je výsledek diagnostiky.

Speciálně pedagogická diagnostika má svá specifika podle druhů postižení. Z hlediska **příčin (etiologie)** může jít o příčinu zjištěnou, známou (kauzální), nebo příčina není známa a zaměřujeme se proto na příznaky (symptomatická).

Speciálně pedagogická diagnostika se také liší **podle období vývoje**, kdy je jedinec vyšetřován:

- raný a předškolní věk (včasnost zachycení problému, přirozené prostředí dítěte)
- školní věk (zvážit možnost integrace či speciálního školství – případně zdravotnická zařízení – stacionáře, příprava na profesionální orientaci)
- období dospělosti (vznik postižení v dospělosti – prognóza dalšího životního i pracovního uplatnění, pracovní i sociální rehabilitace)
- stáří (podobná problematika jako v dospělosti; počítat se ztíženou adaptací, osamělostí).

Diagnostické metody ve speciální pedagogice jsou zpravidla:

- obecné (rodinná a osobní anamnéza, vyšetření prostředí, katamnéza = zaměření na opětný výskyt problémů po ukončení nápravné péče)
- speciální (pozorování; metody explorační = rozhovor, dotazník; diagnostické zkoušky = ústní, praktické, testové).

1.3 Práva občanů se zdravotním postižením a problematika integrace

Vývoj speciální pedagogiky jako vědní discipliny, která je disciplinou poměrně mladou, souvisí s historií sociální, zdravotní a výchovné péče o osoby se zdravotním postižením. Ta má kořeny v dávné historii, kdy se od počátku represivní formy vyznačující se odstraňováním těchto lidí do azilu případně jejich zabití, začaly objevovat snahy o rehabilitaci postižených. Zpočátku to byla péče o lidi zámožné. Její přínos z hlediska speciálně pedagogického je významný – objevují se záznamy o pozorováních, kasuistiky, odborné články. Křesťanství a posléze humanismus v období renesance přináší změny v postojích k lidem se zdravotním

postižením. Od charitativní péče, pomoci trpícím, k hlásání povznesení postižených v duchu všeobecné lidskosti, přiměřenému zaměstnávání postižených osob. V té době, v díle např. J. A. Komenského a Martina Luthera, nacházíme zmínky o „péči o úchylnou mládež“ (hluchoněmí, slepí, slabomyslní, mravně vadní, zmrzačení). Rozvoj speciální péče o žáky s postižením má své kořeny v Tereziánském školním řádu z r. 1774. Na jeho základě vznikaly v našich zemích ústavy pro „hluchoněmé“, „slepé“, „slabomyslné“ a také „mravně narušené“. Poznatky lékařů, pedagogů pracujících v těchto zařízeních, byly cenným materiálem pro rozvoj speciální pedagogiky. Významným prvkem bylo úsilí o prevenci vad, poruch. Snahy o kvalitní „péči a pomoc“ však na druhé straně vedly k segregaci zdravotně postižených dětí i dospělých osob. A tak byli tito lidé nejen u nás, ale i ve všech evropských zemích považováni za břemeno společnosti, měli obtížný přístup ke vzdělávání, informacím, dopravě, zaměstnání a také např. ke kultuře.

Významnou úlohu v prosazování práv zdravotně postižených občanů sehrávají nevládní organizace osob se zdravotním postižením. Ty zdůrazňovaly myšlenku, že práva osob se zdravotním postižením jsou stejná jako práva ostatních občanů. V této souvislosti se začaly prosazovat nové pojmy: integrace / inkluze, místo pomoc – podpora, se začaly zvýrazňovat potřeby těchto lidí, tedy i speciální potřeby a speciální vzdělávací potřeby. Tyto změny jsou včleněny ve **Standardních pravidlech OSN pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**, součástí **Madridské deklarace** z března 2002. Rok 2003 byl vyhlášen Evropským rokem osob se zdravotním postižením (EROZP). Aktivita tohoto roku pomohly zdravotně postiženým občanům prosadit problematiku zdravotního postižení do politiky a do programů zájmových skupin. Od schválení **Amsterdamské smlouvy v r. 1997** jsou občané se zdravotním postižením přímo zmiňováni ve **Smlouvě o EU**. Konkrétně jde o **Směrnici 2000/78/ES**, která je obecným rámcem pro rovné zacházení v zaměstnání, směrnicí o dopravě (železnice, autobusy – bezbariérové). (B. Bazalová, 2006)

Nevládní organizací osob se zdravotním postižením a rodičů osob se zdravotním postižením, které nemohou samy hájit svá práva je **Evropské fórum zdravotně postižených (EDF)**. Členskou základnu fóra tvoří 26 národních rad EU a Evropské ekonomické oblasti. **Organizace za lidská práva Disabled People's International (DPI)** si stanovila za cíl úplné zapojení všech postižených osob do života společnosti, včetně osob žijících v rozvojových zemích. Federace národních a mezinárodních organizací, agentur pracujících v oblasti prevence zdravotního postižení, rehabilitace a vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny nese název **Rehabilitation International**. Byla založena v roce 1922 a mimo jiné organizovala konference na téma společenských překážek integrace, legislativou, ekonomikou zdravotního postižení. Organizace zdravotně postižených ČR na mezinárodní úrovni zastupuje Národní rada zdravotně postižených ČR (NRZP ČR) ustavená v roce 2000, která je v současné době „uznávaným iniciativním a koordinačním orgánem pro obhajobu, prosazování a naplňování práv a zájmů zdravotně postižených“ (B. Bazalová, 2006, s.41). Rada je také proto hlavním poradním orgánem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany.

Pro **práva osob se zdravotním postižením** a podmínky pro jejich integraci/inkluzi jsou významná tato východiska:

- Všeobecná deklarace lidských práv, 1948

- Úmluva o právech dítěte, 1991
- Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, VS OSN 1993

Dříve uvedená **Standardní pravidla OSN byla v ČR aplikována** v těchto dokumentech::

- Národní plán pomoci zdravotně postiženým; usnesení vlády ČR č. 446 ze dne 29. 6. 1992
- Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení; usnesení vlády ČR č. 493 ze dne 8. 9. 1993
- Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením; usnesení vlády ČR č. 256 ze dne 14. 4. 1998
- Listina základních práv a svobod (čl. 33 je součástí Ústavy ČR)

Z hlediska pedagogické inkluze jsou **významné kroky UNESCO**, které si na základě usnesení v Salamance v r. 1994 a v Dakaru v r. 2000 vytkla za cíl dosáhnout vzdělávání pro všechny do r. 2015.

Co se týče vytváření podmínek pro vzdělávání dětí (žáků) se zdravotním postižením, jejich integrace / inkluze, můžeme připomenout:

- projekt UNESCO „Škola pro všechny“ (1991) v ČR byla v roce 1997 vydána příručka pro přípravu učitelů (nakladatelství Portál)
- v zahraničí je většina žáků a studentů se „speciálními vzdělávacími potřebami“ integrována, ve speciálních školách se vzdělávají zejména žáci s těžším postižením a více vadami (v závislosti na školských systémech zemí)
- podpůrné služby
 - uvnitř školy (podpůrné osoby – asistence...)
 - překračující rámec školy (cestující učitel)
 - národní podpůrné služby (podpora integrace, vzdělávání učitelů, výzkum)
- legislativa (integrace i spec. vzdělávání)
 - Úmluva o právech dítěte (zákon ČSFR č.22/91 Sb.)

V současnosti jsou podmínky pro vzdělávání žáků se specifickými (speciálními) potřebami rozpracovány v těchto dokumentech:

- Národní program rozvoje vzdělávání v České republice Bílá kniha, 2001
- rámcové vzdělávací programy (RVP) pro předškolní, základní, střední gymnaziální, střední odborné vzdělávání
- na RVP navazující školní vzdělávací programy.

Z příspěvků národních expertů a národních koordinátorů Evropské agentury pro rozvoj speciálního vzdělávání byla vytvořena souhrnná zpráva o inkluzivním vzdělávání a praxi ve třídách druhého stupně základních škol. Ta navazuje na obdobnou zprávu týkající se stupně prvního. Ve shodě s předchozím projektem tvrdí, že „co je dobré pro studenty se speciálními vzdělávacími potřebami, je dobré pro všechny studenty“.

Na základě závěrů **studie o praxi ve třídách** bylo identifikováno sedm faktorů, které se zdají být pro inkluzivní vzdělávání efektivní (EAPRSV, 2005, s. 5,6):

Kooperativní výuka

Učitelé potřebují podporu od a zároveň musí být schopni spolupracovat se širokou skupinou kolegů ve škole, stejně jako s odborníky mimo školu.

Kooperativní studium

Doučování (tutoring) vrstevníky je efektivní v kognitivním a sociálně emočním ohledu. Žáci, kteří si vzájemně pomáhají, zvláště v systému, který uplatňuje flexibilní a dobře promyšlené seskupování žáků, profitují ze vzájemného učení.

Spolupráce při řešení problémů

Pro učitele, kteří potřebují pomoc při inkluzi studentů s problémy v chování, je systematický způsob, jak přistupovat k nežádoucímu chování, efektivním nástrojem pro snižování množství a intenzity vyrušování během hodin. Efektivní se ukázala být jasná třídní pravidla odsouhlasená všemi studenty (spolu s odpovídajícími pobídkami).

Heterogenní skupiny

V přístupech k rozdílnostem studentů ve třídě je nezbytný a efektivní více diferencovaný přístup k výuce a heterogenní skupiny.

Efektivní výuka

Opatření zmíněná výše by měla být přijata v rámci celkového přístupu kdy je vzdělávání založeno na hodnocení, vyhodnocování a vysokých očekáváních. Všichni studenti – včetně těch se speciálními vzdělávacími potřebami – ukazují zlepšení v učení, pokud jsou systematicky monitorováni, hodnoceni, pokud je jejich práce plánovaná a ohodnocovaná. Kurikulum může být přizpůsobeno individuálním potřebám a dodatečná podpora může být poskytnuta ve formě individuálního studijního plánu (ISP). Tento ISP by měl korespondovat s běžným kurikulem.

Systém domácího učení

V některých školách byla drasticky změněna organizace výuky: studenti zůstávají ve dvou nebo třech třídách, kde se odehrává skoro všechno vyučování. Nevelký tým učitelů je zodpovědný za vzdělání poskytované v domácím prostředí.

Alternativní způsoby studia

Na podporu inkluze studentů se speciálními potřebami bylo v posledních letech vyvinuto několik modelů zaměřených na *výukové strategie*. Takového programu mají za cíl naučit studenty, jak studovat a řešit problémy. Dále tvrdíme, že dát studentům větší odpovědnost za jejich vlastní studium může přispět k úspěchu inkluze na středních školách.

Shrnutí

Speciální pedagogika je pedagogickou disciplínou, zabývající se v širším slova smysl podporou jedinců se zdravotním znevýhodněním s ohledem na jejich speciální potřeby. V celosvětovém měřítku se v současné době projevují tendence k začlenění

těchto osob do společnosti od narození do konce života, jejich integraci, inkluzi. Tyto snahy mají vést k maximálnímu rozvoji jejich osobnosti a jejich optimální socializaci. Významným prvkem uplatňování práv těchto občanů je pedagogická integrace. Právní rámec pro integraci/inkluzi vytvářejí mezinárodní úmluvy, zákony jednotlivých států.

Pojmy k zapamatování

cíl speciální pedagogiky,
diagnostika,
historie péče o postižené,
inkluze,
integrace,
legislativa,
metody ve speciální pedagogice,
obory speciální pedagogiky,
práva občanů,
prevence,
segregace,
speciální (specifické) potřeby,
speciální pedagogika,
vzdělávání.

Kontrolní úkoly a otázky

1. Pokuste se na základě uvedených informací definovat speciální pedagogiku jako pedagogickou disciplínu.
2. Jaký je cíl speciální pedagogiky?
3. Které obory speciální pedagogiky znáte a kterých osob se speciálními potřebami se týkají?
4. Jak se konkrétně realizuje integrace/inkluze jedinců se speciálními potřebami ve vaší obci, vaší škole?
5. Uvedte základní legislativní ustanovení, která se týkají vzdělávání žáků se speciálními potřebami v ČR po roce 2005.

Literatura

1. BAZALOVÁ, B. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích*. Brno: PedF MU, 2006. ISBN 80-210-3971-X
2. BARTOŇOVÁ, M., FRANKOVÁ, A., VÍTKOVÁ, M. Integrativní / inkluzivní vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. In: BARTOŇOVÁ, M. (ed.) *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zaměření na edukaci žáků se specifickými poruchami učení*. Brno: MSD s.r.o., 2005; ISBN 80-86633-38-1
3. *Inkluzivní vzdělávání a praxe ve třídách druhého stupně základních škol*. Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání: 2005, ISBN 87-91500-14-1
4. PIPEKOVÁ, J. Uvedení do speciální pedagogiky. In: PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0

5. PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
6. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitola ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010
7. SVOBODOVÁ, J., ŠMAHELOVÁ, B. *Kapitoly z obecné pedagogiky*. Brno: MSD s.r.o., 2007
8. VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD s.r.o., 2003. ISBN 80-86633-08-X

2 Obory speciální pedagogiky

Cíl:

Cílem předložené kapitoly je poskytnout pedagogům základní poznatky o jednotlivých oborech speciální pedagogiky. Prostudování tohoto celku poskytne přehled o zdravotních postiženích osob na jejichž rozvoji (výchově, vzdělávání) se jednotlivé obory podílejí. Umožní rozpoznat specifické potřeby žáků (studentů), chápat variabilitu vývoje, podmínky významné pro jejich rozvoj.

Průvodce studiem:

Při studiu této kapitoly se seznámíte s jednotlivými obory speciální pedagogiky a získáte základní informace o tělesném postižení a zdravotním oslabení, smyslovém postižení, narušení komunikace, mentální retardaci, specifických poruchách učení, poruchách chování, kombinovaném postižení. Další poznatky můžete získat v doporučené literatuře.

2.1 Somatopedie

je vědní obor speciální pedagogiky, zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným a zdravotním postižením (chronickým onemocněním).

Soma = tělo, paideia = výchova

Tělesným postižením rozumíme pohybové omezení člověka, k němuž došlo na základě „poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození“ (Vítková In Vítková, M. (ed.) 2004, s. 172).

Druhy tělesného postižení

- mozkové pohybové poruchy
 - obrny míchy
 - rozštěp páteře
 - poliomyelitis (dětská obrna)
 - svalová dystrofie (postižení svalstva)
 - deformace.
- Mozkové pohybové postižení – narušena je jak sensorika (smyslové vnímání) tak motorika (pohybová schopnost)
 - dětská mozková obrna (DMO) – postižení vzniklé před narozením, při porodu, brzy po něm; často kombinována se smyslovými vadami, poruchami duševního vývoje, poruchami řeči, poruchami chování
 - dětská obrna (polyomyelitis) – infekční onemocnění, proti němuž se u nás očkuje (nezaměňovat s DMO)
 - mozkové záněty (encefalitis) vyvolány mikroby – např. klíšťová
 - stavy po mozkových nádorech
 - mozkové příhody
 - traumatické obrny – při otevřeném, uzavřeném poranění hlavy (otřes mozku, stlačení mozku, zhmoždění mozku)
 - Obrna míchy – různá onemocnění, úraz páteře (úrazy – dopravní, sport) paraparéza až paraplegie dle místa poškození.

- Rozštěp páteře – vrozená vada, vzniklá nesprávným uzavřením páteřního kanálu nejčastěji v bederní oblasti
- Degenerativní onemocnění mozku: mozečková heredoataxie (dědičná, prognóza nepříznivá), roztroušená skleróza mozkomíšní (asi 1% populace, poruchy pohybového aparátu, zraku, řeči, zatím terapie podpůrná)
- Obrna periferních nervů: při úrazu horní či dolní končetiny.

Deformace

Vrozené nebo získané vady, vyznačující se nesprávným tvarem některé části těla.

- získané: nesprávné držení těla
 - skoliózy (vybočení páteře do strany)
 - kyfózy (zvětšení předozadního prohnutí)
 - bočitosť kolen
 - plochá noha
- možné vrozené dispozice
- nesprávný vývoj kyčelního kloubu (vrozený nedostatečný vývoj)
 - Perthesova choroba (postižení hlavičky stehenní kosti pravděpodobně porucha krevního zásobení), děti ve věku 5 – 7 let, při včasné léčbě je prognóza dobrá

Malformace, amputace

- malformace: patologické vyvinutí některé části těla (vrozené vývojové vady)
- amputace: umělé odnětí části končetiny nebo trupu (úrazy, cévní onemocnění, nádory, infekční původ)

Chronická onemocnění

dlouhodobý nepříznivý vliv na celou osobnost člověka

- primární postižení v tělesné oblasti
- sekundárně se negativně projeví i v psychické oblasti.

Dle směrnice ministerstva zdravotnictví se člení děti a mládež do čtyř zdravotních skupin:

- úplně zdraví, tělesně dobře vyvinutí
- prakticky zdraví, nepatrné zdravotní problémy
- oslabení, značné zdravotní problémy
- nemocní.

Jde zejména o tato onemocnění:

- alergická a astmatická onemocnění
- kožní onemocnění
- záchvatová onemocnění
- metabolická onemocnění.

2.2 Oftalmopedie

Oftalmopedie je speciálně pedagogická disciplína, zabývající se rozvojem a vzděláváním zrakově postižených osob. Cílem je optimální rozvoj osobnosti postiženého jedince, příprava na povolání, pracovní zařazení a společenské uplatnění.

Klasifikace zrakových vad

- z hlediska vzniku (etiologie)
 - vrozené, významnou roli hraje dědičnost
 - získané: v průběhu života (zranění, onemocnění, souvislost s jinou chorobou – např. diabetes = cukrovka, nádory); prevence zrakových postižení (sympatický přenos)
- z hlediska postižení zrakového vnímání
 - ztráta zrakové ostroty (refrakční vady): krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus, vetchozrakost;
 - postižení šíře zorného pole (trubicové vidění)
 - okulomotorické poruchy (šilhavost = strabismus)
 - problémy se zpracováním zrakových podnětů (korová slepota)
 - poruchy barvocitu (barvoslepost)
- z hlediska stupně zrakového postižení
 - slabozrakost (lehká, střední, těžká): jde o snížení zrakové ostroty obou očí, kterou není možno korigovat brýlemi, vada orgánová (oko, zrakové dráhy, zrakové centrum)
 - zbytky zraku (osoba může číst písmo velikosti plakátového písma, nemůže se však orientovat v prostoru)
 - slepota (praktická = zachován světlocit, totální = úplná).

System speciálně pedagogické péče v ČR

- 0 – 3 roky: zdravotnictví, střediska rané péče;
- 3 – 6 (7) let: speciální MŠ, běžná MŠ (integrace), speciální třída běžné MŠ;
- 6 (7) – 15 let: speciální škola, běžná třída (integrace), speciální třída; speciálně pedagogické centrum;
- od 15 let: slepí a osleplí – Tyfloservis rekvalifikační centrum speciální střední školy nebo integrace; ústavy sociální péče

2.3 Surdopedie

je oborem speciální pedagogiky, zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem sluchově postižených dětí a mládeže; cílem je komplexní péče o sluchově postižené, jejich sociální a pracovní zapojení.

Důsledky sluchových vad:

- v oblasti poznávací, vztahů k prostředí, v oblasti osobnosti

- člověk trpí společenskou izolací (komunikační schopnosti jsou narušeny),
- nevyvíjí se vnitřní řeč (u těžce sluchově postižených)
- mluva je deformována (v souvislosti se stupněm postižení)
- orientace v prostoru je omezena.

Klasifikace sluchových vad

- podle doby vzniku: vrozené (i dědičné) a získané během života;
- podle typu: periferní vady – převodní (zevní zvukovod až střední ucho), vnitroušní (vnitřní ucho, sluchový nerv), smíšené; centrální vady (při poruše centra v mozku);
- podle stupně vady: nedoslýchavost (lehká, střední, těžká), 2 typy: převodní, percepční; hluchota (úplná a praktická);

Komplexní péče o sluchově postižené

- zdravotnická: screening (děti ve věku 7 až 9 měsíců, 3. – 5. rok, ve školním věku); sluchové zkoušky (po zánětech středouší, zánětu mozkových plen); vyšetření u dětí, v jejichž rodině se vada vyskytla;
- speciálně pedagogická péče: poradenství (SPC), zajištění rané péče, speciální mateřské a základní školy, integrace do běžných škol, speciální střední školy;
- sociálně právní péče (hmotné potřeby, právní postavení);
- rodinná péče - matka, podpora lékařů, pedagogů, organizace sluchově postižených,
- 1998 schválen Zákon o znakové řeči.
- sluchová protetika (sluchadla, kochleární implantát).

Specifika výchovy sluchově postiženého dítěte

- rozvoj řeči, hlas
- podmínky pro vytváření mluvené řeči (názor, pomůcky)
- výuka: v předškolním věku „globální čtení“; daktilotika – prstová abeceda; odezírání
- nonverbální komunikace
- vlastní znakový jazyk (mezi neslyšícími)
- znakový jazyk (při tlumočení v televizi)
- totální komunikace: neslyšící dítě je považováno za neslyšící osobnost
- bilingvální výchova: nejprve spontánní osvojení znakového systému, mluvený jazyk se dítě učí po nástupu do školy;
 - školy pro sluchově postižené
- orální vzdělávací programy
- vzdělávací programy tzv. totální komunikace
- vzdělávací program s dominantním jazykem znakovým
- vzdělávací program bilingválního typu.

2.4 Logopedie

Logopedie je speciálně pedagogický vědní obor, který se zabývá komplexní logopedickou péčí o jedince s poruchami komunikačních schopností, jejich vzděláváním a prevencí těchto poruch;

cílem je odstranit, překonat nebo co možná nejvíce zredukovat narušenou komunikační schopnost, rozvinout komunikační schopnost, předcházet poruchám komunikační schopnosti;

logopedická péče je orientována na osoby všech věkových kategorií: dětí, adolescentů, dospělých i starých lidí;

- řeč, komunikace – verbální (mluvená, psaná), neverbální (gesta, mimika, posuňky)
- narušená komunikační schopnost – verbální i neverbální, receptivní (vnímací) i expresivní (vyjadřovací) složka; trvalá, přechodná; vrozená nebo získaná;
- etiologie – poruchy orgánové nebo funkční, období před narozením, kolem narození, i v pozdějším životě,
- klasifikace – nevhodné nestimulující prostředí, poruchy porozumění řeči, poruchy centrální, poruchy řečové produkce, narušená sociální interakce; dle příznaků: 1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie), centrální porucha, neschopnost nebo snížená schopnost verbálně komunikovat, vyžaduje dlouhodobou speciální péči;
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie), na základě místního (lokálního) poškození mozku – dominantní hemisféry (nádory, úrazy, záněty, krvácení do mozku);
3. získaná neurotická nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus, surdomutismus);
4. poruchy zvuku řeči (rinolálie, palatolálie); rinolálie = huhňavost, otevřená, zavřená, smíšená; palatolálie = příčinou je rozštěp patra; opoždění vývoje řeči, časté poruchy sluchu, deformován i hlas;
5. poruchy plynulosti řeči (kockavost, breptavost); kockavost – nejtěžší a nejnápadnější narušení komunikace - strach z řeči, poruchy neverbálního chování; breptavost – překotné tempo řeči, řeč je často nesrozumitelná, porucha artikulace, poruchy hlasu;
6. poruchy článkování, artikulace (dyslálie, dysartrie), dyslálie = patlavost, porucha výslovnosti jednotlivých hlásek nebo skupiny hlásek; dysartrie = porucha artikulace jako celku při organickém poškození mozku;
7. poruchy grafické podoby řeči (dysgrafie, dyslexie, dysortografie), viz specifické poruchy učení;
8. symptomatické poruchy řeči – příznakem jiného dominantního postižení (mentálně retardovaní, neslyšící, nevidomí, atd.);
9. poruchy hlasu (dysfonie, afonie, dysodie).

System logopedické péče v ČR

- prevence – rodinná výchova, mateřské školy, včasná logopedická diagnostika;
- školská zařízení – speciální mateřské školy, speciální třídy běžných mateřských škol, speciální školy, logopedické poradny při školách (ambulantní péče),
- zdravotnictví – logopedické poradny (ambulantní péče), neurologická nebo foniatrická oddělení;
- sociální péče – součást komplexní rehabilitační péče v ústavech sociální péče.

2.5 Psychopedie

Psychopedie je speciálně pedagogická disciplína, zabývající se rozvojem, výchovou a vzděláváním osob rozumově postižených; cílem je dosažení maximálního stupně rozvoje osobnosti jedinců se sníženými rozumovými schopnostmi a jejich integrace do společnosti.

Mentální retardace (MR): stav charakterizovaný celkovým snížením rozumových schopností, projevujícím se nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky. Je to stav trvalý, vrozený nebo časově získaný. Je nutné jej odlišit od defektů získaných po druhém roce života (demence).

Příčiny vzniku MR (dle způsobu postižení)

- organické (biologické)
- sociální (pseudooligofrenie)

Příčiny vzniku MR (dle doby)

- vrozená MR (dříve oligofrenie); způsobena poškozením v období prenatálním, perinatálním, raně postnatálním;
- získaná MR (demence) po 2. roce věku, jde o zastavení, rozpad normálního mentálního vývoje; stařecká demence; Alzheimerova choroba;

Klasifikace MR dle stupně postižení (dle klasifikace WHO z r. 1994):

- lehká mentální retardace IQ 69-50
- středně těžká mentální retardace IQ 49-35
- těžká mentální retardace IQ 34-20
- hluboká mentální retardace IQ 19 a níže

Podle druhu chování

- typ eretický (neklidný)
- typ torpidní (netečný)
- typ nevyhraněný

Současná nabídka výchovně vzdělávacích možností pro osoby s MR v resortu MŠMT – viz Vyhláška č.73/2005 Sb.

2.6 Etopedie

Jde o vědní obor speciální pedagogiky zabývající se etiologií, projevy, možnostmi nápravy i prevence poruch chování z pedagogického hlediska.

- **Poruchy chování** (mravní narušenost, sociálně patologické jevy, dříve obtížná vychovatelnost)
- **Delikvence** – označení pro činnost porušující zákonné nebo jiné normy chování. Protispolečenské chování v širším smyslu než kriminalita. Ve speciální pedagogice takové jednání osob do 18 let věku. Dětská delikvence do 15 let. Juvenilní delikvence od 15 do 18 let.
- **Kriminalita mládeže** – součást celkové kriminality. Takový stupeň společenské nebezpečnosti, který je charakteristický pro trestný čin (juvenilní delikvence). Pro děti do 15 let se používá pojem prekriminalita.

- **Prevence** – primární (předcházení vzniku poruch chování), sekundární (zamezení prohloubení vzniklých poruch nebo recidivy), terciární (následná péče po propuštění z výchovného zařízení nebo věznice, = postpenitenciární péče)
- **Převýchovný (reedukační) proces** – metody a postupy v převýchovných školských zařízeních i zařízeních vězeňských (cílem je resocializace = opětovné zapojení jedince do společnosti)
- **Sociální narušenost** = sociální nepřizpůsobivost = sociální nepřizpůsobenost (označení stavu trvalejšího charakteru u recidivujících osob)

Klasifikace poruch chování (klasická, speciálně pedagogická)

- podle stupně společenské závažnosti:

- **disociální chování** – nespolečenské, nepřiměřené, je možno zvládnout je přiměřenými pedagogickými postupy; jde o kázeňské přestupky v rodinné nebo školní výchově (přestupky, neposlušnost, negativismus, lži); charakteristické pro určitá vývojová období např. nástup do školy, puberta; mohou souviset s některými postiženími např. neurózy, lehké mozkové dysfunkce; mají přechodný ráz, mohou vymizet samy nebo za pomoci odborníků obvykle v ambulantní péči;
- **asociální chování** – v rozporu se společenskou morálkou, způsobeno nedostatečným nebo chybějícím sociálním citěním; výrazné odlišení od společenského průměru; porušování společenských norem dané společnosti; nedochází k překračování právních předpisů; nositel v důsledcích škodí sám sobě (alkoholismus, tabakismus, toxikománie, záškoláctví); častá frekvence projevů, patrný vzestupný trend (útek, toulky, demonstrativní sebepoškození, gamblerství); náprava – vyžaduje speciálně pedagogický přístup, ústavní péče ve speciálních výchovných zařízeních případně v psychiatrických léčebnách;
- **antisociální chování** – protispolečenské jednání bez ohledu na věk, původ a intenzitu činu; v důsledcích poškozuje společnost i jedince (nejvyšší hodnoty, lidský život); navazuje obvykle na asociální chování; porušování zákonů dané společnosti; náprava možná pouze v ústavní péči (školská zařízení nebo věznice); formy antisociálního chování – trestná činnost (vandalství, krádeže, loupeže, sexuální delikty, zabití, vraždy, agresivita, násilí, terorismus, organizovaný zločin, trestná činnost v souvislosti s toxikománií); nejvyšší stupeň narušenosti jedince, obtížná nápravná péče (fixace poruch), pravděpodobnost recidiv;

- podle převládající složky osobnosti (Procházková, Vítková, 2004)

- neurotický jedinec – neurotizace ve výchově od dětství (závažný zásah do struktury osobnosti); neurotik se projevuje labilitou, menším sebeovládáním, zvýšeným napětím, zkratkovitými reakcemi; narušená psychická a citová rovnováha; antisociální jednání bývá projevem nezvládnutí konfliktních situací; jde zejména o vliv prostředí;
- jedinec s psychopatickým vývojem – vrozená, biologická dispozice; trvalé povahové odchylky od normy, abnormální struktura osobnosti; projevy nepřizpůsobivosti, konflikty s okolím, neadekvátní chování; puberta - zhoršení (přecitlivělost, přerušování přátelských kontaktů, řešení problémů útekem, agresí);

- osoby sociálně nepřizpůsobené – vyhláška MPSV č.182/91 Sb.: propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, závislí na alkoholu a jiných toxikomaniích, žijící nedůstojným způsobem života, propuštění z ústavní a ochranné výchovy;
- osoby se sníženými rozumovými schopnostmi – snížená inteligence, mentální retardace, do etopedické péče se dostávají ti, kteří jsou plně zodpovědní za své jednání (v etopedických zařízeních maximálně jedinci v pásmu lehké mentální retardace); částí pachatelé i oběti trestných činů (snadno ovlivnitelní, žijí přítomností, konzumní způsob života, slabá volní složka, chybí náhled na své jednání);
- děti se syndromem lehké mozkové dysfunkce ADHD – viz charakteristika ve stati specifické poruchy učení; z hlediska poruch chování významné: zvláštnosti v citové oblasti, nízká frustrační tolerance, změny osobnosti, problémy v komunikaci s okolím, sociální chování neodpovídá věku nebo intelektu; význam prevence; včasná a správná diagnóza a následující přiměřená péče nebo převýchovná zařízení.

Nové přístupy k chápání kázeňských problémů jsou uvedeny v 3. kapitole.

Péče o jedince s poruchami chování

- Zákon č.109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění nálezu Ústavního soudu uveřejněného pod č.476/2004 Sb. a zákona 563/2004 Sb.

Výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a preventivně výchovná péče ve školských zařízeních.

Zařízeními jsou:

- 1) diagnostický ústav
- 2) dětský domov
- 3) dětský domov se školou
- 4) výchovný ústav.

Zařízení pro preventivní péči

- středisko výchovné péče (středisko).

1) **Diagnostický ústav** plní podle potřeb dítěte úkoly:

- diagnostické
 - vzdělávací
 - terapeutické
 - výchovné a sociální (osobnost dítěte a jeho rodiny)
 - organizační (umístování dítěte, spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany)
 - koordinační.
- Pobyť dítěte trvá 8 týdnů.

2) **Dětský domov (DD)**

- zpravidla pro děti od 3 do 18 let
- nezletilé matky spolu se svými dětmi
- děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají poruchy chování
- vzdělávají se ve školách, které nejsou součástí DD.

3) Dětský domov se školou

Péče o děti

- a) s nařízenou ústavní výchovou
 - se závažnou poruchou chování
 - vyžadují výchovně léčebnou péči pro přechodnou nebo trvalou duševní poruchu
 - b) s uloženou ústavní výchovou
 - c) jsou-li nezletilými matkami a splňují a) nebo b) a jejich děti
- zpravidla pro děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky
 - při pokračujících závažných poruchách chování je po ukončení povinné školní docházky dítě přeřazeno do výchovného ústavu.

4) Výchovný ústav

- pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování (nařízená ústavní nebo ochranná výchova) vyžadující výchovně léčebnou péči, nezletilé matky se svými dětmi)
- možné je i umístění dítěte staršího 12 let (uložená ochranná výchova, závažné poruchy chování)
- při výchovném ústavu může být zřízena střední škola.

Preventivně výchovná péče

- poskytování speciálně pedagogických a psychologických služeb
 - dětem s rizikem poruch chování, s rozvinutými projevy poruch chování, u nichž není nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova,
 - osobám odpovědným za výchovu dětí,
 - pedagogickým pracovníkům
- je poskytována střediskem nebo diagnostickým ústavem formou
 - a) ambulantní
 - b) celodenní
 - c) internátní – zpravidla 8 týdnů na žádost osob odpovědných za výchovu dítěte.

Služby b), c) navrženy po a)

Středisko výchovné péče (středisko) - SVP

poskytuje všestrannou preventivní speciálně pedagogickou a psychologickou pomoc dětem s rizikem či s projevy poruch chování, negativních jevů v sociálním vývoji a dětem propuštěným z ústavní výchovy při jejich integraci do společnosti.

Nové aspekty přístupu k jedincům s poruchami chování

- preventivní programy realizované prostřednictvím státních i nestátních institucí a organizací: aktivity na základních a středních školách v oblasti primární prevence, činnosti zaměřené na odstraňování nedostatků v psychické regulaci chování, orientovanost v interpersonálních vztazích, schopnost řešit konflikty a náročné životní situace; budování prosociálního klimatu na školách, příznivá psychická atmosféra, pozitivní seberealizace v oblasti volného času (výchovný poradce, školní psycholog, spolupráce s rodiči a s odbornými poradenskými pracovišti); tzv. peer programy (primární a sekundární prevence zneužívání návykových látek), děti ovlivňují své spolužáky, videopořady, znalosti o drogách; střediska výchovné péče;

- LATA (laskavá alternativa trestu pro adolescenty) – sekundární sociální prevence pro mladistvé nebo mladé dospělé ve věku 15 až 21 let (konflikty s rodiči, potíže ve škole či práci, inklinace k rizikovým skupinám);

- CESOP (centrum sociální prevence v Brně) pro mladistvé, kteří skončili pobyt v převýchovných zařízeních a nemají kam jít; cílem je snížit riziko vzniku kriminální recidivy, posilovat společensky přijatelné způsoby chování; koedukované odborné internátní zařízení.

2.7 Speciální pedagogika osob s více vadami (kombinované postižení)

Jde o **postižení několika vadami současně**, a to takovými, které spolu příčinně nesouvisejí. Za postižení více vadami nelze považovat takové postižení, u něhož další vada vznikla druhotně jako důsledek vady primární (např. sluchová vada s následnou poruchou výslovnosti).

Tento pojem tedy může sloužit pro speciálně pedagogickou praxi pouze jako sjednocující termín pro označení různých typů vícenásobného postižení a lze ho přijmout jako označení složitého celku, který vyplývá z výsledného seskupení jednotlivých vad, a to bez zřetele na jejich kvalitativní, kvantitativní a etiologický obraz.

Klasifikace kombinovaných postižení - charakteristika žáka a jeho optimální umístění

Pro potřeby resortu školství se žáci s více vadami člení do 3 skupin:

1. skupina, v níž je společným znakem mentální retardace. Ta je determinujícím faktorem pro nejvyšší dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy. Proto je při rozhodování o způsobu vzdělávání pokládána za vadu dominantní.

S mentální retardací se v kombinaci sdružují:

- vady tělesné
- vady smyslové
- vady řeči
- psychická onemocnění (psychózy, psychopatie)
- vývojové poruchy učení a chování

Příklady:

MR + zraková postižení

MR + sluchová postižení

MR + slepohluší

MR + těžké vady řeči

MR + DMO, tělesná postižení

MR + psychická onemocnění

Skupina dětí s kombinací vad, kde mentální retardace je vedoucí vadou v kombinaci, je nejpočetnější.

Tito žáci jsou zpravidla vzděláváni ve speciálních školách, případně ve speciálních třídách běžných škol.

2. skupinu tvoří kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči.

Příklady:

Tělesná + zraková postižení

Zraková + sluchová postižení

Smyslová postižení + vnitřní onemocnění

Tělesná, zraková, smyslová postižení + vývojové poruchy učení a chování.

Žáci postižení více vadami této skupiny se zařazují zpravidla do speciální školy s přihlédnutím k vadě, vyžadující náročnější speciálně pedagogickou péči.

Děti s lehčím kombinovaným postižením kompenzovatelným využitím korekčních pomůcek lze vzdělávat integrovaně v běžných školách. V ojedinělých případech mnohočetných těžších postižení je možno využít formy individuálního vyučování.

3. samostatnou skupinu tvoří děti autistické a děti s autistickými rysy, u nichž jsou diagnostikovány další vady (MR, vady řeči, vady smyslové a tělesné).

Autismus je celoživotní postižení, projevující se abnormálností v rozvoji komunikace a společenské interakce. Podstatou je neobvyklé chování – extrémní uzavření se před vnější realitou do sebe.

Péče o jedince s vícečetným postižením vyžaduje týmovou spolupráci odborníků, především speciálního pedagoga s pediatrem a dalšími odbornými lékaři, s psychologem a s pracovníky sociální péče. Pro rozhodování o způsobu vzdělávání a výchovy je nutno vycházet z přesné diagnózy, hloubky a rozsahu obou či více postižení. Protože **děti s kombinovanými vadami netvoří homogenní skupinu**, ale naopak skupinu s velmi rozdílnou klasifikací a kombinací postižení, je třeba přistupovat **k jejich výchově a vzdělávání velmi diferencovaně až zcela individuálně**.

2.8 Speciální pedagogika osob s parciálními nedostatky

Specifické poruchy učení a chování

Prof. Matějček (In Kucharská ed.1997) se na konci podrobné analýzy nejnovějších definic, které jsou podle něho příliš vázány na strukturu anglického pravopisu a na výukové metody užívané v anglosaském světě (ve výuce čtení se užívá globální metoda, ne analyticko-syntetická jako u nás), přiklání k definici Světové federace neurologické, Dallas, 1968: *Specifická vývojová dyslexie je porucha projevující se neschopností naučit se číst, přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení, má přiměřenou inteligenci a sociokulturní příležitost. Je podmíněna poruchami v základních poznávacích schopnostech, přičemž tyto poruchy jsou často konstitučního původu. Z novějších pak již v r. 1993 považoval Matějček za významnou definici expertů z USA z roku 1980: Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými*

obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému. I když se porucha učení může vyskytnout souběžně s jinými formami postižení (jako např. smyslové vady, mentální retardace, sociální a emoční poruchy) nebo souběžně s jinými vlivy prostředí (např. kulturní zvláštnosti, nedostatečná nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů (Z. Matějček 1993, s. 24). Na této definici je podstatné zdůraznění *dysfunkce centrálního nervového systému* a také skutečnost, že specifické poruchy učení se mohou vyskytovat souběžně i u osob trpících smyslovými vadami, osob s mentální retardací a dalších.

Žáci, studenti, jejichž speciální vzdělávací potřeby pramení z jejich postižení tělesného, smyslového, rozumového, sociálního a souběžně se u nich vyskytne specifická porucha učení samozřejmě také potřebují pomoc při jejich nápravě. Metody, kterými se s nimi pracuje odpovídají reedukačním metodám běžně užívaným avšak přizpůsobeným hlavnímu vzdělávacímu problému. V současné době se učitelé žáků se smyslovým, tělesným, rozumovým, sociálním postižením zabývají vytvářením metod pro nápravu specifických poruch učení u svých žáků. S postupným zařazováním žáků s postižením do běžných škol (integrace, inkluze) se budou tímto problémem muset zabývat i učitelé běžných škol, nejen jako dosud, učitelé škol speciálních. Jak víme je na druhé straně možné využít nápravné metody určené žákům se specifickými poruchami ve třídě úspěšně i ve vzdělávání žáků s poruchami nespecifickými, to znamená s dětmi se sníženými rozumovými schopnostmi, dětmi s poruchami pozornosti, paměti, dětmi zanedbanými apod.

Současně si musíme uvědomit, jak upozorňuje Z. Matějček (1993) s ohledem na Z. Drnkovou, že se nejedná o skupinu osob (dětí, mládeže, dospělých), které by tvořily stejnorodou skupinu, vyznačující se stejnými problémy a že snad existuje nějaký standardní přístup k vzdělávání těchto lidí.

Musíme si uvědomit, že se můžeme setkat s žáky, u nichž převažují specifické obtíže ve čtení, nebo ve psaní, případně v matematice, ale že se jednotlivé specifické poruchy mohou u téhož žáka různě kombinovat. Obecně však platí, že specifické poruchy učení zasahují psychiku člověka a promítají se do sféry sociální a pedagogické. Proto je také nutno při jejich diagnostikování zjistit, do jaké míry a jakým způsobem jsou tyto sféry poruchami postiženy.

V definicích jsme zaznamenali tvrzení, že jde v našem případě o obtíže v učení při **“normální inteligenci”**, **“přiměřené inteligenci”** žáka. Úroveň inteligence žáka se specifickými poruchami učení se stává významným problémem při diagnostikování těchto poruch. Musíme si však i při definování specifických poruch učení uvědomit, že posouzení **úrovně inteligence** těchto dětí je významné i pro **zjištění možností dítěte z hlediska reedukační péče i jeho budoucích vzdělávacích perspektivách.** V první řadě je však nutné chápat situaci dítěte, které čím je inteligentnější, tím lépe srovnává své výkony s výkony spolužáků, hůře prožívá své neúspěchy. To vede k poruchám jejich sebehodnocení a narušení osobnosti zejména v oblasti citové. **Z definice musíme dále vyvodit závěr, že jde sice o handicap celoživotní, ale při včasném zjištění poruch a kvalitní reedukační**

(nápravné) péči, podpoře postiženého člověka, může dojít ke zmírnění či úplnému odstranění vzdělávacích obtíží.

Na základě obecné definice specifických poruch učení, můžeme definovat specifické poruchy čtení (dyslexie), psaní (dysgrafie), pravopisu (dysortografie), počítání (dyskalkulie), kreslení (dyspinxie), hudebnosti (dysmúzie), schopnosti vykonávat složité úkony (dyspraxie). Současně si uvědomíme typické projevy ve vzdělávání a skutečnost, že se jednotlivé obtíže různě kombinují a v různé míře negativně ovlivňují vzdělávání žáků (studentů) ve všech školních předmětech.

- **Dyslexie** je specifická porucha čtení, projevující se v některých případech již v úplných počátcích čtení při rozpoznání a zapamatování si jednotlivých písmen, zvláště pak v rozlišování písmen tvarově podobných (b-d, s-z, t-j). Problémem může být i rozlišení zvukově podobných hlásek (a-e-o, b-p). Obtíže nastanou při spojování hlásek v slabiku a posléze souvislé čtení slov, související s oslabením v oblasti spolupráce mozkových hemisfér (Matějček 1993, 1995, Pokorná 1997, Zelinková 1995) i řadou autorů uváděné souvislosti s očními pohyby. Obtíže takto postižených dětí se promítají do *rychlosti čtení, správnosti čtení a porozumění čtenému textu*.
- **Dysgrafie** – specifická porucha psaní postihuje zejména schopnost napodobit tvar písmen a řazení písmen. Dítě si nepamatuje tvary písmen, opět zaměňuje tvarově podobná písmena, písmo je neuspořádané, těžkopádné, neobratné. Žáci postižení touto poruchou se dlouho nemohou naučit dodržení lineatury, výšky písma. Píší pomalu, namáhavě, často u nich zjišťujeme chybné držení psacího náčiní. Přílišné soustředění na grafickou stránku písemného projevu často způsobuje neschopnost soustředit se na pravopisné jevy.
- **Dysortografie** – specifická porucha pravopisu znemožňuje dítěti správné zapsání všech písmen ve správném pořadí včetně délek, měkkosti. Tato porucha často souvisí s dyslexií a dysgrafií. Její obraz se během vývoje dítěte mění. V počátcích školní docházky, 1. – 3. ročníku se vyskytuje velké množství tzv. dysortografických chyb: vynechávky, záměny písmen, inverze, zkomoleniny, nesprávně umístěné nebo vynechané vyznačení délek samohlásek, chyby v měkčení. Postupně a při kvalitní péči dělá dítě těchto chyb méně, ale na správné napsání potřebuje více času, než ostatní žáci. V časově limitovaných úkolech (diktáty, písemné prověrky v jakémkoliv předmětu) se dysortografické chyby znovu objevují, přibývají chyby pravopisné i v jevech, které si dítě osvojilo a umí je ústně bez obtíží a správně zdůvodnit. Proto je tak důležité poskytnout těmto žákům možnost ústního zkoušení i práci bez časového tlaku.
- **Dyskalkulie** – specifická porucha matematických schopností má pestré příznaky. Podle převažujících příznaků můžeme tuto poruchu členit na několik typů:
 - při praktognostické dyskalkulii je narušena matematická manipulace s předměty nebo nakreslenými symboly (přidávání, ubírání množství, rozkládání, porovnávání počtu). Dítě nedospívá k pojmu číslo, v geometrii neumí seřadit různě dlouhé předměty podle velikosti, diferencovat geometrické tvary. Porucha prostorového faktoru matematických schopností způsobuje, že dítě selhává při rozmístění figur v prostoru, není schopné ukazovat na počítané předměty a správně je třídit,
 - při verbální dyskalkulii má dítě problémy při označování množství a počtu předmětů, operačních znaků, matematických úkonů. Není schopné vyjmenovat řadu čísel od největšího k nejmenšímu, řadu sudých či

lichých čísel. Má potíže v osvojení si matematického slovníku (slovně označit počet předmětů), což mu komplikuje další učení se matematice. V praxi to např. znamená, že číslo 12 čte jako 21 nebo diktovaných 18 zapíše jako 81, má problémy v chápání významu “o tři více” nebo “třikrát více”,

- lexická dyskalkulie se projevuje neschopností číst matematické symboly (čísllice, čísla, operační symboly). V nejtěžších případech není dítě schopné přečíst ani izolované čísllice a operační znaky, při lehčí formě mu dělá potíže číst vícemístná čísla s nulami uprostřed nebo napsané svisle. Žáci zaměňují tvarově podobné čísllice (3 a 8, 6 a 9), římské čísllice, problémy mají i s přečtením zápisu zlomků, desetinných čísel, mocnin, celého příkladu. Příčiny nacházíme hlavně v oblasti zrakového vnímání, orientace v prostoru, zvláště pravolevé orientace,
- grafická dyskalkulie představuje neschopnost psát matematické znaky. Dítě má potíže při psaní čísllic formou diktátu či přepisu, při psaní vícemístných čísel, píše v opačném pořadí, zapomíná psát nuly. Dělá mu potíže psát řády pod sebe, jeho zápis je neúhledný, v geometrii má problémy při rýsování jednoduchých obrazců. Vzhledem k poruše pravolevé a prostorové orientace píše dítě často čísllice zrcadlově. V nejtěžších případech píší žáci místo čísllic písmena nebo jiné znaky,
- operační dyskalkulie se projevuje poruchou schopnosti provádět matematické operace, sčítat, odčítat, násobit, dělit, což se projevuje zvláště při počítání delších řad čísel (připočti 5, odečti 2, to násob třemi, atd.). Žák se dopouští záměn jednotek a desítek při sčítání, záměny čitatele a jmenovatele. V praxi se tato potíž projevuje i nedostatečným osvojením násobilky, kdy si žák pomáhá počítáním na prstech nebo sčítáním čísel. Děti mají potíže při počítání kombinovaných příkladů, při počítání s přechodem přes desítku,
- při ideognostické dyskalkulii se jedná o poruchu v oblasti pojmové činnosti, především v chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi. Dítě například umí přečíst a napsat číslo 6, ale neuvědomuje si, že 6 je totéž jako $5+1$, $3 \cdot 2$ nebo polovina z 12. Obvykle mají tyto žáci potíže při řešení slovních úloh, protože neumí převést slovní zadání do systému čísel matematického vyjádření. Potíže těchto dětí se obvykle projeví, změníme-li v úloze navykly abstrahovat.

Do obtíží v matematice se samozřejmě mohou promítnout i problémy dysgrafické a dyslektické.

- **Dyspinxie** – specifická porucha kreslení je charakteristická nízkou úrovní kresby. Dítě zachází s tužkou neobratně, tvrdě, nedokáže převést svou představu z trojrozměrného prostoru na dvojrozměrný papír, má potíže s pochopením perspektivy.
- **Dysmúzie** – specifická porucha postihující schopnost vnímání a reprodukce hudby, se projevuje obtížemi v rozlišování tónů, dítě si nepamatuje melodii, nerozlišuje a není schopno reprodukovat rytmus. Potíže se čtením a zápisem not spíše souvisí s problémy dyslektickými respektive dysgrafickými.
- **Dyspraxie** – specifická porucha obratnosti, schopnosti vykonávat složité úkony se může projevit jak při běžných denních činnostech, tak ve vyučování. Tyto děti bývají pomalé, nezručné, neupravené, jejich výrobky jsou nevzhledné. Jejich obtíže se mohou projevit jak při psaní, tak kreslení, tělesné výchově i při

pracovním vyučováním, ale také při mluvení, protože dyspraxie může způsobit artikulační neobratnost.

Příčiny specifických poruch učení

Nauka o příčinách specifických poruch učení je ovlivněna přístupy jednotlivých badatelů, jejichž výzkumy se zaměřují na neurofyziologické, psychologické, speciálně pedagogické, sociologické a zvláště v poslední době i lingvistické kořeny tohoto problému. Mnozí **autoři varují před chápáním specifických poruch učení úzce výukově**. Naopak zdůrazňují významnost podmínek procesů *rozvoje řeči* jako základu čtení a pravopisu. Tak se v současnosti od dřívějšího popisu specifických chyb ve výkonech žáků, hledání kauzálních vlivů v drobném poškození mozku, soustřeďují vědci na specifickou funkci mozkových hemisfér a jejich vzájemné propojení (Pokorná 2001).

Obecně můžeme říci, že k zvládnutí čtení, psaní, počítání (základních školních dovedností) je potřebný rozvoj funkcí, které se na těchto dovednostech podílejí. Příčinu neúspěchu potom vidíme v oslabení těchto funkcí. Takový pohled se v současné době jeví jako příliš zjednodušující. Pokorná (1997) upozorňuje na nutnost opustit pohled na specifické poruchy učení ze zorného úhlu jednotlivých symptomů (projevů). Zdůrazňuje při hledání příčin *systémový přístup*, který nás vede k pohledu na žáka se specifickými poruchami učení jako na celého člověka se všemi okolnostmi, v nichž žije. Tedy jeho vývoj před narozením i po narození, jeho rodinu, podmínky pro získávání poznatků, požadavky na vzdělávání společnosti, v níž žije, tedy jak píše Pokorná (1997, str. 75) "s celým jeho životním kontextem". Na základě nejnovějších výzkumů můžeme chápat jako příčiny specifických poruch učení dle Pokorné (2001) v první řadě **dispoziční (konstituční) příčiny**:

- genetické vlivy s odchylkami ve funkci centrálního nervového systému,
- lehká mozková postižení s netypickou dominancí mozkových hemisfér a odchýlnou organizací mozkových aktivit a netypickou dominancí hemisfér.

Musíme se však také zabývat i otázkou může-li, a do jaké míry, negativně ovlivnit školní výkony dětí (ve čtení, psaní, počítání)

- nepříznivý vliv prostředí, zejména podmínky rodinného prostředí,
- podmínky školního prostředí.

Mezi dispoziční (konstituční) příčiny v první řadě začleňujeme **genetické vlivy**. Současná věda se z tohoto hlediska přiklání spíše k názoru, že dědění nejsou přímo předpoklady pro vznik specifických poruch učení. Zjišťuje se, že výskyt specifických poruch učení může být *genetickými dispozicemi spolupodmiňován*. Pokorná (1997) upozorňuje na zjištění některých výzkumů o rodinné dispozici k určitým obtížím ve vývoji řeči a také k pozdějším obtížím ve čtení. Matějček (1993) uvádí zjištění Galaburdovo o anomáliích v buněčných vrstvách mozkové kůry, které nemohly vzniknout poškozením mozkové tkáně. Předpokládá, že tyto změny nastaly již v prvních týdnech vývoje plodu a uvažuje tedy o vlivu genetického kódu. Někteří autoři upozorňují na další problém, který může mít souvislost s genetickými faktory a tím je vyšší výskyt poruch u chlapců než u dívek. Souvislost hledají ve vlivu hormonální činnosti na časný vývoj mozku plodu. Matějček (1993) upozorňuje zejména na lateralizaci mozkové struktury, ke které dochází mezi 12. a 20. týdnem těhotenství. Protože 20. týden je obdobím nejvyšší hladiny testosteronu (mužského pohlavního hormonu) u mužských plodů, mohou tyto hormony ovlivnit některé

vyvíjející se mozkové buňky. Tak je genetický kód, který ovlivňuje hormonální činnost považován za pomocného činitele, který usnadňuje vznik vnitřních mozkových podmínek pro změny, které se mohou později projevit jako specifické poruchy učení. Sherman (in Kucharská ed. 1997) upozorňuje na významné nálezy z posledních let o vztahu dyslexie a určité oblasti na šestém chromozomu. Tam se vyskytuje též mnoho genů souvisejících s imunitou. Tyto nálezy tedy ukazují na důležitost genetických faktorů při hledání příčin specifických poruch učení.

Za významný etiologický faktor specifických poruch učení byla vždy považována *lehká mozková dysfunkce (LMD)*. I na její postavení jako nejčastější příčině specifických poruch učení se ve shodě s výsledky výzkumů názory vyvíjejí a mění. Podle názoru některých odborníků pojem "lehká mozková dysfunkce" odpovídá pojmu "lehká dětská encefalopatie", "malá mozková poškození", kdy se předpokládá skutečné poškození mozku (cerebra) a to v období prenatalním (před porodem), perinatálním (během porodu) a raně postnatálním (po porodu).

Uvažujeme-li o poškození či dysfunkci centrální nervové soustavy, měli bychom v anamnéze zjistit nějaké vlivy, které mohly poškození způsobit. V řadě případů se je však zjistit nepodařilo, v chování dítěte se však objevují relativně stálé příznaky ukazující na toto poškození. Proto řada odborníků, zejména psychologů a pedagogů doporučuje pečlivou diagnostiku příznaků a současně poskytnutí podpory dítěti za aktivní účasti jeho samého i okolí (rodiny, učitelů vrstevníků). Takovýto aktivní přístup k řešení *lehké mozkové dysfunkce* nebo lépe ***syndromu deficitu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD – Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder)***, tento pojem se používá v americké odborné literatuře a v současné době se užívá i u nás, vede k jinému chápání tohoto problému, posílení významu rodičovské i učitelské diagnostiky, bez níž nelze spolehlivě lehkou mozkovou dysfunkci diagnostikovat protože nutnou podmínkou je skutečnost, že se tyto příznaky musí projevit nejméně ve dvou odlišných prostředích (např. ve škole a v rodině). Pokorná (2001) upozorňuje na výsledky zahraničních výzkumů lehké mozkové dysfunkce, jejichž autoři popsali u dětí s normálním intelektem deficity některých funkcí (cit. Pokorná 2001, s. 83):

1. Nedostatečně rozvinutou jemnou motoriku, která negativně ovlivňovala výkony v psaní. Projevovala se v nepravidelném formování písmen, ve vedení čar, nepravidelných mezerách mezi slovy, neuspořádaném dodržování sloupců apod.
2. Poruchy rozvoje řeči a výslovnosti.
3. Obtíže v chápání vztahů v prostoru, poloze a orientace v prostoru.
4. Nedostatek v optickém a akustickém vnímání v časovém sledu.
5. Deficity v krátkodobé a dlouhodobé paměti pro psané a slyšené řečové informace.
6. Nedostatečná schopnost intersenzorických výkonů. To znamená, že děti obtížně vnímají smysluplné souvislosti mezi podněty, které jsou vázány na různé smyslové oblasti, a obtížně je převádějí do řečových symbolů.

Pro specifické poruchy chování známé také jako hyperkinetické poruchy se nyní prosadil v anglicky psané literatuře již zmíněný termín používaný ve zkratce **ADHD** tedy deficit pozornosti a hyperkinetická porucha chování. V německy psané literatuře se dříve používaný termín „poruchy chování“ nahrazuje termínem „**nápadné chování**“ případně „**agresivní chování**“. Jak uvádí Pokorná (2001) je uváděn výskyt 2 – 12% v naší dětské populaci, v USA 9%, výskyt je častější u chlapců než u dívek (6 : 2). Dále se předpokládá, že 20 – 40% těchto dětí má

mimointelektové obtíže v učení (psaní, matematika). Na základě výzkumů v USA se uvádějí obtíže ve čtení až u 33 % dětí s ADHD. Vzhledem ke skutečnosti, že se projevy (symptomy) tohoto souboru příznaků (syndromu) mohou projevovat i u dospívajících a to v různé kombinaci – neexistují prakticky dva lidé s totožným souborem příznaků hyperaktivní poruchy, uvádíme soubor příznaků dle Malé (In Pokorná, 2001 s. 131). Vlastní symptomatologii rozděluje Malá do pěti oblastí:

„1. Poruchy kognitivních funkcí:

- porucha pozornosti v aspektu zrakovém i sluchovém, spojená často s motorickým neklidem;
- neschopnost selekce podnětů, které na dítě současně působí; dítě nevybírá pro danou situaci podstatné informace;
- porucha analýzy a syntézy informací;
- porucha exekutivních funkcí, kdy dítě není schopno vnímat časový sled; konkrétně to znamená, že si neumí strukturovat a organizovat práci, kterou často nedokončí, není schopno analyzovat své chování;
- porucha motivace, úsilí, vytrvalosti, dítě těžce prožívá jakoukoli frustraci, oddálení činnosti, sebeovládání;
- snížená schopnost prostorové představivosti;
- porucha slovní a pracovní paměti.

2. Poruchy motoricko-percepční:

- hyperaktivita s neschopností relaxace, motorický výkon je zbrklý, nekoordinovaný, nepřesný;
- drobné neurologické odchylky – koordinace pohybů, poruchy symetrie, obtížná pravolevá orientace a taktilní diskriminace;
- motorická neobratnost;
- porucha vizuomotorické koordinace.

3. Porucha emocí a afektů ve smyslu lability

4. Impulzivita – chaotické a neprediktovatelné chování, nepoučí se z chyb, provádí rychlé závěry.

5. sociální maladaptace:

- neadekvátní kontrola, familiární chování, neschopnost se přizpůsobit vrstevníkům, respektovat pravidla, akceptovat sociální prostředí s jeho očekávanými nároky na chování;
- extrémní výkyvy v emociálních projevech, touha po sociální akceptaci, kterou si neumí udržet, nedostatek altruismu a empatie“.

Tato informace je významná pro učitele středních škol z toho důvodu, že právě děti s ADHD, pokud jim nebyla poskytnuta potřebná podpora doma a ve škole základní, jsou jednou ze skupin osob ohrožených poruchou chování, mají obtíže v učení.

Některé novější výzkumy poukazují na skutečnost, že příčinou specifických poruch učení je *odchylná organizace cerebrálních aktivit*. Zjistilo se při nich, že děti s dyslexií obtížněji zpracovávaly verbálně sluchové podněty a zpracování informace při čtení a psaní je u dětí s dyslexií v mozku organizováno jinak, než u dětí ostatních. Jiné výzkumy prokázaly u osob s dyslexií (i u dospělých s kompenzovanou poruchou) při čtení zvýšenou aktivitu v obou mozkových hemisférách, kdežto u dobrých čtenářů byla aktivní pouze hemisféra levá. Z této skutečnosti lze soudit, že čtení je náročnější duševní činností, vyžaduje větší rozsah i intenzitu aktivní účasti příslušných regionů mozku u osob s dyslexií než u lidí bez této poruchy (Pokorná 1997). Co se týče *nepříznivé konstelace laterality a netypické dominance hemisfér*,

byla ve výzkumech týkajících se dětí se specifickými poruchami učení častěji v anamnéze prokázána levorukost, nevyhraněná lateralita nebo zkřížená lateralita (různá dominance oka a ruky). U předků pravorukých dyslektiků pak bylo mezi předky nebo členy rodiny více leváků. Při pokusech v šedesátých letech se zjistilo, že slyšená slova zpracovává převážně levá mozková hemisféra, provádí pohotověji analýzu a syntézu zvuků znamenajících slovo. Pravá lépe zpracovává celky. Levá hemisféra je řečová, pravá názorová. Nejnovější výzkumy poukazují na genetické faktory specifických poruch učení.

Vliv prostředí

Nepříznivý vliv prostředí, jak vyplývá též z definice specifických poruch učení **může bezesporu negativně ovlivnit školní výkon dítěte, není však přímou příčinou specifických poruch učení**. Setkáváme se však s dětmi, jejichž obtíže byly na základě zjištění skutečně ovlivněny rodinným či školním prostředím. V rodinném prostředí je to především styl výchovy. Je velice obtížné zjistit co je v ní a co není optimální z hlediska dětí se specifickými poruchami učení. Ukazuje se že těmto dětem neprospívá ani přílišná péče a podpora ze všech stran, protože se nenaučí překonávat ani malé překážky. Dítě, které je naopak odkázáno samo na sebe, vedeno k přílišné samostatnosti se nenaučí spolupracovat. Školní výkony dítěte velmi ovlivňuje emoční klima rodiny, pomoc při překonávání obtíží, spoluprožívání úspěchů a neúspěchů, zvýrazňuje se význam pozitivní podpory, profesor Matějček často hovořil o velkém **významu vřelosti ve vztahu rodičů a dětí**. Největší podporu dítěti obvykle poskytuje matka, která, čím vzdělanější, tím větší dává dítěti prostor k samostatnému řešení problémů, vede je otázkami k samostatnému pochopení úkolu, k verbální pohotovosti. Naopak matky depresivní nejsou schopné pozitivní reakce na samostatnost, iniciativu dítěte, což vede u dětí k frustraci – jejím důsledkem bývají poruchy pozornosti z nejistoty při zvládání náročnějších situací, tedy i situací školních. Velmi významným momentem je vztah rodičů ke škole, učitelům dítěte, ochota spolupracovat a obecně i skutečnost, jaký význam rodiče přikládají školní práci a vzdělání vůbec.

Učitel, který ví, že dítě žije v nepříznivém rodinném prostředí, ať už jde o nedobré sociokulturní nebo výchovné podmínky, **by nikdy neměl podléhat beznaději**. Měl by v sobě posilovat víru ve školní úspěch dítěte a měl by na základě svých vědomostí právě tyto děti více podpořit.

Příznivé či nepříznivé školní prostředí však netvoří pouze učitel či spolužáci. Podmínky vzdělávání žáků, studentů se specifickými poruchami učení závisí na řadě faktorů. Obecně též na existenci školských předpisů, pohledu řídicích školských orgánů, poradenských pracovišť atd. Je také všeobecně známo, že se jednotlivé školy od sebe liší svou náročností. Ředitelé některých škol se spíše orientují na programy pro vzdělávání nadaných dětí, někteří na vznik tříd s podpůrnými a reedukačními programy. Velmi **záleží i na stabilitě učitelského sboru**, na vztazích uvnitř sboru a konečně na vzdělanosti učitelů v oboru speciálních vzdělávacích potřeb i stylu jejich práce. Je známo, že **se úspěšné děti lépe přizpůsobují různým učitelským stylům** a že **děti neúspěšné**, mezi něž děti se specifickými poruchami učení obvykle patří, **mají potíže při změně učitelů, střídání škol**. Také se zjistilo, že tyto děti mají v běžné třídě méně příležitostí projevit se buď

proto, že je učitelé tak zvaně chrání před neúspěchem, nebo že se prý jejich neobratná řeč a špatné čtení nedá poslouchat.

S rodinným a školním prostředím souvisí i *psychosociální postavení dětí se specifickými poruchami učení*. To je ovlivněno zejména

- situací v rodině,
- postoji učitelů,
- postoji spolužáků,
- postojem těchto dětí k sobě samým.

Situace v rodině je komplikována obavou rodičů o budoucnost dětí, co se týče vzdělání, uplatnění v životě. S výkony dětí ve škole jsou nespokojeni, musí velmi mnoho času věnovat školní přípravě dětí. Často si myslí, že by jejich dítě mohlo pracovat více, kdyby chtělo, mohlo by podávat lepší výkony. V rodinách je méně času i chuti k rozmlouvám o mimoškolních záležitostech, na společné zážitky. Děti samy mají méně času na hraní, jsou častěji trestány a samy přiznávají, že jsou doma častěji zlostné, odporují rodičům. Vědí, že jsou považovány za líné, ale ony samy si to o sobě nemyslí.

Postoje učitelů jsou ovlivněny skutečností, že jsou žáci se specifickými poruchami učení pro ně problémem, jehož příčiny se snaží zjistit (Kdo je vinen?). Považují tyto děti za nenadané, líné, nepozorné, nepořádné, vzpurné, nesamostatné. Myslí si o nich, ve srovnání s jinými dětmi, že nemají zájem o výuku. Tyto děti si častěji než jiné myslí, že jim učitelé nedůvěřují a ostatním dětem nadřezují. Přitom rodiče dětí se specifickými poruchami učení obvykle říkají, že se jejich dítě do školy těšilo, ale brzy se pod tlakem neúspěchů a pro příliš dlouhou (až několikahodinovou) domácí přípravu u něho vyvinula nechut' nebo dokonce odpor ke škole. Při řešení tohoto problému bude jeho úspěšnost záviset na citové podpoře ze strany rodičů a schopnosti rodičů a učitelů domluvit se na společných krocích ve prospěch dítěte.

Postoje spolužáků k dítěti se specifickými poruchami učení jsou ovlivněny nepochopením problémů těchto dětí ze strany vrstevníků. Proto se častěji setkávají s posměchem, jsou častěji šikanovány než jiné děti. Děti samy obtížněji navazují pozitivní vztah ke spolužákům. Cítí se proto osamoceny, mají pocit, že je druzí urážejí, že mají málo přátel a hodně nepřátel. Starší děti, zejména na druhém stupni základní školy již méně podléhají vlivu učitelské autority při hodnocení spolužáků. Už si dokáží představit, co neúspěšný spolužák pociťuje, chápou, proč se jejich spolužák takto chová, ale neumí se za něho v konfliktní situaci postavit, angažovat se pro něho. Aby to dokázaly, musely by být k takovému chování vedeny doma, ale hlavně vytvářením atmosféry spolupráce ve třídě, prací ve skupinách, kde jeden podpoří druhého. Významným krokem ke kooperaci ve třídě je například kvalitní integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžné třídy a přesvědčení učitele, že i neúspěšné dítě může být v něčem vynikající a může dokonce ostatní něco důležitého naučit. Samozřejmě záležití především na učitelích, jak to zařídí.

Postoje dětí se specifickými poruchami učení k sobě samým jsou ovlivněny postoji jejich okolí, ale také zvláštnostmi vývoje jejich osobnosti souvisejícími s poruchou samotnou. Děti si o sobě na rozdíl od učitelů a rodičů obvykle nemyslí, že jsou líné a "nehodné". Ve shodě s nimi však často hodnotí nepříznivě své výkony a vědomosti. Myslí si, že mají více "smůly" než jejich spolužáci. Neočekávají

od svých rodičů a učitelů při neúspěchu utěšení, podporu, povzbuzení, ale spíše trest, pokárání, výčitku, od rodičů dokonce tělesný trest. Celkově nejtíže nesou tresty rodičů. Také děti samy reagují na neúspěch nejčastěji smutkem a pláčem, mají strach, uzavřou se do sebe. Od svých spolužáků očekávají v takovém případě většinou odmítnutí, ne podporu. Děti si uvědomují, že se snadno rozzlobí, že nevycházejí dobře se spolužáky. Uvědomují si, že se lehce unaví a také, že jsou často smutné. M. Ryan ve stati Dyslexie a sociální a emoční problémy (In Kucharská ed.1997) vedle výše uvedených problémů upozorňuje na nestálost a nerovnoměrnost ve vývoji jednotlivých schopností těchto dětí. Proto podávají kolísavé výkony, mají dobré a špatné dny, v jejich obtížích se objevují stále nové symptomy. To je uvádí ve zmatek, nechápou, co se s nimi děje. Dříve zmíněné jazykové problémy mohou způsobovat nejen záměnu pořadí písmen ve slově ale také například záměnu pořadí slov při líčení událostí. Výpověď dítěte je pokaždé jiná a může být proto považováno za lháře. Častou komplikací dyslexie bývá také deprese. I když není u dyslektiků pravidlem, jsou tyto děti obecně více vystaveny smutku a bolesti. Z těchto negativních zjištění se uvedený autor snaží dospět k strategii úspěchu. M. Ryan došel k závěru, že vedle inteligence a společenského postavení existují další faktory, které mohou ovlivnit dyslektikovu šanci na úspěch (In Kucharská, ed.1997, s. 37):

- V raném dětství měly tyto děti někoho, kdo je dokázal silně podpořit a povzbudit.
- Dyslektici, ještě jako malí, našli oblast, kde byli úspěšní.
- Zdá se, že úspěšní dyslektici se snaží pomoci také druhým.

Tyto děti **potřebují od svých učitelů a rodičů podporu a povzbuzení**, je jim tedy tuto podporu třeba poskytnout. Zmíněný M. Ryan (In Kucharská ed.1997, s. 37) považuje za významné minimálně čtyři prvky:

1. Naslouchat pocitům dítěte, úzkost, zlost a deprese jsou častými společníky dyslektiků. Nicméně jejich problémy s jazykem jim brání v tom, aby vyjadřovali své pocity. Proto jim dospělí musí pomoci, aby se naučili o svých pocitech mluvit.
2. Učitelé a rodiče musí odměňovat již snahu, nejen "výkon". Pro dyslektiky by měly být známky méně důležité než to, že udělali nějaký pokrok.
3. Pokud dojde ke konfrontaci nesprávného chování dítěte, nesmí dospělý dítě zcela odradit. Slova jako *líný* nebo *nenapravitelný* mohou vážně narušit sebepojetí dítěte.
4. Je velmi důležité pomoci studentům, aby si volili realistické cíle. Většina dyslektiků si dává perfekcionistické a nedosažitelné cíle. Pomůže-li učitel dítěti vybrat si dosažitelný cíl, může se tím narušit bludný kruh selhávání.

Bohužel některým rodičům postačí sdělení, že dítě je "dyslektik", tedy nemohou nic udělat a ve škole vyžadují pouze "měkčí" hodnocení. Děti na tento způsob řešení přistoupí, vyžadují ohledy bez toho, že by pro své zlepšení ve psaní, čtení, počítání něco podnikly. Právě proto potřebují zejména děti neúspěšné citovou jistotu v rodině a ve škole i v rodině pocit jistoty. Proto je prvním úkolem výchovy těchto dětí vytváření vztahu důvěry podpořeného citovou vřelostí v rodině a nabídkou pomoci a spolupráce doma i ve škole. Právě citová podpora a jistota v rodině pomohou dítěti překonat školní problémy. Z rozboru vztahů a pocitů dítěte se specifickými poruchami učení můžeme vyvodit určité zvláštnosti v jejich chování.

Poruchy chování u osob se specifickými poruchami mohou být způsobeny

- primárně jako součást obrazu lehké mozkové dysfunkce (ADHD) a deficitů dílčích funkcí

- sekundárně jako důsledek prožívání neúspěchu, negativního hodnocení dospělých a zejména jako “výraz pocitu bezmoci vůči obtížím” (Pokorná 2002, s. 148 - 156).

Primární symptomatologie spočívá zejména

- **v poruchách pozornosti**, jejichž příčinou mohou být jak lehká postižení mozku, tak náročnost situace do níž se dítě dostává. Učitelé často považují poruchy pozornosti (nepozornost) za příčinu obtíží ve čtení, psaní, počítání, zejména u dětí s lehčím stupněm specifických poruch učení; tyto děti jsou považovány za nesoustředěné, neklidné, málo vytrvalé, s velkými výkyvy ve výkonech;

- **v infantilním chování**, které souvisí jednak skutečně s nerovnoměrným vývojem těchto dětí, ale také dětštějším chováním jako reakcí na opakované neúspěchy frustrující dítě;

- **ve zvýšené vzrušivosti** – rušivé momenty zvyšují napětí těchto dětí, výrazně reagují např. na nepříjemné zvuky, vyznačují se zvýšenou pohotovostí k vzrušivosti, což může negativně ovlivnit jejich kognitivní procesy. Pokorná (2001) však také upozorňuje na názor, že poruchy chování těchto dětí mohou souviset s deficitem dílčích funkcí, protože tyto odchylky způsobují, že se dítě chová a prožívá svět jinak než děti ostatní, vytváří si jiný vztah k okolí.

V závěrech z výzkumů se často hovoří a *nápadném chování* jak z hlediska mnohotvárnosti projevů, tak z hlediska okolností, v nichž k projevům chování dochází (co je normální na hřišti, není normální ve třídě při vyučování). Někteří autoři (např. Zelinková 2003) zdůrazňují zejména *agresivitu*, která je jistě z hlediska okolí dítěte projevem nejvýraznějším. Pokorná (2002) však analyzujeme některé výsledky výzkumů, které poukazují nejméně na čtyři skupiny projevů, nápadností v chování, vyjadřující opozici vůči škole a všemu co s ní souvisí:

- *Obranné a vyhýbavé mechanismy* – stále se zvyšující tlak doma i ve škole, aby dítě více četlo, více psalo, vede dítě k odmítání práce pro školu (zapomíná na úkoly, ztrácí sešity a záznamníčky úkolů, falšuje podpisy rodičů).
- *Kompenzační chování* – nemohou-li být úspěšní, šaškují, zlobí, vytahují se.
- *Agresivita a projevy nepřátelství* – napětí způsobené neúspěchem si některé děti odreagovávají agresí. Může to být agrese verbální – výsměch, ponižování, žalování, ale i vzpurnost, neposlušnost nebo dokonce šikanování a ubližování druhým.
- *Úzkostné stažení se do sebe* – dítě má takový strach ze školy, že se to může projevit až psychomotorickými obtížemi (častou nemocností, bolestmi břicha, hlavy, zvracením, poruchami spánku). Děti mají pocity méněcennosti, jsou ustrašené, plačtivé, neklidné. Tato forma reakce bývá psychology považována pro rozvoj osobnosti dítěte za nejnebezpečnější.

Pochopení poruch chování je významné z hlediska nápravy (redukace) specifických poruch učení. Jedním z významných kroků na cestě k úspěchu je narušení “začarovaného kruhu poruch učení”, jehož analýza může vést k rozpletení všech obtíží a problémů týkajících se specifických poruch učení a součástí celého systému (dítě, rodina, škola). Stručně je “začarovaný kruh” (Pokorná 2002) možno vyjádřit ve třech základních okruzích problémů, které se stále prohlubují a stále více narušují vzájemné vztahy zúčastněných i obtíže dítěte.

1. Neúspěch, který se dostavil (obtíže ve čtení, psaní, počítání) nikdo nečekal. Učitel, rodiče pomáhají, neúspěch snižuje sebejistotu dítěte, současně působí na sociální vztahy (spolužáci, učitel, rodiče).
2. Dítě prožívá nezdary, které vidí všichni v okolí, na něž začíná reagovat, začíná být plaché. Rodiče i učitel jsou zklamáni, dávají to najevo, u dítěte se začínají projevovat poruchy chování.
3. Dítě se dostává do situace a konfliktů, které nedokáže řešit. Zaostává za ostatními, nechápe novou látku. Propadá panice, co se jeden den naučilo, druhý den neví. Prohlubuje se strach, který je příčinou dalších neúspěchů. Zvyšují se tlaky z okolí, dítě je bezmocné, bezmocní jsou i učitelé a rodiče. Dítě má mezery v učivu, selhává. Silně se narušují vztahy všech zúčastněných. Dítě se dostává do bludného kruhu, a pokud mu není včas poskytnuta pomoc, mohou jeho problémy vytvořit základ pro rozvoj poruch chování, které se stávají záležitostmi etopedickou (viz kapitola v tomto učebním textu).

Je tedy nutné, aby každý učitel pochopil podstatu specifických poruch učení, dokázal včas rozpoznat příznaky těchto obtíží, uměl je diagnostikovat a hlavně včas doporučil rodičům dítěte odborné vyšetření v pedagogicko psychologické poradně, kde bude odborně zjištěna příčina obtíží a doporučeno řešení.

Shrnutí

Lidé s určitým druhem zdravotního nebo sociálního postižení, oslabení potřebují pro rozvoj osobnosti, vzdělávání začlenění do společnosti, podporu respektující jejich možnosti (vzhledem k postižení) i jejich individuální zvláštnosti. Proto, aby se mohli zdárně rozvíjet a být součástí společnosti, v níž žijí, potřebují milující informované rodiče a partnery, vzdělané chápající učitele vybavené znalostmi o podstatě jejich postižení. Ty jsou významné i v komunikaci s rodinou, odbornými (poradenskými) pracovišti. Důležitým prvkem jednání s lidmi (žáky) se specifickými (speciálními) potřebami je empatie, úcta k člověku a nároky odpovídající jejich možnostem.

Pojmy k zapamatování

ADHD,
autismus,
dysgrafie,
dyskalkulie,
dyslexie,
dysortografie,
etopedie,
chronická onemocnění,
kombinované postižení,
logopedická péče,
logopedie,
mentální retardace,
narušená komunikační schopnost,
neslyšící,
oftalmopedie,
pohybové vady,

poruchy chování,
psychopedie,
sluchové vady,
somatopedie,
specifické poruchy učení,
surdopedie,
zrakové vady.

Kontrolní úkoly a otázky

1. Uveďte klasifikaci (obory) speciální pedagogiky.
2. Charakterizujte specifické poruchy učení a chování.
3. co je cílem surdopedie a co je předmětem její péče?
4. Který obor speciální pedagogiky se zabývá narušenou komunikační schopností a co je jeho cílem?
5. Je ve vašem okolí nějaký člověk se zdravotním postižením? Jak toto postižení ovlivňuje jeho kontakty se spolužáky, spoluobčany?

Literatura

1. KUCHARSKÁ, A. (ed.) *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 1996.* Praha: Portál 1997
2. LECHTA, V. (ed.) *Základy inkluzivní pedagogiky. Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole.* Praha: Portál, 2010.
3. MATĚJČEK, Z. *Dyslexie – specifické poruchy čtení.* Jinočany: H+H, 1993
- 4.. PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido 2006. ISBN 80-7315-120-0
5. POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9
6. VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální.* Brno: Paido 2004. ISBN 8-7315-071-0)
7. VOJTOVÁ, V. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti.* Brno: MU, 2010.
8. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení. Specifické poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností.* Praha: Portál, 2003.

3 Vzdělávání žáků se speciálními potřebami

Cíl

Cílem předložené kapitoly je v úvodu charakterizovat žáka se speciálními vzdělávacími potřebami z hlediska jeho základního vzdělání a jeho prvotního profesionálního zaměření. Dále pak objasnit variabilitu vývoje žáků se speciálními potřebami a podmínky jejich středoškolského vzdělávání formou individuální či skupinové integrace nebo vzdělávání ve speciální střední škole, možnosti uplatnění absolventů na trhu práce.

Průvodce studiem

Při studiu této kapitoly nejdříve zjistíte, jak se vaši žáci vzdělávali před nástupem do střední školy a kdo je podpořil při volbě střední školy. Dále bude následovat rozbor osobnostních specifik a vzdělávacích potřeb vybraných skupin žáků (studentů) se speciálními potřebami včetně některých doporučení pro jejich vzdělávání. Získáte podněty pro komunikaci s těmito žáky, jejich hodnocení, řešení jejich výukových obtíží. Doporučena vám bude další studijní literatura, která vám umožní řešit vzdělávací situaci ve vaší třídě, u konkrétního žáka. Dozvíte se také o některých úskalích uplatnění absolventů se speciálními potřebami v pracovním procesu.

3.1 Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami

Podmínky pro základní vzdělávání žáků se specifickými (speciálními) potřebami jsou stanoveny v ČR ve „Školském zákonu“ (561/2004 Sb.) a v navazujících vyhláškách (kap. 1.). Tento legislativní rámec je odezvou na integrativní/inkluzivní snahy v celosvětovém rámci, tedy i v ČR (kap. 1.). Proto se integrační trendy ve vzdělávání postupně stávají záležitostmi všech škol a školských zařízení u nás. Z hlediska vzdělávání hovoříme o jedincích se specifickými potřebami jako o **žácích se speciálními vzdělávacími potřebami**. Za ně jsou dle platné legislativy považováni **žáci se zdravotním postižením** (tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním, autismem, vadami řeči, souběžným postižením více vadami, specifickými poruchami učení nebo chování). Patří mezi ně také **žáci se zdravotním znevýhodněním – zdravotně oslabení dlouhodobým onemocněním a lehčími zdravotními poruchami** (vedou k poruchám učení a chování) a dále **žáci se sociálním znevýhodněním** (z rodin s nízkým sociokulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, žáci s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a žáci v postavení azylantů a účastníků řízení o udělení azylu). Do skupiny žáků se speciálními vzdělávacími potřebami patří také **žáci nadaní a mimořádně nadaní**.

Ne tomto místě doporučujeme pečlivé prostudování školského zákona, vyhlášky 73/2005 Sb., zákona 109/2002 Sb. a pokusit se definovat zvláště pojmy.

V současné době se v odborných pramenech vyskytují úvahy o tak zvané „**Dvojí výjimečnosti**“. Tyto prameny poukazují na výskyt mimořádného nadání

u dětí, žáků, u nichž bylo současně diagnostikováno zdravotní postižení či zdravotní oslabení. Více informací najdete: <http://www.rvp.cz/clanek/112/22>; www.nadanedeti.cz.

Pro účely vzdělávání je nejprve potřeba zjistit, kdo je žákem se speciálními vzdělávacími potřebami. Ve vyhledávání (depistáži) a diagnostice a následné podpoře žáků zaujímá významné místo **školní poradenské pracoviště** (psycholog, speciální pedagog, výchovný poradce). Odbornou poradenskou péči zajišťují **pedagogicko – psychologické poradny (PPP) a speciálněpedagogická centra (SPC)**. Tato pracoviště mimo jiné vypracovávají **doporučení k integraci žáka nebo jeho zařazení do jiné formy vzdělávání**. Zařazování dítěte (žáka) do určitého typu školského zařízení podléhá **rozhodnutí zákonných zástupců žáka** (více vyhláška č. 72/2005 Sb.) poradenským zařízením zabývajícím se řešením poruch chování jsou dle zák. 109/2002 Sb. **střediska výchovné péče (SVP)**. Na základě doporučení školského poradenského zařízení (PPP, SVP, SPC) může ředitel školy povolit vypracování **individuálního vzdělávacího plánu** (vyhláška č. 73/2005 Sb.) mimořádně nadanému žákovi, žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami a ve středním nebo vyšším odborném vzdělávání i z jiných závažných důvodů. Pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením vytváří škola dále takové podmínky, aby bylo naplňováno jejich právo na vzdělání. K těmto podmínkám patří právo užívat při vzdělávání bezplatně **speciální učebnice, speciální didaktické a kompenzační pomůcky**, které jim poskytuje škola. Pro žáky s těžkým zrakovým postižením se umožňuje vzdělávání s využitím **Braillova hmatového písma**. Žáci, kteří se nemohou dorozumívat mluvenou řečí mají právo se vzdělávat bezplatně prostřednictvím **náhradních způsobů dorozumívání** (alternativní – např. znakový jazyk, augmentativní – podporovaná komunikace). Pro žáky (studenty) se zdravotním postižením je možno zřizovat školy, třídy v rámci školy, oddělení, studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. Žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami či s autismem mají právo se vzdělávat v **základní škole speciální**. V pravomoci ředitele školy je zřídit funkci **asistenta pedagoga** ve třídě, v níž se vzdělává žák se speciálními vzdělávacími potřebami. K uplatnění uvedených práv žáka se speciálními vzdělávacími potřebami je nutné vyjádření **školského poradenského zařízení** (PPP, SPC, SVP).

S ohledem na současné, stále více se prosazující inkluzivní tendence v našem školství si uvědomujeme, že jde o člověka, dítě, žáka, ne o zdravotní postižení. Také se stále více prosazuje myšlenka, že speciální výchovné, vzdělávací potřeby má vlastně každý žák a že „*se tedy inkluzivní pedagogika zaměřuje na všechny děti ve společné inkluzivní realitě*“, jak uvádí Lechta (2010, s. 23). Současně si však musíme uvědomit, podle Bartoňové a Vítkové (In: PIPEKOVÁ, J. et.all. 2010, s. 10):

„5 až 10 % dětí a žáků z příslušného populačního ročníku vyžaduje speciální intervenci – speciálněpedagogickou podporu poskytovanou v běžných školách a školských zařízeních a 1 až 5 % dětí a žáků z příslušného populačního ročníku vyžaduje speciální programy“.

Těmto dětem je potřeba poskytnout nejen vhodné podmínky pro jejich osobnostní vývoj a socializaci jako všem dětem, ale navíc jim poskytnout podporu s ohledem na jejich potřeby speciální, realizované obvykle ve speciálních školách a speciálních zařízeních.

Děti a žáci se zrakovým postižením a děti nevidomé potřebují podporu při poznávání prostředí v němž žijí, pro ně i pro rozvíjení jejich orientace a možnosti

samostatného pohybu je významná podpora motoriky. Pro schopnost samostatného života těchto dětí je významný nácvik orientace ve známém prostředí a nácvik běžných denních činností, potřebují speciální nácvik v samostatném používání veřejné dopravy. Pro vzdělávání je významná speciální podpora při rozvíjení komunikace, naučit je Braillovo písmo, psaní na počítači s braillovým řádkem. Pro těžce zrakově postižené dítě je obtížné rozeznávat a chápat reakce sociálního prostředí a vyrovnat se s nimi. Proto je v jejich výchově významná speciální podpora v sociálním učení, což jim usnadní zvládnutí běžných životních situací.

Speciální podpora při rozvíjení komunikace je nutná u dětí a žáků se sluchovým postižením a neslyšících. Včasná intenzivní péče se zaměřuje na rozvoj řečové komunikace a užívání znakové řeči, na využívání prostředků komunikace pro navazování sociálních vztahů se slyšícími osobami i lidmi se sluchovým postižením. Ty jsou pro děti se sluchovým postižením stejně významné. Intenzivní podpora při navazování a rozvíjení sociálních vztahů, pomoc při řešení obtížných komunikačních situací, pozitivně ovlivňuje rozvoj osobnostních vlastností dítěte.

Bezvýhradně individuální speciální podporu je při výchově a vzdělávání nutné poskytnout dětem a žákům slepohluchým. K rozvoji jejich řeči se užívá např. Lormova ruční a prstová abeceda.

Za děti a žáky s výraznými obtížemi v učení považují Bartoňová a Vítková (In: PIPEKOVÁ, J. et al. 2010, s. 11) ty děti, které „*zažily vývojově nepříznivé podmínky v důsledku sociokulturního znevýhodnění, bídy, sociálního vyřazení nebo psychosociálního traumatu*“. U těchto dětí je nutno vytvořit podmínky pro učení, motivovat je úspěchem, učit je spolupracovat při plnění běžných úkolů a povinností. Tak se naučí s podporou zvládat různé sociální situace. To je důležitým předpokladem jejich uplatnění v dospělém životě.

Obtíže dětí a žáků s řečí nejsou považovány za příliš závažné překážky v jejich výchově a vzdělávání. Děti s narušenou komunikační schopností však potřebují včasnou a účinnou odbornou pomoc při komunikaci v běžném životě i v učení, aby se cítily dobře v jednání s ostatními dětmi i dospělými, aby dokázaly správně formulovat své myšlenky, dát najevo svůj názor.

Problémy v komunikaci s okolím, problémy v učení, se vyskytují též u dětí a žáků s poruchami chování. U nich byly zjištěny určité odchylky v sociální a emocionální oblasti. Proto potřebují podporu při rozvíjení komunikativních kompetencí. S touto podporou se učí chápat a prožívat city své i druhých lidí, učí se spolupracovat na společných úkolech a tak získávají jistotu v jednání, budují si vztahy ke spolužákům i dospělým.

Výraznou podporu při utváření vztahů s ostatními lidmi, ve škole s učiteli a spolužáky, potřebují děti a žáci s poruchami autistického spektra. S ní souvisí vytvoření pro ně srozumitelných podmínek, srozumitelného jednání, což vede k rozvíjení komunikace těchto dětí, zlepšení podmínek pro jejich učení.

Vytváření optimálních podmínek pro děti a žáky se středně těžkým a těžkým mentálním postižením se odvíjí od jejich individuálních vlastností a potřeb. Obecně lze říci, že pro to, aby si mohli osvojit pojmy, dovednosti pro běžný život, potřebují

bezpečné, přátelské prostředí, cílevědomé odborné vedení. S ohledem na jejich individualitu se u nich rozvíjí hlásková nebo znaková řeč, vytvářejí se podmínky pro výuku základů čtení a psaní.

Komplexní odbornou péči a podporu potřebují děti a žáci s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami. Pro jejich další život jsou důležité vlastní zkušenosti z různých oblastí běžného života. Ty mohou získávat pouze ve vztazích s přátelskými osobami, které jim poskytují ve známém prostředí emocionální a fyzické podněty a reagují současně na projevy dítěte. Hlavním předpokladem pro jejich učení, včetně rozvoje komunikativních dovedností, je ulehčení pohybu a střídání poloh.

Inkluzivní vzdělávání je vhodné pro mnohé z dětí a žáků s tělesným postižením, jsou-li vytvořeny optimální podmínky ve škole včetně potřebné pedagogické podpory. S ohledem na své pohybové postižení potřebují tyto děti včasnou speciální podporu pro usnadnění pohybu. Při něm se učí komunikovat, manipulovat s předměty, hrát si a také se později učí psát, tvořit. Mohou-li se pohybovat, postupně se dostanou tam, kam potřebují, mohou se obsloužit, tedy se stávají postupně méně závislé na cizí pomoci. To přispívá k samostatnosti v rozhodování o sobě, což samozřejmě ovlivňuje citovou sféru, sebehodnocení člověka, jeho osobnostní zrání. (Bartoňová, Vítková, In: PIPEKOVÁ, J. et al. 2010).

Z uvedených skutečností vyplývá, že cílem speciálně-pedagogické podpory je maximální rozvoj osobnosti dětí, žáků s postižením, narušením, s ohrožením a optimální stupeň jejich socializace. Jde však nejen o výše uvedené děti a žáky, ale též o žáky se specifickými poruchami učení a poruchami chování, kteří tvoří mezi integrovanými žáky početně významnou skupinu. Současně je však nutné si uvědomit, že potřebná míra speciálněpedagogické podpory je významně ovlivněna individuálními faktory, materiálními a sociálními podmínkami prostředí, v němž žijí. Lidé s určitým druhem zdravotního nebo sociálního postižení, nebo oslabení, potřebují pro rozvoj osobnosti, vzdělávání začlenění do společnosti, podporu respektující jejich možnosti (vzhledem k postižení) i jejich individuální zvláštnosti. Proto, aby se mohli zdárně rozvíjet a být součástí společnosti, v níž žijí, potřebují milující informované rodiče a partnery, vzdělané chápající učitele vybavené znalostmi o podstatě jejich postižení. Ty jsou významné i v komunikaci s rodinou, odbornými (poradenskými) pracovišti. Důležitým prvkem jednání s lidmi (žáky) se specifickými (speciálními) potřebami je empatie, úcta k člověku a nároky odpovídající jejich možnostem.

V dalším textu jsou uvedeny podmínky, důležité pro inkluzivní vzdělávání žáků, dále poznámky k projevům těchto žáků, jejich potřebám a naplňování těchto potřeb. Zabýváme se problematikou žáků základních i středních škol, s ohledem na současnou terminologii je používán pojem žák se speciálními vzdělávacími potřebami.

Ustanovení, týkající se dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, obsahuje vyhláška č. 73/2005 Sb. Základním ustanovením je (§ 1 odst.1), že se jejich vzdělávání „uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření“. Dále se v § 1 , odst.2 stanoví, co se rozumí vyrovnávacími opatřeními. Zdůrazňuje se v něm „využívání

pedagogických, popřípadě speciálně pedagogických metod a postupů, poskytování individuální podpory využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga“ . Podpůrná opatření specifikuje § 1 odst. 3, týkají se vzdělávání žáků se zdravotním postižením a také žáků mimořádně nadaných (§ 1, odst.4). Nejvyšší míra podpůrných opatření dle odst.5 § 1 vyhlášky náleží:

„žákům s těžkým zdravotním postižením, jimiž jsou žáci s těžkým zrakovým postižením, s těžkým sluchovým postižením, s těžkým tělesným postižením, s těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým nebo středně těžkým, těžkým či hlubokým mentálním postižením“ .

V odst.6 § 1 vyhlášky je stanoveno, kdo je pro účely poskytování vyrovnávacích opatření podle odst.2 žákem, který se považuje za žáka se sociálním znevýhodněním.

Část druhá vyhlášky č.73/2005 Sb. se zabývá speciálním vzděláváním. V § 2 vyhlášky jsou stanoveny zásady a cíle speciálního vzdělávání. Pro poradenskou praxi je zvláště významný § 3 vyhlášky, který stanoví formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením. Za prvořadou je považována individuální integrace těchto žáků uskutečňovaná v běžné škole nebo v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Druhou možností je forma skupinové integrace, v jejímž rámci se tito žáci mohou vzdělávat ve skupině, třídě, oddělení, zřízeném v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem postižení. Důležitý je odst. 5 § 3 vyhlášky, který stanoví, že se žák bez zdravotního postižení nevzdělává podle programu určeného žákům se zdravotním postižením. Odstavec 5 § 3 vyhlášky se vyjadřuje k podmínkám, za nichž se může žák bez zdravotního postižení vzdělávat v (odst. 3 § 3) uvedených třídách. V tomto případě jde o *žáky se zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním*.

Pro plnění úkolů školního poradenského pracoviště jsou důležité poznatky o individuálním vzdělávacím plánu (§ 6 vyhlášky 73/2005 Sb.). Pro vzdělávání žáků sledované skupiny jsou důležitá ustanovení týkající se typů speciálních škol (§ 5), asistenta pedagoga (§ 7), organizace speciálního vzdělávání (§ 8), počtu žáků (§ 10), péče o bezpečnost a zdraví žáků (§ 11). Z hlediska poradenské činnosti je možno považovat § 9 vyhlášky 73/2005 Sb., týkající se zařazování žáků se zdravotním postižením do speciálního vzdělávání za velmi významný. Do něho lze žáka zařadit jen

- na základě písemného doporučení poradenského zařízení, které obsahuje návrh podpůrných opatření,
- po projednání se zákonným zástupcem žáka nebo zletilým žákem, po přiměřeném poučení nezletilého žáka.

Závazné je srozumitelné poučení zákonného zástupce (zletilého žáka) podle přílohy k vyhlášce 73/2005 Sb. Tomuto poučení předchází pečlivá příprava náplně jednotlivých bodů přílohy. Poučení respektuje specifika potřeb žáka, musí být zcela srozumitelné, je nutné se připravit na dotazy zákonných zástupců či zletilých žáků, při rozhovoru si ověřovat, zda poučení porozuměli, teprve poté poučení ověřit svým podpisem. Než rodiče, zletilý žák, stvrdí prohlášení podpisem, je vhodné, znovu obsah prohlášení probrat zvláště v případě, že se jedná o zákonné zástupce a zletilé žáky – občany se zdravotním postižením, zdravotním nebo sociokulturním

znevýhodněním (např. nevidomí, neslyšící, mentálně postižení, cizinci, atd.). Výše uvedený vyplněný formulář se považuje za informovaný souhlas, udělený podepsaným zákonným zástupcem, zletilým žákem.

Důležitý je 2. odst. § 9, který se vyjadřuje k možnosti průběhu a trvání diagnostického pobytu ve speciálním vzdělávání, po jehož dobu zůstává žák žákem původní školy. Dále 3. odst. § 9, který stanoví úkoly poradenského zařízení, dojde-li k významné změně speciálních vzdělávacích potřeb žáka.

U žáků se zdravotním postižením, zdravotním a sociálním znevýhodněním na druhém stupni základní školy a při přechodu na střední školu musíme mít na zřeteli jejich vývojová specifika. Psychologové upozorňují na některé krizové faktory vyplývající z bouřlivé proměny těla, objevování nových horizontů mimo rodinu, s nímž souvisí i mnoho nových, dosud neznámých prožitků a pochybování o sobě, své rodině, touha po svobodě. To prožívá i mladý člověk se zdravotním postižením nebo zdravotním oslabením a vše ještě intenzivněji, rozporuplněji. Jsou tu problémy související se vzhledem, sníženou možností osamostatnění i potíže mladého člověka, který není viditelně postižený, ale nemůže dosáhnout vytčených cílů např. pro specifické poruchy učení či poruchy komunikace, byť částečně kompenzované. S žáky (studenty) se specifickými poruchami učení se setkáváme ve středních školách častěji než se žáky s jiným druhem zdravotního postižení, oslabení.

3.2 Základní vzdělávání

Základní vzdělávání žáků se speciálními potřebami je v ČR součástí základního vzdělávání všech dětí (žáků) a je stanoveno jako **povinné po dobu trvání devíti let**. **Nástup školní docházky** může být na základě žádosti rodičů a doporučení školského poradenského zařízení nebo lékaře **odložen** maximálně do věku 8 let dítěte. Na prvním stupni základní školy může být povoleno **individuální vzdělávání**. Pro děti s **hlubokým mentálním postižením** je stanoven na základě doporučení PPP, SPC odborného lékaře takový způsob vzdělávání, který odpovídá jejich duševním a fyzickým možnostem. Jek je zřejmé, mají právo na vzdělání všechny děti i ty, které byly dříve považovány za „nevzdělatelné“.

Cíle základního vzdělávání jsou stanoveny v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání (RVPZV), který je vybaven přílohou, týkající se vzdělávání žáků s mentálním postižením. Jedním z významných prvků je stanovení **klíčových kompetencí**, jichž má žák dosáhnout při absolvování základního vzdělávání. U žáka s lehkou mentální retardací je například kladen důraz na klíčové kompetence **komunikativní, sociální a personální a pracovní**.

Všichni žáci, tedy i žáci se speciálními potřebami, mohou získat základní vzdělání, které je předpokladem pro další vzdělávání, několika způsoby. V první řadě je to základní vzdělání v **základní škole**, dále v **nižším stupni osmiletého gymnázia a osmiletého programu konzervatoře**. Možné je získat základní vzdělání také v **kurzu pro získání základního vzdělání**, který organizují vybrané základní nebo střední školy. **Základy vzdělání** získá absolvent programu základního vzdělávání v **základní škole speciální**.

Před zahájením povinné školní docházky může obec nebo kraj zřizovat **přípravné třídy** pro děti **sociálně znevýhodněné**, nebo pro děti, u nichž je předpoklad, že se jejich vývoj za 1 rok v přípravné třídě vyrovná a budou se moci vzdělávat v základní škole.

Základní vzdělávání v základní škole se člení do dvou stupňů: první stupeň 1. – 5. ročník, druhý stupeň 6. – 9. ročník a trvá devět let. **Žáci se zdravotním postižením**, kteří se vzdělávají ve třídách nebo školách s upraveným vzdělávacím programem se mohou se souhlasem ministerstva školství vzdělávat 10 let (1. – 6. ročník a 7. – 10. ročník).

Volba přípravy na povolání by měla být v první řadě ovlivněna zdravotními předpoklady žáka, dále schopnostmi zjišťovanými v přijímacím řízení a také zájmem uchazeče ovlivňovaným společenskými podmínkami, v nichž žije. Z hlediska práva na vzdělání má však každý absolvent základního vzdělávání právo volit středoškolské vzdělání podle svého zájmu a vyhoví-li přijímacím podmínkám a kapacitě toho kterého školského zařízení, má být ke studiu přijat. Je proto velmi obtížné přesně stanovit, s kterými žáky se zdravotním postižením, zdravotní oslabením či sociálním znevýhodněním se učitel v konkrétní střední škole setká. Proto budeme dále charakterizovat některé skupiny žáků, u nichž to předpokládáme. V první řadě to budou žáci se specifickými poruchami učení a chování, žáci se sociálním znevýhodněním, dále žáci s tělesným postižením, sluchovým postižením a žáci s lehkou mentální retardací. Vyskytnout se mohou i žáci s narušením komunikačních schopností a žáci s autismem (bez mentální retardace – Aspergerův syndrom).

Žáci se specifickými poruchami učení, poruchami chování, se sociálním znevýhodněním někteří s narušenou komunikační schopností a zmíněným autismem obvykle absolvují základní školu v běžné třídě jako **individuálně integrovaní žáci** s využitím podpory poradenského pracoviště, individuálního vzdělávacího plánu, podpory zaměřené na reedukaci a kompenzaci obtíží. Je však třeba upozornit na skutečnost, že jejich obtíže v učení a chování mohou být sice částečně odstraněny, ale také mohou přetrvávat do dospělosti, znovu se objevit v souvislosti s nároky na jejich psychiku.

Žáci s tělesným postižením se vzdělávají v:

- základních školách pro tělesně postižené
- základních školách při zdravotnických zařízeních
- mohou být integrováni do běžných základních škol či víceletých gymnázií.

Vzdělávají se, pokud není přidruženo mentální postižení podle programu školy s využitím individuálního vzdělávacího plánu. Dodrženy musí být podmínky pro vzdělávání, které budou zmíněny v souvislosti se středoškolským vzděláváním.

Žáci se zrakovým postižením se vzdělávají v:

- základních školách pro zrakově postižené
- mohou být integrováni do běžných základních škol či víceletých gymnázií.

Pro jejich vzdělávání je potřeba vytvořit podmínky, které jsou individuálně odlišné a musí odpovídat druhu a stupni postižení žáka.

Žáci se sluchovým postižením se vzdělávají v:

- běžných základních školách, pokud jsou vytvořeny nezbytné podmínky, které musí odpovídat stupni a druhu jejich postižení
- školách pro žáky se sluchovým postižením.

Volba základní školy probíhá s ohledem na věk, kdy byla u dítěte sluchová vada diagnostikována a přiděleno sluchadlo, což ovlivňuje možnosti v rozvíjení řeči. Sledovány jsou komunikační schopnosti dítěte (rozvoj řeči, odezírání, obsahová i formální stránka řeči, nebo převážné používání znakové řeči). Důležitou úlohu zde hrají rodiče dítěte.

Žáci s narušením komunikačních schopností. Logopedická intervence se v současné době realizuje v ČR ve třech resortech: **resortu školství, zdravotnictví a resortu práce a sociálních věcí.** Péče je poskytována dětem předškolního věku, žákům v rámci základního vzdělávání. Rodiče mohou vyhledat pomoc ve školských poradenských zařízeních (PPP, SPC). V resortu zdravotnictví se poskytuje péče mladistvým i dospělým na různých logopedických pracovištích státních i privátních, ambulantních i při lůžkových odděleních, léčebnách dlouhodobě nemocných, v lázních. V resortu práce a sociálních věcí se poskytuje logopedická péče v ústavech sociální péče.

Žákům základních škol se tedy poskytuje logopedická péče ve školství a zdravotnictví. Žákům se symptomatickými poruchami řeči v rámci speciálního školství dle druhu zdravotního postižení (sluchové, tělesné, mentální postižení – základní škola praktická a speciální). Ostatním v základní škole logopedické, v logopedických třídách při základních školách, ve speciálních třídách pro žáky s poruchami učení. Program těchto škol a tříd odpovídá vzdělávání v běžné základní škole. Je v nich při nižším počtu žáků ve třídách zabezpečena **individuální a skupinová logopedická péče**, která prolíná celým vyučovacím procesem. V souladu s RVZP-ZV je zvýrazněn rozvoj komunikačních kompetencí žáků, minimalizování důsledků komunikačního narušení ve vztahu k rozvoji osobnosti žáka a jejich školní práci (Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007).

I při uvedené péči přetrvávají u absolventů základní školy některá komunikační narušení, které mohou ovlivňovat volbu studijního oboru na střední škole, volbu budoucího povolání. U žáků střední školy se setkáte např. s patlavostí (dyslalií), koktavostí (balbuties) a breptavostí (tumultus sermonis). Absolventi základní školy se specifickými poruchami učení mohou mít obtíže zahrnující jak formální tak obsahovou stránku řeči, která se promítá **do řeči psané** (dyslexie, dysortografie).

Žáci se specifickými poruchami učení se vzdělávají se speciálně pedagogickou podporou v běžné škole. Tu poskytuje škola nebo poradenské zařízení (PPP, SPC), které poruchu diagnostikovalo. Vzdělání se realizuje formou **individuální integrace** s možností vytvoření individuálního vzdělávacího plánu nebo ve **speciální třídě základní školy.** Významné je vycházet ze silných stránek dítěte, motivace úspěchem a podpory rodiny.

Žáci s poruchami chování se vzdělávají v:

- základních školách (v běžných třídách)
- speciálních třídách základní školy

- v základních školách praktických (pro žáky s lehkou mentální retardací)
- speciálních školských zařízeních pro žáky s poruchami chování (viz 2. kap.; zákon 109/2002 Sb.).

Jsou to žáci, kteří nerespektují některé normy chování, jsou impulzivní, snadno unavitelní, nepřizpůsobiví. Školské zařízení se volí s ohledem na jejich předpoklady k učení. Ve vztahu k nim se také setkáváme s pojmem „**žák s problémovým chováním**“. Tento žák z hlediska chování, výkonů nesplňuje očekávání učitele. Svým chováním se dlouhodobě vymyká normě, nadměrně zatěžuje své učitele, vyžaduje jejich stálou pozornost. Svými projevy obtěžuje, případně ohrožuje své spolužáky.

Žáci s mentálním postižením absolvují podle stupně vývoje rozumových schopností v:

- základní škole praktické (pro žáky s lehkou mentální retardací, v odůvodněných případech se v ní vzdělávají i žáci se zdravotním a sociálním znevýhodněním, s diagnózou autismus nebo žáci postižení více vadami). Žáci s lehkou mentální retardací mohou být integrováni i v běžné základní škole formou skupinové výuky za podpory individuálního vzdělávacího plánu;
- základní škole speciální (pro žáky se středně těžkým, těžkým, případně hlubokým postižením). Žáci postižení více vadami v kombinaci s mentálním postižením mají vypracován rehabilitační vzdělávací program.

Žáci sociálně znevýhodnění se vzdělávají ve všech typech škol zabezpečujících základní vzdělávání. Sociální prostředí, z něhož pocházejí se vyznačuje nízkou sociokulturní úrovní (sociokulturní handicap, méně podnětné rodinné prostředí). Mezi tyto žáky se často řadí žáci z kulturně a jazykově či sociálně odlišného prostředí než je to, v němž vyrůstají žáci pocházející z majoritní populace. Jde o žáky z menšin, které u nás žijí nebo se k nám dostávají v rámci migrace (např. azylanti). V základní škole se těmto dětem vytvářejí podmínky ve formě individuální nebo skupinové péče, pomoci asistenta, spolupráce s psychologem a speciálním pedagogem – etopedem, pravidelné komunikace. Podpory se těmto žákům dostává zejména ze strany učitele, který se obvykle nemůže spoléhat na spolupráci rodiny. Ke vzdělávání těchto dětí se vyjadřuje RVPZV, zabývá se jím též sociální pedagogika.

Volba přípravy na povolání by měla být v první řadě ovlivněna zdravotními předpoklady žáka, dále schopnostmi zjišťovanými v přijímacím řízení a také zájmem uchazeče ovlivňovaným společenskými podmínkami, v nichž žije. Z hlediska práva na vzdělání má však každý absolvent základního vzdělávání právo volit středoškolské vzdělání podle svého zájmu a vyhoví-li přijímacím podmínkám a kapacitě toho kterého školského zařízení, má být ke studiu přijat. Je proto velmi obtížné přesně stanovit, s kterými žáky se zdravotním postižením, zdravotní oslabením či sociálním znevýhodněním se učitel v konkrétní střední škole setká. Proto budeme dále charakterizovat některé skupiny žáků, u nichž to předpokládáme. V první řadě to budou žáci se specifickými poruchami učení a chování, žáci se sociálním znevýhodněním, dále žáci s tělesným postižením, sluchovým postižením a žáci s lehkou mentální retardací. Vyskytnout se mohou i žáci s narušením komunikačních schopností a žáci s autismem (bez mentální retardace – Aspergerův syndrom).

Uvědomělé rozhodování o přípravě na budoucí povolání je významným prvkem vzdělávání žáků se zdravotním postižením, zdravotním a sociálním znevýhodněním. Vzhledem k vývojovým odlišnostem, specifikům ve vyzrání osobnosti, zdravotním omezením se vyskytuje řada problémů, které je potřeba v této souvislosti řešit a které ztěžují proces profesionální orientace. Rozhodující v tomto případě je obvykle názor rodičů závislý na stylu rodinné výchovy v té které rodině. Žák sám má často dětinská (infantilní) přání a tak rodiče rozhodnou často bez ohledu na možnosti (schopnosti) dítěte. Na druhé straně rodinná podpora (např. zaměstnání v rodinné firmě) může být pro žáka velmi perspektivní. Proces profesionální orientace je i z těchto důvodů procesem dlouhodobým, vyžadujícím odbornou podporu. Ta je jedním z úkolů školských poradenských zařízení, jimiž jsou pedagogicko – psychologické poradny (PPP) a speciálněpedagogická centra (SPC), která disponují potřebným informačním aparátem i potřebnými diagnostickými prostředky pro doporučení budoucího studia. Nejbližší jsou žákům v základním vzdělávání pracovníci školních poradenských pracovišť:

3.3 Žáci se speciálními potřebami, specifika jejich edukace

Před započítím studia tohoto problému doporučujeme studentům, aby si připomněli:

- jaký je současný legislativní rámec pro základní, střední a vyšší odborné vzdělávání v ČR,
- které dokumenty se zabývají vzděláváním žáků se speciálními vzdělávacími potřebami,
- vývoj osobnosti člověka v období dospívání (vývojová psychologie).

Psychologové upozorňují na některé **krizové faktory** (např. v období dospívání) vyplývající z bouřlivé proměny těla, objevování nových horizontů mimo rodinu, s nímž souvisí i mnoho nových dosud neznámých prožitků a s nimi související pochybování o sobě, své rodině, touha po svobodě. To vše prožívá i mladý člověk se zdravotním postižením nebo zdravotním oslabením a vše ještě intenzivněji, rozporuplněji. Jsou tu problémy související s vzhledem, sníženou možností osamostatnění i potíže mladého člověka, který není viditelně postižený, ale nemůže dosáhnout vytčených cílů například proto, že trpí specifickými poruchami učení či poruchami komunikace, byť částečně kompenzovanými. S žáky (studenty) se specifickými poruchami učení se setkáte v základních i středních školách nejčastěji.

Žáci (studenti) se specifickými poruchami učení

Dále uvedené podněty se uplatní jak na druhém stupni základní školy, tak ve střední škole.

Žák, který začne studovat střední školu, může již vstoupit do přijímacího řízení s doporučením PPP, SPC a jeho specifické poruchy učení jsou zohledněny. Pokud žák začíná studovat s **doporučením k integraci** a doporučením k vypracování **individuálního vzdělávacího plánu**, vypracovávají učitelé na základě rozhodnutí ředitele tento plán pro určené předměty. Někteří žáci mají také možnost být na základě doporučení poradenského pracoviště zohledněni z hlediska svých speciálních potřeb. Je na místě upozornit na skutečnost, že individuální vzdělávací

plán je jakousi smlouvou mezi školou (učiteli), zákonnými zástupci žáka a žákem samým, který stanovuje práva a povinnosti všech zúčastněných (tedy i žáka). Povinnosti žáka (studenta) musí být stanoveny tak, aby je mohl i při svém zdravotním oslabení splnit. Do střední školy však nastoupí i řada žáků, u nichž nebyly dosud diagnostikovány specifické poruchy učení, jejich možnost odhalí informovaný učitel, který rozpozná rozpor mezi celkovými schopnostmi žáka (studenta) a jeho výraznými nedostatky např. v pravopisu, porozumění matematickým příkladům, čitelnosti písma apod. Zde je na místě spolu s výchovným poradcem doporučit rodičům žáka vyšetření v PPP. Tato situace může nastat u žáků s nadprůměrnými schopnostmi, kteří bez větších obtíží „zvládali“ průměrně nároky základní školy. Ve střední škole se setkáme i s žáky, kteří nechtějí být „označeni“ za studenty a problémy a raději trpí.

U dospívajících žáků (studentů) se při diagnostice v odborném poradenském zařízení postupuje takto:

1. **Psychologické vyšetření** – stanovení intelektových schopností studenta. Zde se osvědčilo používání ústně prezentovaného testu – Wechslerova souboru pro dospělé – WAIS-R.

2. **Speciálně pedagogické vyšetření** obsahuje analogové zkoušky používané u dětí na ZŠ, rozdíl je v jejich vyšší náročnosti. Ve zkoušce **čtení** se zadává text Krtek a Latyš. Na střední škole je třeba vzít v úvahu kvantitativní i kvalitativní úroveň čtení ve vztahu k úrovni střední školy. Specifické normy pro jednotlivé typy škol nám pomohou objasnit pozici studenta v konkrétním konkurenčním prostředí dané střední školy. **Diktátem či přepisem** textu se zjišťuje celková sociální únosnost psaného projevu, chyby se vyhodnocují kvalitativně i kvantitativně pro danou skupinu. Při zjišťování senzomotorické koordinace je důležité se ptát na vztah ke sportovním aktivitám apod. Důležité je také posouzení **laterality a logopedické vyšetření** včetně **zjištění úrovně jazykového citu**. Pro vyšetření sluchové percepce je sestavena náročnější verze než se běžně používá u dětí. K posouzení zrakové percepce se používá **subtestu z BTZS** (Baterie testů základních schopností), které primárně měří korektorskou schopnost, tj. schopnost postihnout drobné detaily na slovním nebo číslíkovém materiálu, schopnost vyhnout se chybám percepčního charakteru a odhalit rozdíly mezi originálem a kopií.

Žáci (studenti) se specifickými poruchami učení **netvoří stejnorodou skupinu**. Projevy se mohou různě kombinovat, nepůsobí pouze na výkony v učení, ale zasahují celou osobnost žáka (studenta) – viz 2. kapitola. V roce 2001 jsme měli možnost vyslechnout přednášku dr. Mela Levina z University of North California, který se zabývá problematikou neurovývojových funkcí (pozornost, schopnost mysli pracovat s informacemi, prostorové uspořádání, paměť, jazyk, neuromotorické funkce, sociální myšlení, schopnost používat logiku), odhalením silných i slabých stránek jedinců s poruchami učení a formami intervence vhodnými při jejich podpoře. Tyto podněty lze podle našeho názoru využít i u studentů střední školy. Do své publikace je zapracovala též např. M. Bartoňová (In Vítková, M. Bartoňová, M., 2007). Patří k nim:

Zájmy studenta – je vhodné se zaměřit na studentovy koníčky. K posílení slabých stránek (čtení) povede čtení článků, publikací z okruhu jeho zájmu.

Nové informace – pomoci studentovi v hledání nových informací tak, aby mohl vytvořit prezentaci. Posílí si tak paměť, podpoří rozvoj logického myšlení, vede k rozvoji komunikace.

Sociální učení – na základě praktických zkušeností posilovat sociální učení.

Automatizace – uplatnění intenzivního cvičení až k automatizaci dílčí funkce (dlouhodobá paměť; receptivní složka jazyka – vnímání, porozumění; počítání).

Postup po krocích – pomoci studentovi naučit se pracovat v krocích (např. postupy při výpočtu úloh v matematice, fyzice; osnova zpracování kompozice, vyprávění, přednášky; příprava na vyučování; rozplánování dlouhodobých úkolů – projekty, doporučená četba).

Posílení neurovývojových funkcí – strukturování úkolů, zdokonalování akademických dovedností. Studenti by měli mít možnost používat techniky či pomůcky, které jim pomůžou přemostit (Levin jim říká „lešení“) mezery které mají (slovníky, tabulky, diagramy, náčrtky, poznámky). Postupně jsou tyto opory odstraňovány a student je tak připravován na samostatný výkon. Toto opatření mu pomůže zúčastnit se práce ve třídě, aktivit se spolužáky. Dochází tak současně k cvičení dlouhodobé paměti, pozornosti, rozvíjení komunikace, vytváření studijních dovedností.

Příklady otázek – studenta je třeba připravit na aktivity, které budou následovat (např. před testem poskytnout studentům příklady otázek, které bude obsahovat test, zkouška).

Sebe – trénink – vést studenty k „přemýšlení nahlas“, během řešení problému, jakéhokoliv studijního úkolu v rámci matematiky, psaní atd. (vede k zlepšení pozornosti, představy o časové posloupnosti a paměti). Studenty můžeme požádat, aby předstírali, že tuto dovednost sami vyučují. Potom mohou napsat scénář „sebe – tréninku“. Podobně jako v případě „lešení“ jsou tyto strategie postupně během tréninku odstraňovány.

Sebekontrola – je vhodné, aby si studenti vytvořili návyky v sebekontrolě a sebehodnocení. Proto se učí hodnotit svou práci v průběhu plnění úkolu a po jeho dokončení. Tato forma intervence rozvíjí pozornost, expresivní řeč, sociální poznávací schopnost, dlouhodobou paměť.

Pomůcky – užití pomůcek při pracovní činnosti přispívá k zlepšení neurovývojových funkcí a zlepšení studijních schopností (viz zásada názornosti).

Studentům se specifickými poruchami učení **chybí často pracovní návyky**, neumí se učit. Zvláště pro impulzivní žáky s poruchou pozornosti (ADHD) je významný **nácvik metakognitivních strategií**, což je učení o stylu učení. Tyto strategie se týkají způsobu, jakým se jedinec učí, jak je schopen naučené dovednosti přenášet do jiných oblastí. Studenti s ADHD neuvažují o nejvhodnějších postupech při řešení úkolů, ale často pracují rychleji, než myslí. Nekonrolují svou práci, přeskakují od jednoho úkolu ke druhému. Metakognitivní strategie učí žáka (studenta) zaměřovat se na tři oblasti:

- **řízení sama sebe** - Co je mým cílem? Proč ho chci splnit? Co k tomu potřebuji? Jaké poznatky mám a jaké ještě potřebuji? Jaký bude hlavní postup?
- **pozorování svých pracovních postupů** – Jak to dělám? Potřebuji další informace? Jak bych to mohl dělat jinak?
- **sebehodnocení** – Splnil jsem svůj úkol? Byl jsem úspěšný? Jak jsem pracoval? Proč jsem nepracoval?

Zvládnutí metakognitivních strategií je obtížné pro každého, zvláště však pro osoby s ADHD. Každý malý pokrok v této oblasti vede k postupnému zvládnutí seberegulačních mechanismů, znamená krok vpřed. Mimo jiné vede také člověka ke spoluzodpovědnosti za výsledky.

Úspěšnost vzdělávání žáků (studentů) na střední škole je ovlivněna dodržováním podmínek podpořených příslušnou legislativou. Mezi ně patří:

- individuální práce s žákem (studentem), respektování jeho pracovního tempa, časté opakování probraného učiva
- vytvoření podmínek pro klidnou samostatnou práci
- pravidelný režim a jasně stanovená pravidla chování
- motivování úspěchem
- aktivní spolupráce s rodiči
- ohleduplnost k osobnostním zvláštnostem studenta.

Má-li být podpora žáka na střední škole účinná, základním předpokladem je, že žák by měl být především dostatečně **motivován** pro studium vybraného oboru.

Žák (student) se specifickými poruchami učení (SPU) by měl mít možnost zvládnout **psaní na klávesnici počítače**. Škola by měla mít zakoupenou takovou licenci výukového programu, která umožňuje instalaci na domácím počítači žáka. Nemá-li žák doma počítač, měl by mít možnost využít program instalovaný v učebně. Tento předmět Psaní na stroji by měl být zaveden jako minimálně nepovinný na každé střední škole, kde je předpoklad, že se bude s těmito žáky pracovat.

V hodinách **českého jazyka** by měl být brán zřetel na žáky se SPU. Na tyto žáky by měl vyučující při výkladu i procvičování jazykového učiva postupovat **mírnějším tempem** a připravit pro žáky zvláštní doplňovací cvičení, v nichž pouze opravují (nebo se snaží) opravit chyby, doplňují gramatické jevy (nejlépe jeden gramatický jev). Ve slohové výuce by měli mít např. možnost volby jednodušších témat při procvičování jednotlivých slohových útvarů apod. V hodinách literatury by měli pracovat žáci také volnějším tempem a neúspěch v písemné práci by si měli mít možnost opravit ústním zkoušením. Jako podstatnou vidíme **velikost písma** u doplňovacích cvičení by měla být velikost alespoň 14 Time New Roman. Velikost písma 12 je malá, žáci se v ní hůře orientují.

Pro výuku **dějepis**u by se měl používat **text nahraný na CD**, aby se studenti mohli učit poslechem. Toto lze aplikovat i na odborné předměty například technologie, je to velmi užitečné vzhledem k velkému rozsahu učiva. To ovšem předpokládá hluboké znalosti a dobré vyjadřovací schopnosti učitele, který je ochotný dělat něco nad rámec svých povinností.

Velké obtíže způsobuje žákům se SPU také psaní. Jejich písmo je velmi neupravené, často nečitelné, slova nedopsaná a s mnoha pravopisnými chybami. Žák, který nestačí při výuce zapisovat, nebo je na vyučování nepřítomen, by měl mít **možnost psaný text si okopírovat**, poslat e-mailem nebo stáhnout z internetových stránek školy.

Žáci, kteří mají **problémy v angličtině** nebo **němčině** by měli mít možnost zdarma se zúčastnit náslechové hodiny v jazykovém studiu, jež používá **speciální drilovou metodu výuky**, mateřskou metodou.

Práci s žáky s SPU a jejich studijní výsledky by měl sledovat **výchovný poradce**. Průběžně by měl sledovat, jak se zařadili do třídního kolektivu, jejich potíže se psaním, čtením a s vytvořením studijního režimu. Žáci s SPU, stejně jako ostatní

studenti, by měli být vedeni k tomu, aby se neostýchali se svými problémy za výchovným poradcem přijít a požádat o pomoc při řešení studijních potíží.

Ukazuje se, že podstatnou roli hrají také pedagogové a jejich znalost problematiky SPU. Ti, kteří jsou seznámeni s poruchami učení a kteří je současně akceptují, jsou i s to hledat účinné a přitom organizačně jednoduché úpravy. Učitel, který není s problematikou seznámen, ani nemá představu, jak by mohl studentovi s SPU vyjít vstříc bez toho, že by se radikálně změnil obsah studia. Závěr je tedy takový: **Obeznámení a akceptující učitelé**, zde začíná efektivní pomoc studentovi.

Žáci (studenti) s poruchami chování

Jak jsme dříve uvedli a naše i zahraniční výzkumy to potvrzují, jsou **kázeňsky problémoví žáci (studenti)** pro učitele nejobtížnějšími žáky ve třídě. Chování žáka ve škole je obvykle posuzováno podle norem společnosti, školy, podle chování ostatních žáků v závislosti na vlastním hodnotícím systému, vlastní zkušenosti hodnotícího (pedagoga). Tak může být žák označen jako žák s poruchami chování pouze na základě subjektivního vnímání. Z hlediska vzdělávání a výchovy (edukace) rozděluje Vojtová (In Vítková, 2003) **kázeňsky problémové žáky** na dvě základní skupiny:

- **žáky s problémy v chování**
- **žáky s poruchami chování.**

Mezi těmito skupinami jsou tři základní rozdíly:

1) v záměru jedince při uplatňování způsobu chování

- žák s problémy v chování nenarušuje normy úmyslně, ví o svých problémech, chtěl by je odstranit. Označení za problémového žáka mu vadí, negativně je emociálně prožívá;
- žák s poruchami chování normy nepřijímá nebo je ignoruje. Obvykle nepociťuje vinu ve vztahu k důsledkům svého chování;

2) v časové dimenzi nežádoucích způsobů chování

- u žáka s problémy v chování jsou problémy obvykle krátkodobé, mohou se projevat spíše nahodile nebo v souvislosti s vývojovými změnami nebo konflikty se sociálním okolím
- u žáka s poruchami chování se nežádoucí projevy chování v souvislosti s vývojovými změnami prohlubují. Normy porušuje dlouhodobě;

3) v nápravě, reedukaci, kompenzaci

- u žáka s problémy v chování přispějí ke zlepšení chování promyšlená pedagogická opatření v rámci třídy, školy, využití pedagogických metod ve výuce. Školní psycholog a školní speciální pedagog mohou učitele podpořit při vedení žáka, kompenzaci nežádoucího chování;
- u žáka s poruchami chování je nutná speciální péče zajištěná speciálními pedagogy a psychology, při níž je cílevědomými odbornými postupy žák veden ke změně společensky nepřijatelného chování k chování přijatelnému.

Žák s problémy v chování se dostává do role problémového žáka vzhledem ke svým problémům

- **v oblasti školního prospěchu** (má horší výsledky v prospěchu než by se dalo očekávat s ohledem na jeho schopnosti – intelekt)

- **v oblasti chování** (žák, student se projevuje nápadnostmi v chování, chová se jinak než ostatní žáci, narušuje normy školy, může se lišit nápadným zevněškem)
- **v oblasti citového prožívání** (obvykle je to žák, student citově labilní, úzkostný, bázlivý, jehož projevy přímo nenarušují normy, ale upoutávají pozornost a ovlivňují výkon žáka ve vyučování).

Žák s poruchami chování je žákem se **zdravotním oslabením**. Zatímco ostatním jedincům se zdravotním oslabením (tělesným, smyslovým) se projevuje účast, snaha pomoci, žáci s poruchami chování v okolí spíše vyvolávají negativní reakce, odmítání. Hledá se viník, za kterého jsou ve škole považováni rodiče i když se na rozvoji poruch chování dítěte často podílí i škola. Bylo zjištěno, že dítě může přijít na svět s určitou **dispozicí** k poruše chování, na její rozvoj však mají významný vliv vnější faktory a sociální prostředí.

Pro žáky s poruchami chování jsou typická **některá osobnostní specifika**:

- mívají obtíže ve vztahu ke spolužákům, získávání přátel, neudrží si přátelství, nedovedou spoluprožívat radost a smutek, vztahy s vrstevníky bývají nerovnovážné (buď podřízenost, nebo ovládání) vzhledem k egoismu a malé schopnosti vcítění těchto jedinců;
- jejich problémy ve školní práci často souvisí s nižším intelektem; různé výzkumy uvádějí (Vojtová, 2003) nezáměr o školu, pasivitu, ve vztahu k vlastní osobě nekritičnost, vztahovačnost, typický žák s kázeňskými problémy je podprůměrný v školních výkonech;
- některé osobnostní vlastnosti podmiňují **adaptační problémy dětí**, zmiňován je **temperament**, který může představovat zvýšené riziko pro vznik odchylky v chování, **impulzivita** a silná **emoční vzrušivost** může způsobovat dítěti ve škole velké problémy;
- děti s **poruchami citového vývoje** bývají ve škole méně nápadné, projevují se však v sociálních kontaktech – pro svůj egoismus a nedostatek empatie bývají tito žáci ke spolužákům bezohlední, agresivní, iniciují šikanu;
- **autoregulace** těchto jedinců bývá zaměřena na uspokojování vlastních aktuálních potřeb – nebývají schopni oddalovat uspokojení – neumí dlouhodobě pracovat pro splnění vzdálenějšího cíle;
- **mívají neuspokojenou potřebu citové jistoty a bezpečí**, mohou hledat náhradní uspokojování této potřeby (vynucování si pozornosti, přetrvávají rysy infantilního chování);
- **neuspokojení potřeby seberealizace** souvisí s jejich negativním hodnocením a ovlivňuje jejich sebehodnocení; hledají náhradní prostředí, které je bude hodnotit pozitivně (často nežádoucí sociální prostředí – parta); na frustrující situaci někteří reagují únikem (záškoláctví, lži, podvody, také násilí).

Poruchy chování je možno podle Vágnerové (1999) dělit do dvou skupin:

- neagresivní porušování sociálních norem (lži, útky, toulání)
- agresivní poruchy chování (šikana, vandalismus, přepadávání).

Projevem **úniku** z nepříjemné situace bývají **lži a útky**. Cílem lži bývá vyhnout se nepříjemné situaci nebo snaha získat nějakou výhodu. Za závažné jsou považovány lži zaměřené na poškození jiné osoby nebo získání prospěchu na úkor

druhých. **Sklon k lhavosti**, řešení problémů lhaním a podváděním se vyskytuje u jedinců **s poruchou osobnosti** a nemá přechodný charakter.

Útěky reaktivní, impulzivní jsou zkratkovou reakcí na nějakou situaci doma či ve škole (vysvědčení, strach z trestu apod.) – dítě se obvykle chce vrátit; **chronické útěky** souvisí s dlouhodobými problémy v rodině nebo jsou to útěky z ústavního zařízení; **toulání** je dlouhodobé opuštění domova, nebezpečné je zvláště **potulování v partě** (nebezpečí trestné činnosti, prostituce, drog, návyk toulavého života).

Krádeže mohou být zařazeny do agresivních i neagresivních poruch v závislosti na způsobu provedení. Při posuzování krádeže je nutné zhodnotit způsob krádeže (příležitostná – výsledek impulzivity, nebo plánovaná, připravovaná). Nejzávažnější bývají krádeže v partě, jsou často opakované. **U agresivních poruch chování** je podle Vágnerové (1999, s. 283) **porušování sociálních norem spojeno s násilným omezováním základních práv ostatních. Agresivní jednání lze obvykle interpretovat jako prostředek k uspokojování potřeby. Někdy je agresivní chování samo o sobě potřebou a násilí je cílem.**

Šikana je v současné době považována za velmi závažný a společensky nebezpečný projev agresivního chování. Táž autorka definuje šikanu (Vágnerová, 1999, s. 283) jako „násilně ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit“. Šikanu je potřeba považovat vždy za záležitost celé skupiny. Realizuje ji často jen jeden člen – **agresor**, ale skupina mu v tom nezabrání. Agresorem bývá často jedinec, který aplikuje model z vlastní rodiny (fyzicky trestané dítě), dříve šikanovaný žák. Při vyšetřování šikany se obvykle snaží agresor přesunout odpovědnost na **oběť**, kterou považuje za méněcennou pro některé její vlastnosti (žáci bázlíví, plaší, úzkostní, nejistí). Agresoři se podle Říčana (1995) stávají obvykle na konci základní školní docházky členy různých part (riziko kriminálních činů). Podle typických projevů můžeme zjistit **šikanu zjevnou**:

- fyzické násilí a ponižování
- psychické ponižování a vydírání
- destruktivní aktivity proti majetku oběti.

O tzv. **skryté šikaně** hovoříme tehdy, když skupina jedince nepřijme nebo ho vylučuje.

Oběť šikany je ohrožena z hlediska **tělesného i duševního zdraví**. Bývají to poruchy spánku, snížení imunity, sklon k úzkosti, deprese. Situace šikany je, pokud se rázně nevyřeší, nebezpečná pro další vývoj oběti, agresora i celé skupiny. Ve školách se někdy projevují tendence projevy šikany bagatelizovat, což je velmi nebezpečné. Vhodné je naopak řešit problém rázně s podporou odborníků (psychologů, etopedů, policistů). O způsobu řešení je informován **výchovný poradce a školní metodik prevence**.

Co se týče řešení poruch chování mladistvých, je pro pedagoga důležité, aby si uvědomil souvislosti mezi **přístupy jedince s poruchou emocí nebo chováním k sobě a svému okolí**. Aby si jich všímal a nevnímal pouze negativní signály od žáků s poruchami chování a zkusil hledat možnosti, jak pomoci žákovi s poruchami chování najít cestu k sobě i druhým. Proto cituji Vojtovou (2004, s. 70), která zmíněné přístupy charakterizuje následovně:

„ Díky svým potížím v chování jsou jedinci s poruchami chování připraveni o mnohé příležitosti k uspokojivým sociálním interakcím a k sebeuspokojení. Je to v důsledku neustálých konfliktů, napětí a stresu. Jejich chování a interakce s okolím má určité charakteristické rysy, které ohrožují jejich perspektivy. Mezi nejvýraznější patří:

1. malá stabilita chování,
2. negativní ladění vztahů ke druhým i k sobě samým.

1. Malá stabilita v chování

Z pozice jedince s poruchami emocí nebo chování se toto napětí a nestabilita promítá v jedné ze dvou rovin chování:

- Externí – chování, které se projevuje směrem ven, vůči okolí jedince – agresivita.
- Interní – stažení se do sebe, sociální izolace.

Bez ohledu na to, zda se porucha emocí nebo chování promítá intenzivněji v té či oné rovině, ovlivňuje také vztahy jedince k jeho sociálnímu okolí. Ty na něj zpětně působí a dále jej ovlivňují. Oba projevy nestabilního chování vedou k vyčleňování jedinců z jejich přirozené sociální skupiny a podle mých výzkumů ovlivňují jejich neúspěchy v sociálních kontaktech i v dospělosti (Jahnukainen, 2001, s. 1-11, In: Visser, Daniels, Cole, 2001).

2. Negativní ladění vztahů

Vztahy jedinců s poruchami emocí nebo chování k druhým i k sobě mají určité charakteristické znaky:

1) Ve vztahu k druhým:

- vyvolávají v jiných nelibé pocity,
- provokují druhé k negativní reakci v chování,
- nebývají oblíbení mezi vrstevníky, málokdy se stávají přirozenými vůdci ve skupinách,
- ve škole zažívají neúspěchy v učení,
- v sociálních vztazích bývají často odmítáni druhými, zažívají odcizení,
- svým chováním trvale rozčilují a provokují authority, vypadají, jakoby si říkali o potrestání.

2) Ve vztahu k sobě:

- považují se za smolaře, za neúspěšné,
- mívají malé sebevědomí,
- jejich rozhodnutí bývají impulzivní ve snaze rychle dosáhnout cíle, opakovaně a předem se vzdávají svých aspirací,
- převažuje u nich krátkodobá motivace, vzdálené cíle nebývají schopni svým jednáním sledovat,
- jejich úsilí bývá velmi často přerušováno náhodným lákavým podnětem,
- neumí se radovat z drobných úspěchů.

Situaci dětí a mladistvých s poruchami emocí a chování komplikuje, že právě jejich vztahy bývají zdrojem mnohých napětí, nedorozumění a nových konfliktních situací, jejichž řešení často nezvládají. Důsledkem je pak nežádoucí reakce v emocích nebo chování, prohloubení problému.“

Žáci (studenti) s mentálním postižením

Možnosti vzdělávání na středních školách jsou diferencované podle stupně postižení. Proto je třeba podporovat v střední škole mladé lidi jak v rodinné výchově, tak ze strany odborníků k získávání vědomostí a dovedností, které jim v pozdějším

životě umožní zvládnání sociálních situací, umožní jim pracovní uplatnění a sociální integraci do společnosti. **Dospívání** (adolescence) trvá u zdravé populace přibližně od 15 do 21 let. U mentálně postižených osob je dospívání závislé **na stupni postižení**. Žáci s **lehkou mentální retardací** se mohou za určitých podmínek vyučit ve **středním odborném učilišti, odborném učilišti**, získat výuční list pro určitou manuální činnost, uplatnit se na trhu práce, založit rodinu. Určitým problémem je uplatnění osob s těžším mentálním postižením, kdy hledáme nové formy uplatnění: podporované zaměstnání s asistenční pomocí, chráněné dílny (více: Pipeková, 2006+ Vítková, 2007). **Profesní příprava** jedinců je tedy realizována v těchto zařízeních:

- **střední odborné učiliště** (pokud žák vyhoví požadavkům přijímacího řízení a jeho zdravotní způsobilost to dovoluje)
- **odborné učiliště** (OU, 2 a 3 roky)
- **praktická škola** (1 rok a 2 roky)

Odborná učiliště navazují v teoretické části na vzdělávací program základní školy praktické, jehož učivo rozvíjí. Absolventi získávají **výuční list po 2 nebo 3 letech**. Odborné učiliště může vedle absolventů základní praktické školy poskytovat též přípravu na výkon jednoduchých činností žákům, kteří nejsou schopni samostatně pracovat, jejich pracovní a společenské uplatnění musí být řízeno jinými osobami. Tato možnost se poskytuje v samostatné třídě OU, trvá jeden rok a absolvent obdrží vysvědčení.

Praktická škola

- **s dvouletou přípravou** je určena žákům se sníženou úrovní rozumových schopností případně žákům s více vadami, kteří ukončili základní školní docházku
 - v základní škole praktické
 - v základní škole speciální
 - v nižším ročníku základní školy
 - v odůvodněných případech v 9. ročníku základní školy.Tato škola má žákům poskytnout doplnění a rozšíření dosaženého základního vzdělání, dát jim základy odborného vzdělání a základy manuálních dovedností s ohledem na zvolený obor;
- **s jednoletou přípravou (Praktická profesní příprava)** je určena žákům s **těžkým zdravotním postižením** (těžkým stupněm mentálního postižení, žákům s více vadami, s diagnózou autismus). Jde o absolventy základní školy speciální nebo též základní školy praktické po ukončení povinné školní docházky a nemohou se ze závažných zdravotních či jiných důvodů vzdělávat na jiném typu škol. Mezi odborné předměty patří rodinná výchova, ruční práce, praktická cvičení, prohlubuje se všeobecné vzdělání. Absolventi se připravují na pomocné a úklidové práce v sociálních nebo zdravotnických zařízeních nebo práci v chráněných dílnách.

Jak je zřejmé z předchozích poznatků, bude skupina žáků vzdělávaných v uvedených školských zařízeních různorodá. Setkáme se s projevy lehké, středně těžké a těžké mentální retardace, poruchami chování, poruchami učení, u žáků, kteří ukončili základní školu v nižším ročníku též s nízkou motivací, narušenou práceschopností, částečným analfabetismem, narušením komunikace.

U žáků s **lehkou mentální retardací** probíhá vývoj omezeně ve všech oblastech. Opoždění ve vývoji **jemné a hrubé motoriky** se obvykle v dospívání a dospělosti vyrovnají a vývoj dosahuje normy. **Pozornost** je povrchnější, spíše krátkodobá, nestálá nebo ulpívavá. **Myšlení** je velmi jednoduché, s infantilními znaky, nesamostatné, nepřesné, se sníženou úrovní logického myšlení. **Řeč** může být postižena ve složce formální i obsahové, její vývoj se opoždí, slovní zásoba je chudá – chybí abstraktní pojmy. Obtíže v běžné řeči nebývají výrazné, ve stresující situaci však mohou v komunikaci selhávat. Obtíže mohou mít tito lidé v porozumění řeči (zadávání úkolů, pracovní instrukce). **Paměť** je mechanická s individuální úrovní zapamatování a vybavení informací i pracovních postupů (vyžaduje podporu názorem, časté opakování, trénování činností až k automatizaci). Výrazné odchylky zjistíme v oblasti **emociální**. Tito jedinci bývají citově nezralí, s nízkou sebekontrolou a značnou sugestibilitou, citovou labilitou projevující se impulsivností, úzkostností. S ohledem na temperament mohou být tito žáci bázlívi, zakřiknutí nebo upovídaní, sebevědomí. Z těchto důvodů mají žáci nejen **potíže v učení**, ale jsou ohroženou skupinou z hlediska **poruch chování**. Vzhledem k snížené sebekontrolě a vysoké sugestibilitě mohou být obětmi zneužívání včetně zneužívání v kriminální činnosti jiných osob. Proto je nutné zaměřit výchovné působení v rodině i ve škole na socializaci těchto žáků. Přes toto působení se v dospělosti mentálně postižení lidé hůře přizpůsobují normám společnosti, kulturním tradicím, nedokáží řešit problémy spojené s prací, manželstvím, výchovou dětí. Lehká mentální retardace se vyskytuje asi u 2,5 % populace. O problematice edukace jedinců s těžším stupněm mentálního postižení a jejich zaměstnáváním se více dovíte v publikacích J. Pipekové (2006), M. Vágnerové (1999), R. Doležela a M. Vítkové (2007) citovaných v doporučené literatuře na konci kapitoly.

Žáci tělesně postižení, nemocní a zdravotně oslabení

Vědním oborem speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným a zdravotním postižením je somatopedie. Stále častěji se v této souvislosti setkáváme i s pojmem pedagogika tělesně postižených, jako výstižné se jeví označení pedagogika tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených. Jak uvádí Vítková (In Pipeková et.all. 2010), je potřeba na uvedenou problematiku nazírat z hlediska nových vědeckých zjištění i současné praxe, která postižení nepovažuje za neměnný stav jedince, vyžadující stálou neměnnou péči. Naopak i u žáků s tělesným a zdravotním znevýhodněním se prosazuje názor o vhodnosti takové nabídky podpory, aby mohli, jak uvedená autorka zdůrazňuje vést v co nevyšší míře „normální život“.

Pro lepší orientaci v problematice si stručně připomeňme, že za *„tělesná postižení se považují přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození* „(Vítková, In. Pipeková J. et.all. 2010, s.181). Konkrétně jde o centrální a periferní obrny, deformace, malformace a amputace.

Mezi žáky s pohybovým postižením se ve škole nejčastěji setkáme s těmi, u nichž byla diagnostikována dětská mozková obrna (DMO), která může být označena podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) také termínem mozková obrna. Ta patří mezi závažná centrální postižení, vzniklá během nitroděložního

vývoje (prenatálně) v průběhu porodu (perinatálně) a v období po narození, jako nebezpečné se z tohoto hlediska uvádí onemocnění či úraz mozku dítěte do šesti měsíců (raně postnatálně). V odborné literatuře se uvádí výskyt DMO více než 50 % mezi pohybově postiženými jedinci. Proto se setkáváme ve školách právě s žáky s tímto postižením, které se projevuje různým stupněm pohybového omezení. Vzhledem k poškození centrální nervové soustavy a jeho hloubce mohou a nemusí být postiženy rozumové schopnosti, mohou se vyskytnout smyslové vady. V nejlehčích případech může být diagnostikována lehká mozková dysfunkce (LMD), která byla zmíněna v souvislosti se specifickými poruchami učení a chování a jejíž typické projevy jsou uvedeny např. v publikaci Pokorné (2001).

Pohybové postižení, postižení řeči i postižení rozumové oblasti je možno zjistit v souvislosti s poškozením mozku záněty, nádory, mozkovými příhodami, úrazy (otřes mozku, stlačení a zhmoždění mozku). Organické poškození mozku může být příčinou epilepsie. Ta však může mít také příčiny prenatální, perinatální.

Příkladem individuální integrace je P, žák osmiletého gymnázia.

Chlapec byl v době studia v péči psychiatrické a neurologické ambulance, diagnóza G 403 GENER.IDIOP,EPILEPSIE a epileptický syndrom. Z vyšetření vyplynula perinatální příčina (křížen), zjištěny byly výrazné prvky LMD a zejména ADHD, povahové zvláštnosti, nevyrovnanost výkonnosti, zlepšeno po medikamentózní léčbě a EEG – biofeedbacku. Ve čtyřech letech byl první epileptický záchvat, později po léčbě již jen občas krátkodobé výpadky.

V předškolním období se objevovaly známky hyperaktivity, doporučen byl odklad nástupu školní docházky. Od počátku měl ve škole potíže ve čtení, zejména však s psaním (nestíhal při diktátech), za příčinu byla označena ADHD. Z 5. ročníku základní školy nastoupil do osmiletého gymnázia, kde došlo z počátku ke značnému zhoršení prospěchu. Podkladem pro individuální integraci chlapce bylo lékařské vyšetření, vyšetření ve školském poradenském zařízení (SPC), jehož součástí bylo i vyšetření speciálně pedagogické. Při něm byly diagnostikovány dysgrafie, dysortografie a částečně kompenzovaná dyslexie (SPU). Vzhledem k diagnostikované epilepsii a zjištěným specifickým poruchám učení bylo zdůrazněno:

- zajištění bezpečnosti. Dodržování režimových opatření při vyučování (relaxace; sledovat zda chlapec vnímá okolí) a při akcích konaných mimo školu, po deletrvajících nemoci postupně zatěžovat a poskytnout prostor pro doplnění učiva, předcházet přetížení;
- vzhledem k nízkému počtu žáků a režimu gymnázia není nutné upravovat počty žáků ve třídě.

Vypracován byl individuální vzdělávací plán pro všechny předměty s důrazem na bezpečnost žáka (např. konkrétní označení nevhodných a vhodných tělovýchovných prvků) a na reedukaci a kompenzaci SPU. Při hodnocení po 2. ročníku zdůraznil třídní učitel kvalitní spolupráci s rodiči žáka, kterého charakterizoval jako aktivního, snaživého žáka, kterého škola plně zaměstnává, jehož prospěch v předchozím roce byl výborný. Co se týče postavení ve třídě, je považováno za čas od času problémové, v některých situacích se nedokáže plně ovládnout. Pozitivní je skutečnost, že si „P“ své postoje uvědomuje a chce na nich pracovat. Svou funkci zapisovatele v žákovské samosprávě plní zodpovědně.

Sám chlapec při pozdějším rozhovoru (v 6. ročníku gymnázia) hodnotil svůj život s epilepsií. Při rozmluvě byl uvolněný, ochotně hovořil o svých školních výsledcích, zájmech, budoucnosti i zdravotních omezeních. Špatné výsledky v přírodovědných předmětech přičítal tomu, že „nemá logiku myšlení“, geometrii považoval za „neznámou vodu, kterou nikdy nepochopí“. Má pocit, že mu „chybí představivost“. Výborné výsledky má v dějepisu a základech společenských věd. Tyto rozdíly přičítá tomu, že „se rozčiluje, to zhoršuje nemoc a pak nemá výsledky, snadno se rozčílí“. O spolužácích říká, že „se chovají jako malá děcka“. Ve třídě jsou „lidi, kteří ho štvou“, ale připouští, že tam má i kamarády. O zdravotních zákazech mluvil s nadhledem, jezdí na kole, lyžuje, hraje florbal, neplave: „musel bych se válet doma, spát 12 hodin, nehýbat se, nepracovat na počítači....., nemůžu si vybrat povolání..... to se nedá“. Na dotaz o budoucím povolání: „vystuduju společenské vědy – historii, to budu mít jako koníčka a žít se budu tím, že budu trénovat florbalisty“.

O vzdělávání žáků s epilepsií se můžeme více dovědět např. ve stati Fialové (In Pipeková, J. et.al. 2010). Epilepsie jako jedno ze záchvatových onemocnění se považuje, spolu s dalšími onemocněními (např. onemocnění aparátu pohybového, nervového, dýchacího, trávicího, srdečně cévního, ústrojí dechového atd.) za nemoc. Při nemocech je narušená schopnost organismu přizpůsobovat se podmínkám prostředí.

V dětském věku nemoci negativně ovlivňují vývoj osobnosti jedince ve všech jejích oblastech, samozřejmě v závislosti na závažnosti onemocnění. Vývoj je také ovlivněn podmínkami prostředí, v němž dítě žije. Za zdravotní oslabení se považuje stav při zotavování se po dlouhé nemoci. Může k němu také dojít v důsledku života v nevhodných podmínkách, nevhodné péče v rodině. Projevuje se např. sníženou odolností proti nemocem, větší unavitelností, sníženou fyzickou výkonností (například vadné držení těla, poruchy spánku, obezita, nadměrná hubenost). U žáků se zdravotním oslabením zjišťujeme, nejen ve škole, zaostávání v pohybovém vývoji, neobratnost, neschopnost dítěte uplatnit se ve skupině vrstevníků.

Pro výchovu a vzdělávání žáků s tělesným postižením, žáků nemocných a zdravotně oslabených, zejména pokud uvažujeme o jejich inkluzivním vzdělávání, je nutné vytvořit optimální podmínky. Nejde pouze o podmínky materiální, musíme znát i jiné potřeby související s jejich postižením, jejich prožíváním.

U žáků s tělesným postižením, z hlediska osobnostních vlastností potřebných pro vzdělávání i samostatný život, musíme z psychologického hlediska podle Vágnerové (1999) uvažovat o dvou základních aspektech: nedostatečnosti pohybových kompetencí a deformovaném zevnějšku.

Omezení hybnosti, závažnost pohybového omezení, má vliv na kvalitu života jedince, je pro něho z hlediska soběstačnosti určující:

- schopnost samostatné lokomoce osvobozuje ze závislosti na ostatních lidech, vázanosti na určitý prostor;
- schopnost sebeobsluhy, která záleží na možnosti používat ruce pro sebeobsluhu, psaní, pracovní aktivity.

Nedostatky v soběstačnosti vedou k hodnocení takového člověka jako závislého i v jiných oblastech (učení, partnerský život, pracovní uplatnění) v nichž by být závislý nemusel. Pohybové postižení může vést i k omezení v získávání zkušeností včetně zkušeností s různým sociálním prostředím. To vede k riziku izolace člověka, který se může začít vyhýbat lidem. Nebezpečí hrozí lidem, zvláště s vrozeným postižením, které rodina nebo ústavní péče izolovala od společenského dění, kontaktu se „zdravými“ vrstevníky. Do obtížné situace se dostávají lidé s později získaným postižením. Jejich tělesné postižení v některých případech změní i některé jejich vlastnosti (týká se i seniorů). Stávají se citlivějšími, vnímavějšími, na základě své zkušenosti mohou získat nadhled nad podružnostmi, současně však musí zvládat nové životní situace a to v nich může vyvolávat zlost, úzkost.

Vzhled, úprava zevnějšku, reagování na módní trendy mají v životě žáků, zejména dospívajících, značný význam. Proto právě u nich má viditelná deformace významný sociální dopad, který může mít na osobnost mladého člověka významnější vliv než postižení samo. Vedle psychických obtíží člověka samého je to negativní

hodnocení a předsudky okolí („postižení lidé jsou zlí, zákešní“), které ovlivňuje sebehodnocení dospívajícího. Pokud se skutečně postižený člověk chová nevhodně, jde obvykle o sekundární obrannou reakci jedince frustrovaného odmítáním, podceňováním.

Školní práce je podle Opatřilové a Zámečnickové (2007) ovlivněna zejména u žáků s DMO:

- poruchami percepce (zrakového a sluchového vnímání),
- poruchami pozornosti a paměti,
- poruchami zpracování informací (v důsledku organického postižení CNS),
- poruchami řeči (např. v souvislosti s poškozením center řeči).

K podpoře žáka s postižením ve škole, což platí nejen pro žáky s tělesným postižením, směřují principy, které by se měly vzájemně prolínat:

- týmová spolupráce,
- osobnostní a odborné znalosti,
- vzdělávání a rozvoj,
- rozdělení rolí a odpovědnosti,
- komunikace,
- pozitivní přístup.

Volba vzdělávací dráhy a tedy i volba povolání je ovlivněna zejména: „*posouzením vhodnosti a přiměřenosti zvoleného povolání ve vztahu k postižení, osobnostním faktorům, prognóze zdravotního vztahu a možnosti uplatnění spolu s pracovním potenciálem*“ (Opatřilová, Zámečnicková, 2007, s. 103).

Žáci s tělesným postižením mají možnost se vzdělávat od mateřské školy až po školu střední v některých speciálních školách, mohou být, na základě splnění určitých kritérií, integrováni i v běžné střední škole. Osobní způsobilost budoucího uchazeče (studenta) je potřeba posoudit podle jeho:

- individuálního výkonu a sociální úrovně,
- sociální a emocionální dovednosti (dodržování pravidel, samostatnost),
- osobní dovednosti (plánovat, schopnosti předvídat, komunikovat s ostatními),
- fyzické schopnosti.

Mladí lidé s tělesným postižením mají při vytvoření určitých podmínek relativně nejdostupnější možnost integrace do středních škol. Záleží samozřejmě na zdravotních podmínkách pro výkon budoucího povolání. Jinak mohou ve studiu dosahovat velmi dobrých studijních výsledků a tak kompenzovat sociálně hodnotným způsobem své zdravotní postižení. To ovšem neplatí u jedinců s více vadami, tam je situace vzdělávání komplikovanější. Z praxe jsou však známy případy, kdy tito studenti, při dobré inteligenci studují úspěšně na gymnáziích, jiných vybraných středních školách a posléze na školách vysokých.

Vzdělávání žáků (studentů) s tělesným postižením v základní i střední škole vyžaduje, jak uvádí Bartoňová, Vítková (In: Pipeková, J. et al. 2010) splnění následujících podmínek:

- bezbariérový vstup,

- odpovídající technické vybavení (pro samostatný pohyb po škole, podmínky pro využívání informačních technologií),
- vhodné didaktické pomůcky,
- pomůcky pro psaní a kreslení,
- pomůcky pro rozvoj manuálních dovedností,
- pomůcky pro tělesnou výchovu a relaxaci,
- technické pomůcky (usnadnění uchování informací – diktafony, počítače, kopírka),
- vybavení kompenzačními pomůckami (berle, hole, rampy atd.).

Co se týče žáků nemocných a zdravotně oslabených je nutné si uvědomit, že každé dlouhodobé onemocnění má vliv na život člověka, tedy i na jeho vzdělávání. V období dospívání, kdy mladý člověk touží žít mezi vrstevníky, bavit se, je omezován svou nemocí. Také začíná chápat úskalí života v dospělosti s nemocí. Každé chronické onemocnění přináší člověku zátěž fyzickou, psychickou a sociální. Za chronická onemocnění se považují:

- alergická a astmatická onemocnění (alergická rýma, astma bronchiale),
- kožní onemocnění (atopický ekzém, lupénka),
- záchvatová onemocnění (epilepsie),
- metabolická onemocnění (cukrovka, dna, onemocnění jater).

Mezi chronicky nemocné, zdravotně oslabené žáky patří však také žáci otlí, postižení nervovými poruchami, poruchami psychiky.

Nemoc ovlivňuje psychickou oblast jedince, jeho emoční prožívání. Vágnerová (1999) upozorňuje na tyto změny v prožívání, které se mohou u jednotlivých nemocných lišit:

- změny v sebepojetí znamenají zhoršení v oblasti sebehodnocení, postoj k vlastní chorobě může způsobit změny identity,
- postoj k vlastní chorobě záleží na faktorech objektivních i subjektivních (emoční prožívání, rozumové hodnocení a chování).

Nemocné děti obvykle reagují emociálně, teprve starší děti a dospívající hodnotí nemoc rozumově. V souvislosti s dospíváním se somatické i psychické změny promítnou i do vnímání nemoci. Dospívající začíná chápat možnost ohrožení nemocí. Může se proti nemoci bouřit nebo nemoc přijmout. Pochopení podstaty nemoci mu však také může pomoci v léčení a pochopení vlastních možností. Stejně jako děti, mají i zdravotně oslabení dospívající sníženou odolnost a sklon k opakování onemocnění. Tělesné oslabení bývá provázeno poruchami vyšší nervové činnosti, vyskytují se psychické poruchy. Psychická labilita, snadná unavitelnost, dráždivost, úzkostné stavy, nutkavé jednání, jimiž se projevuje oslabení psychických funkcí, mohou vést, zvláště při nevhodné odezvě okolí, k nesprávným společenským návykům a k poruchám chování.

Z uvedeného příkladu žáka P (např. způsobu komunikace) jsou zřejmá určitá specifika jedince se záchvatovým onemocněním – epilepsií. Jelikož toto onemocnění, i když kognitivní vývoj dítěte může probíhat zcela v normě, ovlivňuje řadu fyzických i psychických faktorů. Z mimointelektových faktorů je to především změna aktivační úrovně (dráždivost, hyperaktivita nebo naopak zpomalení až celkový útlum). Epilepsie ovlivňuje i pozornost, paměť, při závažnějším stupni onemocnění

zjišťujeme méně pružné myšlení, ulpívání, zpomalování. Můžeme se setkat se zhoršením schopnosti zvládat nové situace. Intelligence dětí s epilepsií bývá v normě, v průběhu nemoci však může dojít k poškozování rozumových schopností.

Chronicky nemocné děti léčené ve zdravotnických zařízeních mají možnost se vzdělávat v mateřské a základní škole při zdravotnickém zařízení. Individuální konzultace mohou být učitelem této základní školy poskytovány i žákům středních škol. Žák střední školy, pokud to dovoluje léčebný program, se musí učit sám s podporou spolužáků, rodičů, učitelů. Tomuto žákovi může být se souhlasem ředitele vytvořen individuální vzdělávací plán. Onemocnění přináší žákovi střední školy řadu obtíží. Častá absence nepřináší pouze ztrátu kontinuity vzdělávání, ale také vyčleňování ze školního prostředí (ztráta kontaktu s vrstevníky). Problémy proto může mít s návratem zpět do školy. Problémy může minimalizovat připravenost a ochota učitele poskytnout podporu, připravenost rodiny i žáka pro vytváření systému studia ve ztížených podmínkách. Je nutné si uvědomit, že rodina chronicky nemocného dítěte je velmi zatížena péčí o ně a nedokáže všechny úkoly ve vztahu ke škole plnit stoprocentně. I rodiče těchto dětí potřebují podporu.

Žáci (studenti) se zrakovým postižením

Zopakujte si informaci o zrakovém postižení podle druhu a hloubky postižení (2. kap.)

Výběr studia, volby povolání může ovlivnit vedle narušené zrakové ostrosti také schopnost vnímat za různých okolností (světloplachost, špatné vidění za šera), omezení v oblasti zorného pole a porucha barvocitu. Závažné zrakové postižení omezuje člověka z hlediska vnímání. **Ztráta schopnosti vidět je obvykle kompenzována rozvíjením sluchového vnímání a hmatového vnímání.** Jestliže se člověk narodí jako nevidomý nebo oslepne během života, musí se sluchové a hmatové vnímání stále cvičit, zdokonalovat, bez cvičení se tyto schopnosti samy nerozvinou. Vynikající hudební sluch je tedy i u nich otázkou nadání a výborné hudební výkony výsledkem cvičení jako u ostatní populace. **Haptický prostor** vymezený délkou natažené paže je značně omezený, proto **nevidomí lidé dávají přednost verbální informaci.** Rozvoj myšlení je u těžce zrakově postižených lidí vázán na **rozvoj řeči**, která má pro ně větší význam než pro lidi zdravé, má pro ně i význam **kompenzační.**

Socializaci zrakově postižených lidí ovlivňuje nedostatek očního kontaktu v komunikaci, nepříznivý vliv má i deformace nebo nápadnost očí. Tito lidé nemohou rozumět vizuálně prezentovaným neverbálním signálům. Člověk, který špatně vidí, nevěnuje často pozornost vlastním projevům (jak se tváří, jak stojí, jak je upraven). Co se týče učení (i sociálního) má tento člověk **omezenou možnost učit se nápodobou**, má tedy menší možnost chovat se v určité situaci stejně jako jiní lidé (Vágnerová, 1999).

Zrakově postižený žák integrovaný v běžné třídě si lépe zvyká na požadavky intaktní populace, jeho osobnost se rozvíjí do větší samostatnosti, snadněji se začleňuje do společnosti motivován zdravými vrstevníky než žák školy speciální. V dospívání se setkáváme u postižených jedinců s kritickým přístupem vůči svému postižení, jsou přecitlivělí na jakékoliv poznámky ve vztahu k postižení, svým oblečením se snaží na sebe upoutávat pozornost a vzbudit tak nevoli u vrstevníků.

V tomto období se mladí lidé často utíkají do fantazie, své postižení považují za nepřijatelnou součást vlastní identity (Vágnerová, 1999). Při volbě povolání je pro tyto mladé lidi vhodná odborná podpora ve škole nebo v SPC. Významnou roli hrají rodiče, jejichž tendence prodloužit závislost dítěte na rodině může mladého člověka omezovat. Nejsou-li uspokojeni se svým postavením mezi vrstevníky, volbou vzdělávání, nedaří-li se jim vytvářet přátelské vztahy, mohou tito mladí lidé vyhledávat nevhodná společenství, která je přijmou (party, sekty).

Většina žáků s těžkým zrakovým postižením odchází studovat na speciální střední školy. Ty jsou zřízeny v Praze, Brně, Opavě (gymnázium, konzervatoř, ladičská škola, obchodní akademie, SOU, praktická škola). Znamé je Střední odborné učiliště Aloise Klara v Praze, konzervatoř Jana Deyla pro zrakově postiženou mládež, brněnská Střední škola pro zrakově postiženou mládež. Při vysokoškolském studiu podporuje zrakově postižené například **Středisko pro pomoc nevidomým a slabozrakým studentům Teiresias** (Fakulta informatiky Masarykovy univerzity), Centrum Tereza (ČVUT v Praze), Laboratoř Karolina (Univerzita Karlova), Katedra speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity, Centrum pomoci handicapovaným Pedagogické fakulty Univerzity Palackého.

Chceme-li navázat kontakt s těžce zrakově postiženým člověkem, měli bychom na něho nejdříve promluvit, nabídnout mu pomoc, nikam ho netáhnout, nestrkat. Pokud si přeje být veden, jdeme vždy o krok před ním, informujeme jej předem o překážkách (úzký průchod, schody, dveře), chce-li si sednout, položíme jeho ruku na opěradlo a informujeme ho, že zde je židle. Důležité je pravidlo, že **průvodcovství se nabízí, nevnucuje se.**

Žáci (studenti) se sluchovým postižením

Sluchové postižení je termín, který se týká různorodé skupiny, do níž náleží lidé **neslyšící, nedoslýchaví a ohluchlí**. Hlavním cílem (Bytešníková, Horáková, Klenková. 2007, s.85) pedagogiky sluchově postižených je zprostředkování **komunikačních kompetencí** (systém pravidel k produkci promluv a jejich rozumnění). Člověk s komunikační kompetencí zná a dodržuje **komunikační normy**.

Při dorozumívání se sluchově postiženými se nejčastěji užívají dva **komunikační systémy**:

- audioorální (mluvený jazyk slyšící společnosti)
- vizuálněmotorický (znakový jazyk, prstová abeceda).

Při vzdělávání sluchově postižených adolescentů se tedy musíme zabývat jednak specifiky jejich osobnostního vývoje, jednak podmínkami pro jejich vzdělávání, které, jak bylo uvedeno, souvisí s jejich komunikačními kompetencemi.

Omezení, případně úplné chybění zvukových podnětů může vést k **podnětové** deprivaci. Z hlediska rozvoje komunikace záleží na **stupni postižení** (sluch je využitelný pro rozvoj řeči ještě v pásmu středně těžké nedoslýchavosti) a na době, kdy k ohluchnutí došlo (člověk ohluchlý po ukončení vývoje řeči si uchovává schopnost užívat mluvenou řeč). Vývoj názorů na přednost v užívání audioorálního nebo vizuomotorického systému v komunikaci neslyšících se odráží

i v jejich vzdělávání. V současné době mají možnost využívat obou, z hlediska integrace do běžných škol (i středních) se jeví jako významné získání základů **verbálních i neverbálních komunikačních dovedností** (Bytešnicková, Horáková, Klenková, 2007):

- vizuálněmotorických (znakový jazyk, prstová abeceda),
- orálních (základy mluveného jazyka mluveného i grafického),
- vizuálních (techniky odezírání),
- zvukových (udržením zbytků sluchu podporují zvukovou stránku mluveného jazyka).

Odezírání mluvené řeči je velmi namáhavý proces, náročný na pozornost. Proto se stává, že tito lidé obtížně rozlišují artikulačně podobná slova. Protože mají menší slovní zásobu, obtížně slova identifikují (hledají jejich obsah, význam). Sluchově postiženým chybí spontánní a snadné porozumění kontextu, verbální komunikace jim může způsobovat nepříjemné pocity, nejistotu. Dospívající touží po přátelství vrstevníků, chce vědět, o čem se mluví, čemu se ostatní smějí, o čem se domlouvají. To vše a **námaha spojená s odezíráním**, nasloucháním, mluvením, v něm může vyvolávat úzkost a také sklon k afektivním výbuchům (projev nezvládnuté zátěžové situace). **Nižší úroveň sebeovládání** může souviset i s nepochopením verbálně prezentovaných norem chování, které jsou těmto mladým lidem méně srozumitelné (Vágnerová, 1999). **Myšlení** těžce sluchově postižených lidí je **vázáno na konkrétní realitu**, rozvoj logických operací bývá pomalejší, obtížnější. Tato skutečnost souvisí s obtížemi a nechutí plánovat, uvažovat o budoucnosti (např. profesní orientace). Těžké sluchové postižení ovlivňuje **socializaci**. Pro tyto jedince je mnohdy obtížné pochopit normy chování (co je dovoleno a co zakázáno), mají problém s pochopením pocitů, názorů jiných lidí, hůře se orientují v mezilidských vztazích. Někteří mladí lidé se izolují od slyšících vrstevníků, protože nerozumí jejich postojům, názorům.

Respektování **následujících pravidel pro komunikaci se sluchově postiženými** umožní mladým lidem s tímto postižením žít život podle vlastních představ, vzdělávat se.

- Při setkání sluchově postiženého nikdy neoslovujeme zezadu nebo ze strany. Náš obličej musí být dobře viditelný.
- Při hovoru vyrušíme všechny další zdroje hluku (např. rádio).
- Navážeme dobrý osobní kontakt a ujasníme si, jakým způsobem je sluchově postižený schopen s námi komunikovat.
- U nedoslýchavých dodržujeme mezi sebou maximální vzdálenost 1 m, aby byli schopni částečně vnímat i sluchadlem. U těžce sluchově postižených je pro odezírání hranice 4 m. Do této vzdálenosti je viditelnost úst ještě dobrá.
- Při neporozumění nabídneme možnost zopakování.
- Při komunikaci dbáme na to, aby neslyšícímu nesvítlo světlo do očí – nevidí ústa a nemůže odezírat.
- Naše výslovnost musí být zřetelná, ale ne přehnaná. Řečové tempo je volnější, ale ne moc pomalé.
- Mezi větami děláme krátké pomlky. Věty volíme kratší, bez cizích slov.
- Při výkladu látky se snažíme odstranit rušivé prvky (pohyb hlavy, zakrývání úst, chůze po třídě, mluvení do tabule).
- Mluvíme obličejem k neslyšícímu (při pohledu z profilu se hůře odezírá).
- Nejdůležitější je vcítit se do situace takto postiženého.
- Pozor na diktování – počkat až zvedne hlavu.

- Hodně psát na tabuli, využívat text, učebnice.
- Výtah z nové látky nebo osnova.
- Kontrola pochopení pojmů, textů, zadání úkolů.
- Hodně využíváme názorniny (obrázky, pomůcky, nákresy).
- Pozor na únavu – nesoustředí se.
- Individuální vysvětlení (po výuce, o přestávce).
- Když mluví spolužáci – buď po nich zopakovat, nebo je nechat mluvit směrem k neslyšícímu.

V současné době mohou studenti se sluchovým postižením (i neslyšící) studovat na gymnáziu, střední zdravotnické škole (obor zubní technik), střední průmyslové škole oděvní, střední pedagogické škole (obor předškolní a mimoškolní pedagogika), střední průmyslové škole elektrotechnické (výpočetní technologie).

Střední odborná učiliště a odborná učiliště, praktické školy pro sluchově postižené umožňují získat zaměstnání v řadě profesí, mimo jiné také v oboru zahradník.

Na vysokých školách existují speciální obory (JAMU, FF UK), jiné obory jsou přístupné v integrované formě (např. speciální pedagogiky na PedF MU).

Žáci (studenti) s narušenou komunikační schopností

Na význam komunikace a problémy jejího narušení jsme upozorňovali v jednotlivých statích týkajících se vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním.

Doporučujeme vám nyní zopakování poznatků o problematice komunikace z hlediska vývojové psychologie, sociální psychologie a sociální pedagogiky.

S ohledem na výskyt narušení komunikace u dospívajících uvádíme, že je nutné, podle Klenkové (2006), vnímat komunikační schopnost a narušenou komunikační schopnost nejen z hlediska **foneticko – fonologické** (zvukové) stránky, ale sledovat i další roviny jazykových projevů, tedy **lexikálně-sémantickou** (obsahovou) rovinu, **morfologicko-syntaktickou** (gramatickou) rovinu a také **rovinu pragmatickou** (sociální aplikace, schopnost reagovat podle konkrétní situace). Právě v posledně jmenované oblasti mívají žáci největší obtíže. Táž autorka uvádí (Klenková, 2006, s.54) Lechtovu definici narušené komunikační schopnosti: *„Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“*

Důvody, pro které se nepodařilo zvládnout komunikační narušení vašich žáků v dětství, mohou být různé. Je zbytečné po nich pátrat, vhodnější je chovat se k těmto mladým lidem ohleduplně a získáme-li si jejich důvěru, doporučit jim vyhledání logopedické péče (2. kap.). Jde zejména o žáky s narušením zvuku řeči (huhňavost), narušením článkování řeči (vadná výslovnost – patlavost), narušením

plynulosti řeči (kockavost, breptavost). Zvláštní skupinu tvoří žáci se specifickými poruchami učení u nichž je narušena grafická stránka řeči, mají ale také další komunikační obtíže.

Kocurová (2005), která se zabývá problematikou komunikačních kompetencí ve vztahu k inkluzi, uvádí Gardnerovo pojetí čtyř základních funkcí jazyka:

- rétorická funkce řeči (schopnost používat jazyk k přesvědčování jiných lidí)
- kumulační (paměťový) potenciál řeči (používání řeči pro zapamatování informací)
- vzdělávací – vysvětlovací funkce (nejčastěji při vyučování – vysvětlení pojmů, vztahů)
- sebeobjasňovací funkce (schopnost uvažovat sám o sobě).

Žáci (studenti) se specifickou poruchou učení

Výzkumy (Kocurová, 2005) prokázaly u žáků se specifickou poruchou učení **odlišnou strukturu jazykové inteligence**. Se sníženou schopností chápání významu slov souvisí i jejich nižší schopnost chápání jazykového komična. **S deficitem fonologických procesů** souvisí obtíže ve čtení, psaní a dokonce i v matematice. Tito žáci mají **sníženou pragmatickou úroveň jazyka**, která je klíčovým aspektem komunikační kompetence, což se promítá do sociálních vztahů žáka (vztah k vrstevníkům, dospělým, k sobě). V komunikaci se objevuje pasivita, nezájem, bezradnost. Komunikační obtíže se u chlapců spíše s věkem prohlubují, bývají na rozdíl od dívek v komunikaci agresivnější. V důsledku komunikačních narušení a příznaků ADHD potom zažívají mladí lidé **nepříznivé situace v rodině** (autoritativní výchova), **negativní přijetí od učitelů** (jsou považováni za nenadané, líné, nepořádné, nesamostatné), **negativní přijetí od spolužáků** (málo přátel, urážky, posměchy), **negativněji vnímají sami sebe** (smutní, méně výkonní, smolaři). Tito žáci potřebují naši podporu vedoucí k úspěchu ve školní práci i v situacích komunikačně náročných. Těmi jsou určitě prezentace výsledků práce a zjišťování vědomostí (zkoušky různého druhu a úrovně až po zkoušky závěrečné). V učení a zejména zkoušení nevystačíme s „úlevami“, změkčováním známek. Student má být hodnocen spravedlivě s ohledem na své speciální potřeby. Má mít možnost při prezentaci svých vědomostí a dovedností využít formu (ústní, písemnou), která je pro něho méně obtížná, je potřeba mu dát dostatek času na zpracování úkolu, na odpověď. Nejlepším motivem pro vytváření pracovních návyků i rozvíjení komunikace je úspěch. Pro učitele však není jednoduché zařídit, aby se úspěch dostavil.

Výrazným problémem může být pro studenta střední školy **kockavost**. Jak upozorňuje Klenková (2006, s. 168) není problém terapie dosud vyřešen. Jelikož nejsou spolehlivě známy příčiny, nemůžeme ji odstranit, můžeme pouze potlačovat její příznaky. Kockavost je považována za jeden z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušení komunikační schopnosti. Příznaky kockavosti se mění podle situace, v níž se člověk nachází, různě se kombinují, má na ně vliv zdravotní stav jedince, únava. **Příznaky** se projevují v řeči, chování, existují i příznaky tělesné. V komunikaci se mohou projevovat obavy z obtíží při mluvení, při dlouhodobých obtížích až strach před řečí. Rušivě působí některé projevy při mluvení (motorický neklid, grimasy, kývání se, manipulace prsty), které jsou označovány jako **narušení koverbálního chování**. Na úspěch komunikačního výkonu má vliv i situace, v níž probíhá.

V pozitivních situacích se řeč zlepší, v zátěžové situaci (zkoušení, komunikace s neznámými lidmi, citové napětí) dochází ke zhoršení. Koktavost zasahuje celou osobnost zejména v oblasti citové, interpersonálních vztahů, narušeno bývá sebehodnocení. Příznaky mohou být i v písemném projevu (potíže na začátku i v plynulosti psaní). Mladým lidem s koktavostí můžeme doporučit návštěvu logopeda, který zabezpečí i podporu dalších odborníků. Při komunikaci s žákem s koktavostí bychom měli pamatovat na některá doporučení:

- nedávejme mu „dobré“ rady ohledně jeho mluvení (zpomal; relaxuj; mluv jinak; máš dost času; myslí na to, co říkáš...),
- neupozorňujme na jeho řeč,
- nevystavujme ho zbytečné pozornosti ostatních (Chceš číst před třídou? Tak čti. Chceš si připravit referát? Dokdy?)
- netvařme se nešťastně, když mluví,
- neříkejme mu, že koktá,
- nekritizujme ho, neopravujme jeho řeč,
- nedoplňujme věty, které říká (nevíme, co chce říci).

Při zkoušení má mít žák možnost vybrat si písemnou či ústní formu zkoušení (je dobré mít pro něho připravený test či otázky pro písemnou odpověď). Jsou situace, kdy bychom měli zkoušení odložit. Chce-li žák mluvit, dejme mu možnost a dostatek času, nechme ho domluvit a až potom hodnotíme správnost odpovědi. Co se týče závěrečné zkoušky nebo maturity může dát škole příslušné doporučení ohledně průběhu zkoušení takového žáka školské poradenské zařízení (PPP, SPC). Toto doporučení má být včas uloženo v dokumentaci žáka spolu s individuálním vzdělávacím plánem.

Žáci s autismem (s poruchou autistického spektra)

S vědeckým poznáním se rozvíjejí i názory na autismus a jeho definice, přinášející úvahu o jeho příčinách, charakterizující projevy jedinců s autismem. Lze říci, že odborníci se shodují v názoru, že jde o pervazivní (vše prostupující, hluboké, zasahuje celou osobnost) vývojovou poruchu, hluboké a vážné postižení. Přes jedinečnost projevů každého člověka s touto vývojovou poruchou je vždy zasažena *oblast komunikace, sociální interakce, vyskytuje se stereotypní opakuje se chování*. Dále se uvádí, že jde o celoživotní postižení, bránící jedinci adaptovat se na prostředí, v němž žijí, ovlivňující život jeho i jeho rodiny. Jak uvádí D. Opatřilová (in Pipeková, J., et al., 2010, s. 320), „*autismus je neurologická dysfunkce, která manifestuje deficit v chování, založenými na mozkových abnormalitách. Příčina těchto mozkových abnormalit je mnohočetná. Etiologie autismu je středem výzkumu.*“ Závažnost postižení, mnohočetnost projevů vyžaduje jeho komplexní diagnostiku. Postupuje se obvykle od psychologické diagnostiky k psychiatrické a neurologické. Speciálně pedagogická diagnostika se pak zaměřuje na vývojovou úroveň dítěte a hodnocení jeho chování, komunikace, které jsou východiskem pro speciálně pedagogickou intervenci.

Diagnostická kritéria stanovená světovou zdravotnickou organizací (ICD – 10) se zaměřují na tak zvanou triádu poškození, sociální interakci, společenskou, komunikaci s prvními projevy před třetím rokem dítěte. Je přesně stanoveno kolik a které projevy musí být pro stanovení diagnostiky přítomny. Včasná a správná diagnóza může usnadnit postiženým dětem a jejich rodičům žít nelehký život s tímto postižením. Pro rodiče je důležitá informace o závažnosti postižení a také

co pro život rodiny znamená. Rodiče sami by si měli všimnout varovných signálů v raném věku svého dítěte, o nichž informují občanská sdružení (např. APLA, AUTISTIK) ve svých letáčcích i na internetu. Týkají se zejména sociální interakce (lhostejnost k druhým lidem, neumí používat neverbální projevy a nerozumí jim, vyhýbání očnímu kontaktu, odmítání mazlení, pro podání věci používají ruku druhého, netečnost atp.) a komunikace (řeč je bez intonace, echolálie – opakuje slova, věty; nereagují na své jméno, mluví stále o jedné věci a zejména výrazné opožďování ve vývoji řeči).

Specifika vývoje dítěte s autismem od narození do pěti let v jazyce a komunikaci, sociální interakci a představivosti v porovnání s vývojem v normě poskytují například C. Gillberg, T. Peeters (1998). V uvedené publikaci najdeme řadu přehledně uspořádaných poznatků týkajících se diagnostických kritérií, biologických základů autismu a zejména praktická doporučení pro výchovu a vzdělávání lidí s autismem. Jiný soubor příznaků v raném dětství a také kontakty na koordinátorky pro oblast autismu uvádí také D. Opatřilová (in Pipeková, J. et al., 2010). Při podezření by měli rodiče informovat dětského lékaře, který doporučí odborné vyšetření. Velmi důležitá je také informovanost pedagogů předškolních zařízení, kteří by měli rodiče na zvláštní chování dítěte upozornit.

Tak je možno zahájit ve spolupráci s poradenským zařízením a lékaři terapii již v raném věku, vytvořit podmínky pro zařazení dítěte do předškolního zařízení, podle jeho potřeb buď do speciální, nebo běžné mateřské školy. Dítě s autismem se zařazuje na základě doporučení školského poradenského zařízení (SPC) do předškolního vzdělávání i do základního vzdělávání jako dítě, žák se zdravotním postižením. Podle platné legislativy (vyhl. Č. 73/2005 Sb.) se může vzdělávat formou individuální či skupinové integrace, ve škole pro žáky se zdravotním postižením.

Péče o děti s autismem a jejich výchova a vzdělávání je záležitostí týmové spolupráce. Lékaři, psychologové, speciální pedagogové diagnostikují a poskytují terapeutickou péči, připojují se pedagogové – učitelé, vychovatelé, asistenti, později sociální pracovníci. V celém tomto procesu zůstává nejdůležitější složkou rodina jedince s postižením, často celoživotně, která úzce spolupracuje s odborníky, poradenskými pracovníky (SPC, PPP, VP) a také s neziskovými organizacemi (např. APLA, AUTISTIK). U těchto zařízení a organizací mohou hledat informace a podporu také školní poradenská pracoviště, jejichž školy žáky s autismem vzdělávají. Pomohou jim také při vzdělávání učitelů a ostatních pracovníků školy. Speciální pedagogové v poradenských pracovištích a uvedených organizacích uskutečňují terapeutickou péči s využitím speciálních metod a programů (např. TEACCH programu), z nichž vycházejí při svých doporučeních pro školní praxi, k vypracování IVP jak pro žáky ve speciálních školách, tak pro inkluzivní vzdělávání. Žáci, u nichž byla diagnostikována mentální retardace, se obvykle vzdělávají ve speciálních školách (jsou však také integrováni v běžných školách), u žáků bez mentální retardace se dává přednost inkluzivnímu vzdělávání. Výchova a vzdělávání žáků s autismem je vždy záležitostí týmovou. Podílí se na ní učitelé, vychovatelé, asistenti pedagoga, osobní asistenti, školní speciální pedagogové (vhodná je logopedická erudice). Ve školní praxi je nutné mít na zřeteli, že vzdělávání žáka s autismem a dalšími pervazními poruchami má vždy charakter individuální bez ohledu na to, v kterém typu školy se žák vzdělává. Významná a inspirativní

pro školní praxi doporučení A. Šedibové a K. Vladové (in Lechta, V., 2010). Ta se týkají

- mluvených instrukcí (podpořit vizuálně);
- vyjádření nároků na chování (jasně vyjádřit co je vhodné a co nevhodné)
- uvědomění si, že žák může být precitlivělý na některé podněty (hypersenzitivita na sluchové podněty, dotyk)
- organizace prostředí (stabilita poskytuje jistotu);
- problémů žáka se spontánním vyjádřením (vyjádření názoru, požádání o pomoc);
- neschopnosti žáka zobecňovat naučené (různí pedagogové, různé předměty, různá prostředí);
- problémů žáka se zpracováním jiných podnětů (připravit dítě na změnu, dotyk);
- možnosti zvláštních zájmů žáka (využít vynikajících vědomostí v určitém oboru).

Žáci bez mentálního postižení se v ČR vzdělávají jako ostatní žáci podle rámcových vzdělávacích plánů (RVP) a to jak v základní, tak střední škole. Individuální vzdělávací plán (IVP), vypracovaný na základě doporučení SPC, PPP umožňuje vzdělávání těchto žáků, přispívá k rozvoji jejich komunikačních kompetencí a rozvíjení sociálních vztahů. Současně zohledňuje specifika žákova postižení. Velmi důležitý je stálý kontakt s poradenským zařízením, který obvykle zajišťuje výchovný poradce a školní pedagog či psycholog.

Příkladem inkluze žáka s autismem je patnáctiletý žák 9. Ročníku základní školy. V poradenském zařízení byl u něho diagnostikován Aspergrův syndrom, doporučena byla individuální integrace, vypracování IVP a navýšení počtu pedagogů ve třídě o asistenta pedagoga. Při vyšetření byl chlapec snadno unavitelný, přestával spolupracovat, projevovala se u něho úzkost, nevyzrálost, v komunikaci nevhodné vyjadřování.

Ve škole se chlapcovo zdravotní postižení projevuje v chování a zejména v komunikaci. Co se týče verbální komunikace, má chlapec bohatou slovní zásobu, rozumí zadání úkolů. V řeči používá ve velké míře vulgarismy, nadávky a čeká na reakci okolí. Pokud se reakce nedostaví, přestává nadávat. S únavou přestává komunikovat. Z hlediska neverbální komunikace je zmiňován krátce udržitelný oční kontakt, mimika je chudší, méně výrazná, objevují se grimasy, gesta užívá v komunikaci pouze na výzvu. Chlapcovo chování k učitelům a spolužákům (agrese, výhrůžky, nerespektování autority) vedlo k přeřazení chlapce do jiné třídy. Současní spolužáci jej přijali lépe, jsou vedeni k chápání chlapcových projevů. Ty však stále narušují práci ve třídě (vulgarismy, nerespektování pokynů, dává najevo nezájem) ale nyní s podporou asistenta pedagoga, daleko méně. Asistentka pedagoga se zaměřuje na změny v chování žáka, věnuje mu pozornost i o přestávkách, pomáhá mu při komunikaci, snaží se o přizpůsobení a zpřístupnění učební látky podle potřeb žáka, je ve stálém kontaktu s učiteli žáka i s jeho zákonnými zástupci.

Příkladem úspěšné inkluze žáka s Aspergerovým syndromem je žákyně, která byla individuálně integrovaná v základní škole absolvovala osmileté gymnázium, byla

přijata ke studiu historie na univerzitě. Historie byla vždy ve středu jejího zájmu, zúčastnila se úspěšně se svou prací v soutěži studentů středních škol, velmi dobré výsledky měla po celou dobu studia prakticky ve všech předmětech. S podporou školního psychologa, speciálního pedagoga, však bylo třeba řešit různé problémy s chováním, konflikty se spolužáky, režimové záležitosti. Bez asistence by se nedokázala z místa bydliště dopravit do školy, bylo nutné doma i ve škole dbát na to, aby se myla, převlékala. Nutné bylo zabezpečit dívku ve volných hodinách, dohlédnout, aby neopustila školu, předcházet a čelit výbuchům zlosti, když například někdo nesplnil, co jí slíbil. S cílevědomou podporou se podařilo mnohé, ale celoživotní podpora této dívky bude zřejmě nutná.

Odlišný přístup k organizaci vzdělávání je nutný u žáků s autismem s mentálním postižením. Také oni se v základní škole vzdělávají podle RVP ZV, avšak s úpravou pro žáky s lehkým mentálním postižením nebo programů různých typů škol podle svých schopností. Na základě komplexní diagnostiky sestavený IVP umožňuje zaměřit se podle stanovené vývojové úrovně dítěte na priority v jeho výchově a vzdělávání. Návrhy pro tvorbu IVP těchto žáků jsou obsaženy v metodickém materiálu V. Čadilové a Z. Žampachové (2006), cenné podněty pro vzdělávání od uvedených autorek jsou obsaženy v jejich další publikaci Strukturované učení z roku 2008.

Na konec citát prof. E. Schoplera z publikace Občanského sdružení AUTISTIK nazvané Autismus „Vychovávat dítě s autismem je maraton, ne sprint“.

Pojmy k zapamatování

individuální integrace,
osobnost žáka s poruchami chování,
osobnost žáka s tělesným, smyslovým, rozumovým postižením,
osobnost žáka se specifickými poruchami učení a chování,
poradenství,
pracovní uplatnění,
skupinová integrace,
speciální střední školy,
volba povolání,
základní škola,
základní škola praktická,
základní škola speciální,
žák se speciálními vzdělávacími potřebami,
žák se zdravotním postižením,
žák se zdravotním znevýhodněním,
žák sociálně znevýhodněný,
žák s autismem.

Shrnutí

Vzdělávání žáků se speciálními potřebami je na střední škole zabezpečováno formou studia na speciálních školách, podle druhu a stupně zdravotního postižení nebo formou individuální integrace ve středních školách. Formou integrace

se obvykle vzdělávají žáci se zdravotním oslabením, ale studují tam i žáci se zdravotním postižením podle vybraných studijních programů. Z hlediska studia i volby budoucí profese je pro tyto žáky a jejich rodiče významná podpora školských poradenských zařízení (PPP, SVP, SPC). Jejich podpora se týká nejen studia, návrhu vytvoření individuálního vzdělávacího plánu na základě doporučení k integraci, ale též řešení případných poruch učení či poruch chování. Významnou skupinu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami tvoří žáci se specifickými poruchami učení (SPU), u nichž sice již došlo na základě reedukační péče v době základní školní docházky ke kompenzaci obtíží dyslektických, přetrvávají však problémy v oblasti komunikace, psaní a správného psaní, vyskytují se i problémy v chování související se SPU. Je nutné si uvědomit, že oni, žáci s poruchami chování i žáci se sociálním znevýhodněním a také žáci nadaní jsou žáky (studenty) se speciálními vzdělávacími potřebami. Nejlepší podporou pro tyto studenty je kvalifikovaný učitel, odborník informovaný o speciálně-pedagogické problematice, který má oporu školního poradenského pracoviště a je schopen motivovat rodiče žáků ke spolupráci. Z jeho osobnostních vlastností můžeme považovat za významnou citovou stálost (schopnost empatie), vyrovnanost, odolnost vůči stresům, schopnost řešit situace ve vyučování s humorem současně s úctou k dospívajícímu člověku, zejména tomu se specifickými potřebami. Těmto studentům je potřeba poskytnout podporu v systematické studijní práci a zejména při řešení různých sociálních situací ve škole. Velký význam pro integraci těchto studentů má překonání komunikačních bariér, vytváření podmínek pro plnohodnotný život mladých lidí, jehož významnou součástí je i jejich pracovní uplatnění. Pedagogové, jak věříme, užijí uvedené poznatky ve vlastní pedagogické práci s žáky (studenty) i v podpoře pozitivních vztahů mezi školou a rodinou.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Jaké obtíže v učení mohou mít žáci (studenti) se zdravotním oslabením?
2. Jak budete ověřovat znalosti žáků (studentů) se specifickými poruchami učení?
3. Která pravidla komunikace budete dodržovat v jednání se žákem s koktavostí?
4. Která doporučení pro komunikaci s neslyšícím žákem považujete za významná ve své pedagogické činnosti?
5. Na kterých středních školách může studovat žák s lehkou mentální retardací a za jakých podmínek?
6. Co je obsahem individuálního vzdělávacího plánu na základě vyhlášky č. 73/2005 Sb.?
7. V kterých projevech vidíte odlišnosti mezi žáky s problémy v chování a žáky s poruchami chování?
8. Které studijní obory ve školách vašeho profesního zaměření jsou vhodné pro žáky s tělesným postižením a za jakých podmínek?

Literatura

1. BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a specifické poruchy učení*; Brno: Paido 2007; ISBN 978-80-7315-140-9.

2. BYTEŠNÍKOVÁ, I., HORÁKOVÁ, R., KLENKOVÁ, J. *Logopedie a surdopedie*; Brno: Paido, 2007; ISBN 978-80-7315-136-2.
3. DOLEŽEL, R., VÍTKOVÁ, M. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Příručky pro zaměstnavatele*; Brno: Paido 2007; ISBN 978-80-7315-143-0.
4. GILLBERG, C., PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty. Výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Praha: Portál. 1998.
5. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*; Praha: GRADA, 2006; ISBN 80-247-1110-9.
6. KOCUROVÁ, M. Charakteristiky komunikace žáků se specifickou poruchou učení v kontextu vzdělávání. In BARTOŇOVÁ, M., PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrace handicapovaných na trhu práce v mezinárodní dimenzi*. Brno: MSD, 2005; ISBN 80-86633-31-4.
7. KOLÁŘ, M. *Skrytý svět šikanování ve školách*; Praha: Portál, 1997, 2000.
8. MICHALOVÁ, Z. *specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních*; Havlíčkův Brod: Tobiaš, 2001; ISBN 80-7311-000-8.
9. OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie*; Brno: Paido, 2007; ISBN 378-80-7315-137-9.
10. PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
11. PIPEKOVÁ, J. et.all. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010.
12. POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2001; ISBN 80-7178-510-9
13. ŘÍČAN, P. *Agresivita a šikana mezi dětmi*; Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-049-9.
14. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999; ISBN 80-7178-214-9.
15. VÍTKOVÁ, M., (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*; Brno: Paido, 2004; ISBN 80-7315-071-9.
16. VOJTOVÁ, V. Edukace žáků s poruchami chování. In VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: PedF MU, 2003.
17. VOJTOVÁ, V. *Kapitoly z etopedie I*. Brno: PedF MU, 2004; ISBN 80-210-3532-3.
18. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení. Specifické poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. Praha: Portál, 2003; ISBN 80-7178-800-7
19. KNOTOVÁ, D. a kol. *Školní poradenství*. Praha: GRADA, 2014;
20. LECHTA, V. a kol. *Základy inkuzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

www.ceskaskola.cz/Ceskaskola/Ar.asp?ARI=186CAI'2125EXPPS'%INTEGRACE%2A%22

www.varianty.cz

www.sko.sagit.cz

<http://wtd.vlada.cz/scripts/detail.php?id=6691>

<http://www.aktivnizivot.cz/index.php?typ=SEA&showid=32&id=275680>

WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>

ZÁVĚR

Místo závěru si dovolíme citovat D. Opatřilovou a D. Zámečnickovou (2007, s. 117), neboť, jak se zdá, lepší závěr nelze vytvořit:

„V současné společnosti se velmi rychle zvyšuje pracovní i životní tempo a stoupají nároky na schopnosti každého z nás. Jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami toto zvyšující se tempo nezvládají a jejich specifické potřeby tak mohou být brzdou v jejich rozvoji a při aktivním zařazení do běžného života majoritní společnosti.

Celou pedagogickou a další odbornou veřejností hýbe změna pojetí k výchovným a vzdělávacím přístupům u dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Nové pojetí bere v úvahu tyto jedince především jako *svěbytnou osobnost*, jako individualitu, která má své specifické potřeby, kompetence a rozvojové potenciály. Je třeba změnit nejen pohled na jedince se speciálními vzdělávacími potřebami (a to není jednoduché), ale především hledat nové možnosti a cesty jak jejich aktivity podporovat a rozvíjet. Hodně se v poslední době diskutuje na téma „*kvalita života*“, kde je snahou analyzovat vliv postižení či znevýhodnění na kvalitu života jedince v jeho jednotlivých etapách, dále jeho rodiny a okolí.

Je všeobecně známo, že vztah aktivní, majoritní části společnosti k jedincům se zdravotním znevýhodněním není příliš dobrý a zvyšujícím se životním tempem klesá i snášenlivost. Průzkumem veřejného mínění byla zkoumána snášenlivost společnosti vůči lidem s postižením, výsledky průzkumu jsou uvedeny níže:

- 1. nejlepší je k nevidomým:** každý člověk umí zavřít oči a představit si, jaké to je nic nevidět,
- 2. k lidem s tělesným postižením:** zejména paraplegici, svým chováním se neliší od zdravého **sedícího** člověka,
- 3. k lidem s těžkým tělesným postižením:** vzbuzují soucit, je jich chování se značně odlišuje od chování zdravých lidí, což je těžko pochopitelné,
- 4. k seniorům:** u lidí v aktivním, produktivním věku budí despekt, někdy i odpor, „jsou neužiteční a tvoří brzdu společnosti“, naštěstí má téměř každý člověk někoho blízkého v pokročilém věku, a tak jsou starší lidé většinou tolerováni, v minulosti však senioři požívali úctu pro své zkušenosti a moudrost, to dnes většinou chybí,
- 5. k neslyšícím:** jsou hluční, nikdo jim nerozumí, neporozumění vyvolává vzájemnou podezřívavost, vyřazení ze společnosti je pro neslyšící horší než jejich samotné postižení,
- 6. k mentálně postiženým:** v horším případě jsou vystaveni pohrdání a ignorování, v lepším případě se k nim společnost chová jako k dětem - tyká se jim, jejich názory, přání či rozhodnutí málokdo bere vážně,
- 7. nejhůř** jsou na tom **lidé s duševními poruchami:** lidé se jich většinou bojí, protože je považují za nevypočitatelné a mají k nim odpor, sami nemocní obvykle prohlubují svou izolaci, protože se stydí za svou nemoc a cítí se odmítáni (<http://sdruzeninovemesto.cz/osobni-asistence.html>).

Pro optimální rozvoj osobnosti žáka se speciálními vzdělávacími potřebami tak vzniká nutnost věnovat hlubší pozornost nejen otázkám pedagogicko-psychologické intervence, ale i podmínkám pro kvalitní vzdělávání, kde budou respektovány specifické potřeby těchto žáků a které budeme realizovat a naplňovat v každodenní praxi.“