

Integrace zrakově a kombinovaně postižených žáků

Sborník příspěvků z kurzu: Pokračující kurz pro učitele vzdělávající integrované zrakově postižené dítě na ZŠ
v Olomouckém kraji

Kol. autorů

Autoři:

Mgr. Veronika Růžičková (editor)

PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Mgr. Kateřina Jeřábková

Mgr. Petra Jurkovičová

RŮŽIČKOVÁ, V. (ed.) Integrace zrakově a kombinovaně postižených žáků. Sborník příspěvků z kurzu Pokračující kurz pro učitele vzdělávající zrakově postižené dítě na ZŠ v Olomouckém kraji. Olomouc: VUP, 2007. ISBN 978-80-244-1738

OBSAH

Úvod	5
1 Žáci se zrakovým postižením v procesu integrace	6
1.1 Žák se zrakovým postižením	6
1.2 Důsledky zrakového postižení	9
1.3 Integrace	13
1.4 Specifika výuky integrovaného nevidomého žáka	15
1.4.1 Specifika výuky integrovaného slabozrakého žáka	16
Použitá literatura	18
2 Výchovně-vzdělávací proces u osob hluchoslepých	19
2.1 Definiční vymezení hluchoslepoty	19
2.2 Etiologické vymezení hluchoslepoty	20
2.3 Klasifikační vymezení hluchoslepoty	22
2.4 Navazování kontaktu s dítětem	23
2.4.1 Prolomení izolace:	23
2.4.1.1 Komunikace u osob hluchoslepých	24
2.5 Výchovně-vzdělávací proces	25
Použitá literatura	28
3 Narušení komunikační schopnosti u dětí a žáků se zrakovým a kombinovaným postižením	29
3.1 Komunikace a komunikační proces	29
3.2 Komunikace jako základ sociální interakce	30
3.2.1 Význam komunikace pro člověka	31
3.3 Narušená komunikační schopnost u dětí se zrakovým a kombinovaným postižením ..	32
3.3.1 Vývoj řeči u dětí se ZP a KV	34
3.3.2 Nárys podpory rozvoje komunikačních schopností u dětí se ZP a KV	35
Použitá literatura	40
4 Alternativní a augmentativní komunikace u žáků se zrakovým a kombinovaným postižením	42
4.1 Pojem alternativní a augmentativní komunikace	42
4.1.1 Náhradní a podpůrné komunikační systémy	43
4.1.1.1 Klasifikace náhradních a podpůrných komunikačních systémů	44

4.1.2	Stručná charakteristika vybraných systémů AAK	45
4. 2	Metodika nácviku AAK	53
4.2.1	Diagnostická hlediska pro volbu systému AAK u dětí se ZP a KV	56
4.2.2	Aplikace forem AAK užívaných dětmi se ZP a KV do praxe	59
4.2.3	Technická podpora aplikace systémů AAK u dětí se ZP a KV	61
4.2.3	Sociální aspekty užití prostředků AAK u žáků se ZP a KV	64
	Použitá literatura	67
5	Možnosti výchovy a vzdělávání dětí a mládeže s viacnásobným postihnutím	71
5.1	Charakteristika osôb s poruchou hybnosti	71
5.1.1	Osoby s telesným postihnutím	73
5.1.1.1	Vrodené telesné postihnutia:	74
5.1.1.2	Získané telesné postihnutia	74
5.1.2	Komplexná starostlivosť o osoby s telesným postihnutím.....	75
5.1.3	Špecifická výchovy a vzdelávania žiakov s telesným postihnutím	78
5.2	Osoby choré.....	81
5.2.1	Klasifikácia ochorení podľa jednotlivých telových systémov	82
5.2.2	Špecifická výchovy a vzdelávania žiakov s ochorením.....	83
5.3	Osoby zdravotne oslabené.....	85
5.3.1	Špecifická výchovy a vzdelávania žiakov so zdravotným oslabením	86
5.4	Viacnásobné postihnutie v spojení s telesným postihnutím, chorobou alebo zdravotným oslabením	87
5.4.1	Charakteristika viacnásobného / kombinovaného postihnutia	87
5.4.1.1	Etiológia viacnásobného postihnutia s primárnym telesným postihnutím.....	88
5.4.1.2	Detská mozgová obrna ako diagnóza viacnásobného postihnutia	89
5.4.1.3	Niektoré ďalšie syndrómy	91
5.4.2	Výchova a vzdelávanie detí a mládeže s viacnásobným postihnutím v kombinácii s telesným postihnutím.....	94
5.4.2.1	Systém školských zariadení	95
5.4.2.2	Metódy špeciálno-pedagogickej práce s osobami s viacnásobným postihnutím	96
5.4.2.3	Zásady výchovy a vzdelávania osôb s viacnásobným postihnutím	97
	Použitá a odporučená literatúra	98
6	Žák se sluchovým postižením	99
6.1	Klasifikace sluchového postižení	100

6.2 Etiologie sluchového postižení.....	102
6.3 Komunikace osob se sluchovým postižením	103
6.3.1 Hlasitá řeč.....	103
6.3.2 Amplifikace zvuku	103
6.3.2.1 Sluchadla	103
6.3.2.2 Osobní zesilovače.....	104
6.3.2.3 Kochleární implantát	104
6.3.2.4 Kolektivní zesilovače (sluchadla)	104
6.3.3 Odezírání	105
6.3.4 Prstová abeceda (daktylní abeceda)	106
6.3.5 Český znakový jazyk.....	106
6.3.6 Znakovaná čeština	106
6.4 Školní integrace.....	107
6.4.1 Přednosti a negativa integrace u žáků se sluchovým postižením.....	107
6.4.2 Podmínky úspěšné integrace žáků se sluchovým postižením	108
6.4.2.1 Žák.....	109
6.4.2.2 Rodina	110
6.4.2.3 Škola.....	111
6.4.3 Zařazení žáka se sluchovým postižením do běžné základní školy.....	113
6.4.4 Žák se sluchovým postižením v běžné základní škole	114
6.5 Kombinované postižení se sluchovým postižením	117
6.5.1 Sluchové postižení v kombinaci se zrakovým postižením – hluchoslepota.....	117
6.5.2 Sluchové postižení v kombinaci s mentálním postižením	117
6.5.3 Sluchové postižení v kombinaci s tělesným postižením	119
6.5.4 Sluchové postižení v kombinaci s poruchou chování	119
6.5.5 Sluchové postižení v kombinaci s narušením komunikační schopnosti	120
Použitá literatura	121
Závěr.....	123

ÚVOD

Vzdělávání žáků se zrakovým a kombinovaným postižením, je v českých poměrech relativně novinkou – tedy dvacetiletou novinkou, se kterou učitelé na základních školách ještě stále vyrovnávají a učí pracovat.

Na základě nového školského zákona 561/2004 je povinností ředitele přijmout na základní školu každého žáka s postižením, jehož rodič o to požádá, a přesto se tak velmi často neděje. Když si pokusíme odpovědět na otázku, proč tomu tak je, dospějeme k vícero možným odpovědím.

První z nich je obava před neznámým, která je jistě pochopitelná, avšak neospravedlňuje zamítavý postoj.

Druhou by mohla být obava ze vzdělávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami, a to proto, že si učitel nebude jist zda tento úkol zvládne a zda tím žákovi spíše neuškodí, než pomůže. Tento názor je jistě ospravedlnitelný avšak je možné jej zvrátit. A právě o zvrát se pokusil již druhý kurz, který byl pořádán pod finanční záštitou Nadace profesora Vejdovského. Díky její podpoře se podařilo na Katedře speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci uspořádat pokračovací kurz pro učitele Olomouckého kraje, kteří vzdělávají, či v budoucnu budou vzdělávat zrakově postižené dítě. Na základě přání frekventantů kurzu předchozího, který se konal loňský školní rok (2005/2006) se letošní kurz složený ze čtyř seminářů zaměřil na integrované vzdělávání nejen zrakově, ale také kombinovaně postižených žáků.

Frekventantkám letošního kurzu byly přednesena témata o integrovaném vzdělávání zrakově postižených žáků, kdy toto téma úzce navázalo a doplnilo témata loňského roku. Dalšími novými tématy byla alternativní a augmentativní komunikace v rámci vzdělávání kombinovaně postižených žáků a výchovně vzdělávací proces u žáků hluchoslepých, sluchově postžených a jinak kombinovaně postižených. Všechna přednesená témata byla vyučujícími zpracována do písemné podoby a vy si je můžete přečíst v této publikaci.

1 ŽÁCI SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V PROCESU INTEGRACE

Díky tomu, že tématu integrovaného vzdělávání zrakově postižených byl věnován nejen celý kurz, ale také celá publikace – Integrace zrakově postiženého žáka, rozhodla se autorka neopakovat již napsané a tomuto tématu je v publikaci věnován prostor nejmenší, avšak v žádném případě zanedbatelný.

Problematika integrovaného školního vzdělávání žáků s různým stupněm zrakového postižení je téma, které v současnosti vyvolává nejen zájem a s ním spojené množství otázek, ale také zvyšující se povědomí společnosti o dané oblasti. Nejvyšší zájem je možno pozorovat jak ze strany rodičů dítěte se zrakovým postižením, učitelů, tak také poradenských pracovníků. Následující kapitola se proto pokusí zkráceně přiblížit žáky se zrakovým postižením z pohledu jejich nástupu do integrovaného proudu vzdělávání a důsledků, které jsou s tímto krokem spojeny.

1.1 Žák se zrakovým postižením

Při rozhodování o přijetí či nepřijetí zrakově postiženého žáka do třídy či školského zařízení, by si měl každý pedagog, ředitel či rodič uvědomit, že pokud mluvíme o zrakově postižených v žádném případě nehovoříme o homogenní skupině, ale právě naopak. Zrakově postižení jsou skupinou velmi rozmanitou s různými důvody, příznaky onemocnění a s nimi spojenými důsledky. Zrakově postižený není v žádném případě každý žák nosící brýle či kontaktní čočky, ale vždy je to až ten jedinec jemuž jeho zraková vada činí špatně korigovatelné potíže a to i po úpravě brýlovou, medikamentózní či jinou korekcí. Žáky se zrakovým postižením můžeme rozdělit podle vícera možných kritérií, z nichž některá jsou více či méně známá, jiná zůstávají pro laickou veřejnost zatím skryta.

Asi nejznámějším členěním osob se zrakovým postižením je jejich dělení podle stupně postižení na:

A) osoby nevidomé – za osoby nevidomé považuje Dotfelová (in Kraus, 1997, s. 317) ty jež mají „ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 – světlocit.

Praktická nevidomost:

- a) pokles centrální zrakové ostrosti¹ pod 3/60 do 1/60 včetně,
- b) binokulární zorné pole menší než 10° kolem centrální fixace.

Skutečná nevidomost:

- a) pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 – světlocit,
- b) binokulární zorné pole 5° a méně i bez porušení centrální fixace.

Plná slepota: světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu (amauróza).“

B) osoby se zbytky zraku - jsou ty osoby, jejichž zraková vada se pohybuje na rozmezí praktické slepoty a těžké slabozrakosti.

„Zbytky zraku jsou souhrnné označení pro stupeň poškození vidění, které umožňuje hrubou orientaci v osvětleném prostoru. Částečné vidění se v průběhu života může měnit jak ve směru zlepšení, tak i zhoršení.“ (Zášková, 1985, s. 117)

Tato kategorie osob se zrakovým postižením je svým způsobem výjimečná, neboť její stanovení vyplývá víceméně z potřeb speciálních pedagogů a ne lékařů, jak je tomu u jiných kategorií.

C) osoby slabozraké – stejně jako nevidomost, tak také slabozrakost je ve své podstatě nejdůležitější, i když pro potřeby speciálních pedagogů ne příliš podrobně specifikována v lékařské literatuře. Dotřelová (in Kraus, 1997, s. 317) pak o tomto podává svědectví svým tvrzením, že: „Slabozrakost je ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Z praktického hlediska dělíme slabozrakost na lehkou – do 6/60 včetně a těžkou – pod 6/60 do 3/60 včetně.

D) osoby s poruchou binokulárního vidění – tato skupina je nejpočetnější skupinou zrakově postižených v předškolním a mladším školním věku. Poruchy binokulárního vidění mohou být buď funkčního nebo orgánového charakteru a na tomto etiologickém základě jsou zároveň také velmi dobře léčitelné. Při poruchách binokulárního vidění je možno rozpoznat dvě základní skupiny postižení – šilhavost (strabismus) a tupozrakost (amblyopii).

a) Šilhavost

Podle Hromádkové (1991, s. 40) je: „ strabismus stav, kdy při fixaci určitého předmětu na blízko nebo do dálky se osy vidění neprotínají v tomtéž bodě. Je vždy přítomna větší nebo

¹ Centrální zraková ostrost = vízus, určuje se pomocí optotypů (prosvětlené tabule s písmeny, E, či kruhy), značí se pomocí zlomku, ve kterém číselník znamená vzdálenost ze které jedinec čte a jmenovatel číslo na optotypu. Zjednodušeně by se dalo říci, že zlomek 3/60 znamená tu skutečnost, že nevidomý čte ze tří metrů to co by měl číst z metrů šedesáti.

menší porucha jednoduchého binokulárního vidění. Strabismus je hlavně porucha funkční, navenek provázená asymetrickým postavením očí.“

b) Tupozrakost

Tupozrakost charakterizuje Divišová (1979, s. 56-57) takto: „Termín amblyopie – tupozrakost se obvykle užívá v užším smyslu k označení sníženého vidění oka, v němž objektivně nemůžeme prokázat žádné anomálie.“ V širším slova smyslu znamená snížené vidění jakéhokoliv stupně – vyjma slepotu – které nelze vykorigovat optickou korekcí.“ K jmenovanému je třeba konstatovat, že amblyopie se většinou týká pouze jednoho oka a vizus je na něm snížen minimálně na polovinu normálu.

Kromě zmíněného dělení zrakově postižených podle stupně vady je možno samozřejmě nalézt i mnohá další, která rozdělují zrakově postižené podle:

A) doby vzniku zrakového postižení

- vrozené příčiny (exogenní vlivy působící na matku v těhotenství, genetika,...),
- získané příčiny (progrese vady, úrazy, důsledky jiného onemocnění,...).

B) etiologie

- poruchy funkční (např. tupozrakost),
- poruchy orgánové (např. slabozrakost).

C) typu vady

a) narušení zorného pole – zorné pole je prostor, který jedinec vidí při fixaci oka a hlavy. Tento prostor může být narušen různými způsoby – od výpadku v celé polovně, přes kvadrální výpadky až po tzv. skotomy.

b) narušení zrakové ostrosti - Pešatová (2005) řadí do této kategorie refrakční vady. Je však otázkou zda refrakční vady považovat za postižení, které v nějaké míře ovlivňuje školní docházku dítěte, neboť nějakým druhem a stupněm refrakční vady trpí či v budoucnu trpět bude každý z nás. Proto je třeba opět konstatovat, že refrakční vada je postižením až ve chvíli, kdy se ji nedaří vykorigovat pomocí nejrůznějších metod. Mezi refrakční vady poté řadíme:

- krátkozrakost (myopie) – při této refrakční vadě nedochází ke střetu paprsků na sítnici, ale před sítnicí. Zmíněné se dá korigovat pomocí tzv. rozptylek.
- dalekozrakost (hypermetropie) – paprsky se nelámou na sítnici ale za ní. Tato vada je fyziologická u malých dětí do šesti let. V pozdějším věku se koriguje pomocí tzv. spojek.

- astigmatismus – nerovnoměrné zakřivení rohovky, méně často čočky při kterém se paprsky v oku nelámou přímo do jednoho bodu na sítnici a místo bodu pak jedinec vnímá čárku. Vada je korigovatelná cylindrickými skly, které lámou paprsky jen v žádané ose.

c) obtíže při zpracování zrakových informací – je ve své podstatě převodní porucha způsobena narušením buď zrakové dráhy, či zrakového centra při zachovalé správné funkci očního bulbu.

d) poruchy barvocitu – barevné vidění nám připadá naprosto samozřejmé, když však dojde k narušení světločivných buněk ve žluté skvrně, tzv. čípků může dojít k různým kombinacím poruch barevného vidění, z nejznámějších jmenujme alespoň Daltonismus (porucha vnímání zelené a červené barvy), monochromatismus (vnímání v odstínech pouze jedné barvy), achromatopsii (úplnou ztrátu barevného vnímání).

e) okulomotorické obtíže – nastávají při poruše buď okoohybných svalů (např. při paréze nastává paralytický strabismus) nebo při narušení zrakového centra v týlním laloku (např. Nystagmus – kmitavé, mimovolní oční pohyby).

1.2 Důsledky zrakového postižení

Jak již bylo zmíněno výše, s každým stupněm či typem postižení jsou spojeny různě závažné důsledky, které kromě běžného života zrakově postiženého jedince ovlivňují také jeho školní úspěšnost, pracovní uplatnění nebo uplatnění ve společnosti. Pokud se nad nimi zamyslíme, přijdeme na to, že některé jsou typické pro všechny osoby se zrakovým postižením avšak s různou mírou zastoupení u každého z nich. Existují však také důsledky, které byly pozorovány jen u jednoho člověka, či jedné kategorie postižených.

A) Do skupiny důsledků, které můžeme zevšeobecnit na celou skupinu zrakově postižených patří především:

- V různě vysoké míře postižené zrakové funkce, které poté dále ovlivňují zkreslenost a způsob přijímání informací. U narušení zrakových funkcí můžeme zmínit o narušení hloubkového a prostorového vidění, často také o narušení lokalizace, analýzy a syntézy, nebo třeba vizuomotorické koordinace. Pokud dojde k nápravě narušeného vidění, jako se tomu v 90% případů stává u amblyopie či strabismu dojde po různých

cvičení založených na zrakové stimulaci a terapii k nápravě narušeného vidění až do stavu blížícím se normálu.

- Obtíže při prostorové orientaci a samostatném pohybu. Problémy v této oblasti nemají pouze, jak by se mohlo zdát, osoby nevidomé, ale všechny skupiny zrakově postižených. Samozřejmě u nevidomých je tento důsledek nejmarkantnější, a také proto mají žáci s touto diagnózou, stejně jako žáci s diagnózou zbytky zraku, v rámci výuky na ZŠ zařazenu hodinu prostorové orientace týdně. U všech skupin zrakově postižených je nutno obtíže s prostorovou orientací a samostatným pohybem kompenzovat a eliminovat ve všech oblastech výchovně-vzdělávacího působení pedagogů v mateřské, základní i střední škole.
- Nutnost využívat kompenzačních činitelů. Každá ze skupin zrakově postižených využívá kompenzační činitele v různě vysoké míře v závislosti na úrovni zrakové ztráty. O kompenzačních činitelích bylo zmíněno již v publikaci, která předcházela této, a proto bychom na tomto místě tuto problematiku zmínili jen okrajově. Kompenzační činitele rozeznáváme vyšší a nižší. Za ty nižší pak považujeme naše zbývající smysly, tedy sluch, čich, chuť a hmat, naopak za vyšší jsou považovány schopnosti, vlastnosti, znalosti a osobnost zrakově postiženého jedince. Všechny kompenzační činitele je třeba rozvíjet již od útlého věku, nebo co nejdříve od doby zjištění zrakové vady.
- Potřeba využívat kompenzačních pomůcek. Problematikou kompenzačních pomůcek se zabývá speciální obor tyflopédie – tzv. tyflotechnika. Tyflotechnika je tedy obor, který pomocí technických pomůcek, přístrojů a zařízení pomáhá zrakově postiženým kompenzovat ztrátu zrakového vnímání, a to v co nejvyšší možné míře. Tyflotechniku jako samostatný obor je poté možno dále členit podle různých kritérií, o kterých jsme se opět již zmínili v publikaci Integrace zrakově postiženého žáka do základní školy, a proto toto téma již v publikaci dále rozvádět nebudeme.
- Pomalejší pracovní tempo. Tento důsledek bychom mohli laicky – „vše déle trvá“. Je relativně jedno zda jedinec zrakově postižený ke své práci využívá zbytky (slabozrací a žáci se zbytky zraku) zachovalého zrakového vnímání, či nikoliv (nevidomí), neboť každá zvolená cesta znamená ve svém důsledku zvýšenou námahu při získávání, zpracovávání, uchovávání či výdeji informací a na toto je třeba brát zvýšený ohled.
- Rychlejší unavitelnost. S předchozími třemi vytyčenými body je úzce spojen i tento poslední, který vyvstane dříve či později u každé osoby se zrakovým postižením, a to

právě na základě nutnosti využívání kompenzačních činitelů, či využívání zbytků zraku, který je takto velmi často enormně namáhán.

- Nutnost zohlednit zrakové postižení při výběru školského zařízení i pozdějšího pracovního uplatnění. Zrakově postižený žák a jeho rodiče musí vždy pečlivě volit mezi integrací a školou určenou pro zrakově postižené, stejně tak jako později mezi středními školami různého zaměření a různého zakončení. V České republice stále ještě neexistuje možnost konzultace s úřady práce na téma poptávky po určité práci za několik let, a proto záleží pouze na zdravém úsudku rodičů, kterou profesní dráhu žákovi vyberou.

B) Druhou skupinou jsou důsledky, které jsou specifické pro jednotlivé skupiny osoby se zrakovým postižením. Dalo by se říci, že i v důsledcích pro jednotlivé postižení je možno, ačkoli to zní zvláště, najít nějaké klady a zápory.

Osoby nevidomé patří mezi nejznámější a médii nejvíce propagovanou skupinu mezi zrakově postiženými a možná právě také z tohoto důvodu jsou důsledky ztráty zrakového vnímání nejen nejmarkantnější, ale také nejznámější. Kromě výše zmíněných důsledků platících pro všechny zrakově postižené můžeme vyjmenovat u nevidomých následující:

- Ztížený nácvik sebeobsluhy. Nemožnost odezírat děje kolem sebe a zároveň vyřazení zrakové kontroly při nácviku složitějších aktivit vede k nutnosti vše vysvětlovat pomocí slovního doprovodu a podpořit rozvíjením nižších a vyšších kompenzačních činitelů, proto aby nedocházelo k opoždění oproti intaktním vrstevníkům.
- Neschopnost číst černotisk a s tím spojené obtížnější získávání informací. V dnešní době rozvoje informačních technologií by se mohl zdát tento důsledek zanedbatelný, avšak není tomu tak vždy a právě v rámci výchovně-vzdělávacího procesu je tento handicap znatelný. Nevidomí žáci nemohou zajít jen tak do každé knihovny, tak jako jejich intaktní spolužáci, ale musí tuto jednoduchou činnost nahradit buď vyhledáváním na internetu, digitalizací zapůjčených materiálů nebo vypůjčením knih ve speciálních knihovnách pro zrakově postižené.
- Obtíže při navazování kontaktů. Ve chvíli kdy si chceme s někým promluvit vyhledáváme nejprve oční kontakt a teprve pak člověka oslovíme, avšak osoby s diagnostikovanou nevidomostí musí hledat náhradní řešení, které jsou většinou v běžných podmínkách obtížnější a ne vždy praktikovatelné.

Žáci se zbytky zraku jsou specifickou skupinou, nejen svým postavením na hranici mezi nevidomými a slabozrakými, ale také z předchozího bodu vyplývající potřeby a zákonem dané skutečnosti ve školním prostředí využívat tzv. dvojmetodu. Dvojmetoda ve výchovně-vzdělávacím procesu znamená, že se žáci učí číst a psát jak metodou černotiskovou, tak také Braillovým písmem, a proto jsou také nejhůře integrovatelnou skupinou mezi zrakově postiženými (vždy však s ohledem na osobnost zrakově postiženého jedince).

Ostatní důsledky pro osoby se zbytky zraku poté opět vyplývají z hraničního postavení mezi nevidomými a slabozrakými.

Skupina slabozrakých dětí, žáků i dospělých je nejméně rozpoznatelná od intaktní populace a jako taková je často i v rámci rodiny vychovávána, bez ohledu na možné důsledky, kterými jsou:

- Zvýšená unavitelnost při zrakové práci a s tím spojená nutnost zrakové relaxace. Dobu, kterou může zrakově postižený žák používat zrak na práci do blízka (tedy hlavně při čtení, psaní a výtvarných činnostech) stanovuje vždy oftalmolog a pedagog žáka by ji měl vyčíst z diagnózy. U každého žáka je stanovená doba různě dlouhá (5 – 15 minut) a minimálně na prvním stupni musí dobu hlídat a korigovat učitel.
- V rámci práce ve škole i doma dodržovat zásady zrakové hygieny. Zásady zrakové hygieny jsou pravidla a poučky, které je při práci se zrakově postiženým žákem třeba dodržovat, proto aby nedocházelo ke zhoršování zrakového vnímání. O zásadách bylo již opět psáno ve zmíněné publikaci „Integrace zrakově postiženého žáka do základní školy, a proto je zde pouze zopakujeme: správné osvětlení, a to vždy s ohledem na potřeby žáka; barevné klima v místnosti; kontrast (figura pozadí, sešit podložka,...); optimální korekce vady; střídání optimální práce do blízka s prací do dálky; rozsazení žáků v místnosti; materiálové vybavení místnosti.
- Možná progresse vady a s ní spojené omezení ve sportu i v běžném životě. Při každé činnosti je potřeba dbát na to, aby nedošlo ke zhoršení zrakového vnímání, a to především u žáků s vysokým nitroočním tlakem, glaukomem, rizikem odchlípení sítnice atp.

Žáci s poruchou binokulárního vidění jsou, jak již bylo výše zmíněno, nejpočetnější skupinou mezi zrakově postiženými v předškolním věku. Ve školním období by již většina žáků se strabismem či amblyopií měla mít vadu vyléčenu, nebo minimálně léčenu. Důsledky u žáků

s poruchou binokulárního vidění byly zmíněny již ve všeobecné části, jejich důsledky však mohou být díky pleopticko-ortoptickým² cvičením zmírněny či zcela eliminovány.

1.3 Integrace

Pojem integrace je v České republice zmiňován stále častěji než podobný pojem inkluze, kdy školní integrace znamená „dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně – vzdělávacích situacích.“ (Jesenský, 1995, s. 15).

V České republice je v současné době ve větší míře prosazována integrace individuální – tedy zařazení nevidomého dítěte mezi intaktní spolužáky, s nimiž bude mít dítě společný výchovný či vzdělávací cíl, a to i přesto, že ve Vyhlášce č. 73/2005 se hovoří také o možnosti integrace skupinové. Mimo možnosti rozdělit integraci na tzv. skupinovou nebo individuální nacházíme v literatuře také jiná členění integrace. Za mnohé z nich si jmenujme alespoň rozdělení integrace jako jedné z forem socializace podle Michalíka (1999, s. 13, 14), který se v rámci členění integrace rozhodl zaměřit především na instituce, ve které probíhá výchovně-vzdělávací proces. Základními protipóly tohoto členění pak jsou:

A. Dítě – žák se zdravotním postižením ve speciálním zařízení (škole, ústavu) - tzv. segregace.

B. Dítě – žák se zdravotním postižením ve skupině (třídě) dětí zdravých – tzv. integrace. Mezi krajními mezemi možných forem vzdělávání dětí s postižením nalezneme širokou škálu možností a praktických způsobů.

„A1 Dítě se zdravotním postižením tráví ve speciálním zařízení všechnen čas, jeho vzdělávání se odehrává výlučně v daném zařízení. Jsou omezeny i ostatní kontakty dítěte s přirozeným (rodinným, komunitním) prostředím. Zpravidla se jedná o děti s různým stupněm mentálního postižení, které ztratily možnost pobývat v původní rodině a jsou umístěny v ústavu sociální péče s celoročním pobytem.

² Pleoptika – rozcvičení tupozrakého oka při vyřazení oka zdravého.
Ortoptika – znovuobnovení, nebo vytvoření dokonalého binokulárního vidění.

A2 Dítě se zdravotním postižením je umístěno ve speciálním zařízení. V jeho vzdělávání se počítá i s občasou, ovšem pravidelnou a organizovanou, formou vzdělávání v prostředí zdravých dětí. Půjde zejména o děti umístěné v ÚSP, příp. v internátních zařízeních resortu školství. V praxi se jedná o exkurze, návštěvy, individuální vzdělávací pobyty v tzv. běžných školách apod.

A3 Dítě se zdravotním postižením je umístěno ve speciálním zařízení, jeho vzdělávání však probíhá v běžné škole s ostatními zdravými žáky. Speciálním zařízením zde bývá zpravidla ústav sociální péče pro daný typ postižení. Dítě za podpory zařízení navštěvuje běžnou školu v sídle ústavu. Možná je návštěva speciální třídy i začlenění dítěte s postižením do běžné třídy školy.

B1 Dítě pobývající v přirozeném komunitním prostředí (rodina, náhradní rodinná výchova) je vzděláváno v speciálním zařízení. Jedná se o speciální školu či její detašované pracoviště, případně i při ÚSP. Dítě je vzděláváno spolu s ostatními dětmi s daným typem a zpravidla i stupněm postižení.

B2 Dítě pobývající v přirozeném komunitním prostředí je vzděláváno v běžném školském zařízení ve speciálním prostředí. Jedná se o organizační formu speciálních tříd, které mohou být ustaveny při mateřských i základních školách. Speciální třídy je možno zřizovat pro všechny stupně postižení. I u této formy společného vzdělávání rozlišujeme širokou škálu stupňů a forem společného vzdělávání: od úplného oddělení organizační i obsahové stránky výuky až po různě organizované formy společného vzdělávání dětí s postižením i dětí zdravých v rámci dané školy, nebo i různých škol. Této organizační formě školské integrace se někdy říká (např. v SRN) kooperativní model vzdělávání.

B3 Dítě s postižením pobývá v přirozeném komunitním prostředí a je vzděláváno v běžné školském zařízení v prostředí skupiny (třídy) zdravých dětí.“

Pro úspěšnost školské integrace v jakékoli její formě, tedy ať individuální, nebo skupinové, se pro nevidomého žáka vytváří individuální vzdělávací plán (IVP). Na tvorbě IVP se podílí nejen učitelé předmětů, ale také rodiče dítěte, pracovník SPC a od určitého věku pak také samotný žák se ZP. Vše co by měl IVP obsahovat, pevně a přesně stanoví odst. 4 §6 Vyhlášky č. 73/2005 Sb.

Výchovně-vzdělávací proces zrakově postiženého žáka má svá jistá kritéria, je v něm potřeba využívat jiné metody i formy práce, avšak je třeba zachovávat rozsah i obsah učiva, které by mělo být modifikováno jen v určitých individuálně vzdělávacím plánem předem stanovených

případech. Aby mohli učitelé bez větších obav začít integrovaně vzdělávat nevidomého, nebo slabozrakého žáka je potřeba, aby znali následující zvláštnosti.

1.4 Specifika výuky integrovaného nevidomého žáka

Nevidomého žáka přijímá jak na základní, tak také na střední školu ředitel zařízení, a to vždy na žádost rodičů, jak je stanoveno ve Školském zákoně 561/2004. Rozhodnutí obou stran může být podpořeno speciálněpedagogickými centry (SPC), které jsou školským účelovým poradenským zařízením.

Všechny tři zmíněné instituce – rodina, škola (v zastoupení ředitele a kmenového učitele předmětu) a SPC - se poté podílejí na vytvoření Individuálně vzdělávacího plánu pro každého žáka. Novinkou, kterou přinesl zmíněný školský zákon je možnost již přímo v IVP určit potřebu druhého učitele (tzv. asistenta pedagoga) do třídy.

Předpokladem pro dobrou a úspěšnou integraci jsou:

- poučení a vzdělání učitelé, samotné dítě a jeho schopnosti, vlastnosti a dovednosti, rodiče, spolužáci, asistent pedagoga, nebo také osobní asistent žáka (viz publikace *Integrace zrakově postiženého žáka na základní školu*),
- ovládnutí Braillova písma jak žákem, tak také každým učitelem, který přijde se žákem do kontaktu během výchovně-vzdělávacího procesu,
- dokonalé materiální zázemí, které v sobě zahrnuje bezpečné prostředí, dostatek pevných orientačních bodů, vodících linií, neměnné pozice stolů na každou hodinu a speciální didaktické pomůcky (pomůcky založené na hmatovém vnímání, učebnice v Braillově písmu (zde je možné využití digitalizace stávajících a v hodinách běžně využívaných učebnic),
- znalost ovládnutí počítače a jiných technických pomůcek, a to opět jak žákem, tak také minimálně jedním z vyučujících,
- učitel musí integraci přizpůsobit metody práce (zpětná kontrola, nevyřazování z kolektivu, nejen monologická metoda, ale i dialogická), atp.,
- učitel by si měl uvědomit, že nevidomý žák bude potřebovat při určitých úkolech větší časovou dotaci, nebo individuální přístup a s tímto seznámit také spolužáky.

1.4.1 Specifika výuky integrovaného slabozrakého žáka

Stejně jako žáka nevidomého, tak také slabozrakého přijímá na základní školu ředitel této instituce, avšak na rozdíl od předchozího případu je jeho rozhodnutí mnohem častěji impulzivnější, rychlejší a méně problematické, neboť slabozraký žák může pracovat zrakovou cestou, a proto v integraci nevidí zástupci školy žádné možné specifčnosti. Avšak my se přesto o některých zvláštích zmíníme:

- je třeba znát přesnou diagnózu žáka (poskytuje ji rodič, nebo SPC, pokud dítě bylo v jeho péči a rodiče to dovolí),
- učitel se bude muset rozhodnout kam posadit žáka (vzhledem k jeho zrakovému postižení – výpadky v zorném poli, nystagmus, trubicové vidění,..., přizpůsobení tomuto také architektury třídy),
- samotné pracovní místo, je potřeba využít stoly se sklopnou deskou (je možno kontaktovat SPC), žák potřebuje více prostoru, stolek by proto měl být stabilní a s úložným prostorem,
- používání speciálních kompenzačních pomůcek – zvětšené texty, čtecí lupy (kamerové nebo digitální),
- připravenost třídy – vysvětlení jaké budou problémy, všichni musí používat stejnou velikost písma psaní na tabuli, vybalancování míry pomoci, jak a kam posadit (zda sám nebo s kamarádem),
- mnohem častější konzultace s rodiči, a to vždy s závislostí na potřebách žáka, rodičů, ale i učitelů,
- častý kontakt s SPC.

Na závěr je třeba říci, že obě formy vzdělávání (o vzdělávání ve školách primárně určených pro zrakově postižené žáky, jsme se v této kapitole záměrně rozhodli nezmiňovat, neboť publikace má mluvit převážně o integrovaném vzdělávání), ke kterým má v dnešní době zrakově postižené dítě otevřený přístup mají své výhody i nevýhody a závisí pouze na rodičích, která z výhod u nich převáží.

Výhodu integrace mnozí z rodičů i odborníků spatřují v možnostech vzdělávání dítěte v blízkosti jeho bydliště nebo ve včasném zapojení a zvyknutí si dítěte na vrstevníky a intaktní populaci.

Naopak výhodu vzdělávání na školách primárně určených pro zrakově postižené můžeme spatřovat v předpokládané přítomnosti odborně vzdělaného personálu, dostatku speciálních a kompenzačních pomůcek, používání odpovídajících metod a forem během výuky.

Nevýhoda školské integrace je často viděna v nepřipravenosti školy na její realizaci po stránce materiální, ale také např. po stránce personálního zabezpečení. Ne všichni učitelé pracující se zrakově postiženým žákem jsou ochotni se dál vzdělávat či měnit své zažité vzdělávací postupy a formy.

Za nevýhodu vzdělávání ve vedlejším vzdělávacím proudu pak mnozí rodiče považují vzdálenost školy pro ZP od místa bydliště, popř. nutnost umístění na internátě nebo také pozdější horší adaptaci nevidomého na intaktní populaci.

Kábele (in Jesenský, 1995, s. 51) k předchozím řádkům dodává, že „při shromažďování a umísťování postižených dětí ve speciálních školách a zařízeních dochází skutečně k určité segregaci, k vytržení postižených dětí z běžného rodinného a společenského prostředí a k dlouhodobému pobytu v prostředí speciální školy nebo zařízení, které je svým způsobem přizpůsobeno postižení svěřenců zpravidla tak, aby jim umožnilo pobyt a pohyb i výchovu a vzdělávání v tomto prostředí. Tím se ovšem někdy značně liší od normálního prostředí, do kterého se postižené dítě bude jednou vracet a které mu pak může činit větší nebo menší potíže. To je tedy do jisté míry nevýhoda. Naproti tomu výhodou tohoto řešení je, že takovou školu nebo ústav je možno vybavit speciálním zařízením nebo pomůckami, sloužícími k ulehčení pobytu a pohybu tělesně, zdravotně nebo smyslově postižených svěřenců i zařízením učeben a didaktickými pomůckami sloužícími k větší efektivnosti vyučování a umožňujícími i těžce postiženým žákům účast na výchově a vzdělávání, kterého by někteří z nich nebyli vůbec schopni. Kromě toho zde výchovu a vzdělávání zajišťují odborně připravení speciální pedagogové, kteří ovládají speciálněpedagogické výchovné a didaktické metody, jimiž dosahují výchovně vzdělávací výsledky, které by u těžce postižených žáků nebyly vůbec možné.“

Ať se v dnešní době rozhodnou rodiče zrakově postiženého dítěte pro jakýkoli výchovně-vzdělávací proud, vždy je podpoří již mnohokrát zmiňovaný Školský zákon a poté již bude jen na schopnostech a vůli žáka, podpoře rodičů a týmu pedagogických pracovníků jakého nejvyššího vzdělání žák dosáhne.

POUŽITÁ LITERATURA

DIVIŠOVÁ, G. *Strabismus*. Praha, 1979.

HALÁSOVÁ, E., KAMENICKÁ, V., MÚDRA, Š. *Ja to zvládnem sám*. Levoča: Združenie priateľov ZŠ pre nevidiacich a slabozrakých, 2005. ISBN 80-88704-62-6

HROMÁDKOVÁ, L. *Šilhání*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-102-0 (brož) :

HYCL, J. VALEŠOVÁ, L. *Atlas oftalmologie*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-382-2

JESENSKÝ, J. a kol. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-030-0

KEBLOVÁ, A. *Zrakově postižené dítě*. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-191-1

KRAUS, H. a kol. *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-079-1

LUDÍKOVÁ, L. *Tyflopédie*. Olomouc: UP, 1988.

MICHALÍK, J. *Škola pro všechny aneb Integrace je když...* Vsetín: ZŠ Integra, 2002. ISBN 80-238-9885-X

MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: UPOL, 1999. ISBN 80-7067-981-6

RŮŽIČKOVÁ, V. *Školní připravenost a její specifika u nevidomých dětí*. Olomouc: UP PdF KSP, 2007. 176 s. Disertační práce. Školitel prof. Ludíková.

STOKLASOVÁ, V. *Zkušenosti s integrací dětí do mateřských škol*. Olomouc, 2004. 109 s. + 7 příl. Diplomová práce. Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce prof. L. Ludíková.

Vyhláška č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Zákon č. 561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Zákon č. 563/2004 o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů

ZÁŠKODNÁ, H. *Psychopatologie a speciální pedagogika pro první stupeň základní školy a výchovné poradce*. Ostrava: PdF. 1985.

2 VÝCHOVNĚ-VZDĚLÁVACÍ PROCES U OSOB HLUCHOSLEPÝCH

Skupina hluchoslepých osob tvoří v závislosti na závažnosti postižení jedinečnou skupinu mezi osobami se specifickými potřebami. Stejně jako jsou tyto jedinci specifičtí v míře důsledků svého postižení, klasifikaci či různorodosti kombinací zrakového a sluchového postižení, jsou osobití také v názvech pod kterými byli v minulosti a také v současnosti označováni. Kromě názvu použitého v úvodu odstavce se v současnosti často setkáváme také s pojmem osoby s duálním sensorickým postižením, avšak v zahraniční či starší literatuře nalezneme také pojem slepohluší, slepohluchoněmí,...

2.1 Definiční vymezení hluchoslepoty

Totožně jako jsou odborníci ne vždy jednotní v označování osob s hluchoslepotou, jsou nejednotní také v definicích. V průběhu času se vykrystalizovala dvě základní hlediska, jedno z nich je funkční a druhé lékařské.

Lékařské definice posuzují vždy míru postižení zraku a sluchu, kdy hlavními zástupci tohoto vymezení jsou definice francouzské a polské. „Polská definice chápe za hluchoslepeho toho jedince jehož optický úhel (zorné pole) v lépe korigovaném oku není větší než 30 stupňů a jehož sluchové schopnosti mu umožňují přijímat podněty stejné nebo silnější než 40 dB za určitých frekvencí řeči, to je od 500 do 4000 Hz. (Ludíková, 2000, s. 11) Stejně jako z této definice, tak také z definice francouzské je zřejmé, že toto vymezení není vždy dostačující, neboť především u malých dětí se ne vždy podaří navázat spolupráci a stanovit tedy úroveň ztráty zraku či sluchu je velice obtížné, ne-li nemožné.

S výše napsanými nedostatky lékařských definicí se snaží vypořádat severské státy, které při klasifikaci osob hluchoslepých pohlížejí především na funkční hlediska. K tomuto pohledu se na počátku devadesátých let připojila také Česká republika, ve které se nejčastěji zmiňuje následující definice duálního sensorického postižení. „Hluchoslepota je takové současné postižení zraku a sluchu, které je závažné do té míry, že svému nositeli způsobuje problémy ve sféře psychické, sociální a běžných situacích všedního života. Je samostatnou kategorií, vyznačující se nutností individuálního a specifického přístupu k osobám takto postiženým, a to ať již v otázce výchovy, tak následně v oblasti vzdělávání a sociální rehabilitace. Takto postižené osoby tvoří různorodou skupinu, kde postižení každého jedince závisí na délce

projevu smyslového poškození a na jeho stupni.“ (in Ludíková, 2001, s. 12) Z definice je tedy zřejmé, že kromě ztráty zraku a sluchu posuzuje funkční definice také důsledky, které jsou s ní spojené, a to jak vzhledem k socializaci, tak také výchovně-vzdělávacímu procesu či komunikaci.

2.2 Etiologické vymezení hluchoslepoty

Na vzniku hluchoslepoty se podílí jak vrozené, tak také v pozdějším věku získané příčiny. Za mnohé z nich si jmenujme, alespoň ty základní:

- traumata (prenatální, perinatální, postnatální),
- intoxikace a virová onemocnění matky v době gravidity,
- cytomegalovirus,
- syphilis matky v těhotenství,
- toxoplasmosa v těhotenství,
- Usherův syndrom,
- syndrom CHARGE,
- Rosenbergův syndrom,
- syndrom Cogan I.,
- Pataaův syndrom,
- předčasné porody s následným umístěním dítěte do inkubátoru,
- porodní traumata,
- malformace různého typu,
- virové encefalitidy,
- bakteriální meningitidy,
- metabolické a ektodermální poruchy,
- mozkové nádory,
- úrazy hlavy.

Syndrom Charge

Název syndromu, je složen z počátečních písmen onemocnění, které se nejčastěji vyskytují u jedince, u kterého je diagnostikován. Název je tedy akronym složený z:

„,C“ – kolobóm (coloboma),

- „**H**“ – srdeční poruchy (heart defects),
- „**A**“ – neprůchodnost zadního nosního otvoru (atresia choanae, stenosis),
- „**R**“ – retardace růstu či opožděný vývoj (retardation of growth and/or developmental delay),
- „**G**“ – močopohlavní problémy (genitourinary problems),
- „**E**“ – ušní vady (ear abnormalities).“ (<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=671>)

Rubeola (zarděnky)

Zarděnky jsou virové onemocnění, jehož inkubační doba je cca 2 týdny. Infikace v prvním trimestru těhotenství znamená pro většinu narozených dětí velmi závažné postižení kterékoliv z částí jeho těla.

„Z hlediska možných následků pro oko je nejčastější katarakta, mikroftalmus, glaukom a opacity rohovky. Nejde však o specifický nález, který by vylučoval jinou etiologii. Proto průkaz souvislosti s kongenitální rubeolou je v pozdějším věku obtížný a možný jen při prokazatelném vyloučení jiných příčin.“ (Kuchynka, 2000, s. 19)

Toxoplasmóza

Toxoplasmóza patří mezi infekční onemocnění, jež je způsobené prvokem *Toxoplasma gondii*, kterého přenášejí domácí zvířata, mezi kterými jmenujme především kočky a králíky. Mimo problémů s otěhotněním může tato nemoc vést až k potratu, při přenosu z matky na dítě pak k poškození oka (mikroftalmus, chorioretinitida, katarakta, panuveitida a atrofie optiku) a poruchám CNS. (Vokurka, Hugo, 2002)

Cytomegalovirus

Tento virus patří do skupiny herpetických virů. Většina populace má již proti němu vytvořeny protilátky. Velmi závažné důsledky má tento vir při přenosu z matky na dítě v těhotenství. U narozeného dítěte pak ve velké míře dochází k vrozené atrofii očního nervu, či kataraktě. (Vokurka, Hugo, 2002)

Rozsah postižení bývá od lehkých symptomů až po vážná postižení. K nejzávažnějším patří chorioretinitis (zánět rohovky a řasnatého tělíska), atrofie očního nervu, katarakta (šedý zákal), intraokulární kalcifikace (nahromadění vápníku ve sklivci), mikroftalmus (malé oči), slepota, hluchota, mentální retardace, spasticita (zvýšené napětí ve svalu), epilepsie, mikrocefalus (malá lebka), poškození srdce, jater, sleziny nebo plic.

Syfilis (Lues)

Syfilis spadá mezi pohlavní choroby, která neohrožuje pouze život matky, ale je zde současně vysoké riziko, že touto chorobou bude nakažen také plod při průchodu porodními cestami.

Následkem této infekce se může po porodu u dítěte projevit progresivní zánět očí, či slepota. Dalšími důsledky může být přidružená hluchota či mentální retardace dítěte.

Usherův syndrom

Tento syndrom je závažným postižením sluchu a zraku. „Tento syndrom je příčinou hluchoslepoty asi v 50% všech případů. Jedná s o zrakové postižení – retinis pigmentosa. Poprvé se objevuje v předškolním věku noční slepotou. Během dětství a dospívání většinou progreduje a může končit až totální slepotou. Poškození sluchu v pásmu od lehké vady až po hluchotu je obvykle prvním diagnostickým příznakem. Poškození sluchu je většinou oboustranné a zasahuje vyšší frekvence. U některých osob s Usherovým syndromem se mohou vyskytovat problémy s udržováním rovnováhy. Velmi častým jevem u osob s Usherovým syndromem je střídání dnů, kdy mají pocit, že vidí lépe, se dny, kdy vidí hůře.“ (Ludíková, 2000, s. 15)

2.3 Klasifikační vymezení hluchoslepoty

Při vyřčení diagnózy hluchoslepoty si každý laik představí jedince, který nic nevidí ani neslyší a v horším případě ani nemluví, ale toto povědomí je špatné a zavádějící, a proto se jej snaží vysvětlit *klasifikace podle stupně sensorického postižení postižení:*

1. „totálně hluchoslepi - osoby s totální absencí zraku i sluchu,
2. prakticky hluchoslepi - osoby s minimálními zbytky zraku či sluchu,
3. slabozrací neslyšící - osoby se zbytky zraku a totální či praktickou hluchotou,
4. nedoslýchaví nevidomí - osoby se zbytky sluchu a totální či praktickou slepotou,
5. slabozrací nedoslýchaví - osoby se zbytky zraku i sluchu.“ (Ludíková, 2001, s. 14)

Vzhledem k tomu, že jmenované hledisko nezohledňuje dobu vzniku postižení, je zřejmé, že je nutno jej doplnit o další klasifikaci. Druhá klasifikace zohledňuje dobu, ve které došlo ke vzniku jednotlivých příznaků:

1. hluchoslepi od narození,

2. prvotně hluší se ztrátou zraku v raném období, což znamená mezi 6. až 9 rokem věku dítěte,
3. prvotně hluší s pozdní ztrátou zraku, což znamená ztrátu zraku po dosažení devátého roku věku dítěte,
4. prvotně nevidomí s ranou ztrátou sluchu,
5. prvotně nevidomí s následnou, pořečovou ztrátou sluchu,
6. prvotně vidící i slyšící s následnou ztrátou sluchu i zraku v raném období,
7. prvotně vidící i slyšící s následnou ztrátou sluchu i zraku v pořečovém období,
8. prvotně slabozrací s následnou ztrátou sluchu,
9. prvotně nedoslýchaví s následnou ztrátou zraku.“ (Ludíková, 2001, s.14)

Z uvedených klasifikací je tedy zřejmé, že variabilnost příznaků a z nich plynoucích důsledků je u každého jedince jiná a jako s takovým je třeba s dítětem v předškolním a školním věku pracovat. Vzhledem k tomu, že tento příspěvek se věnuje především dětem a žákům, budeme se zabývat prvním navazováním kontaktu a poté i možností vzdělávání na základní škole.

2.4 Navazování kontaktu s dítětem

Jak víme hluchoslepotu má především za následek výraznou izolaci od vnějších podnětů, kterou je třeba narušit. Vzhledem k tomu, že dítě hluchoslepé reaguje zcela pochopitelně na jakýkoli kontakt podrážděně a s obavami je nutné zmíněnou izolaci prolomit. Co nejvčasnější prolomení izolace vede k tomu, že u dítěte je zabráněno sensorické a především informační deprivaci.

2.4.1 Prolomení izolace:

- Dávat dítěti najevo, že jsem to já (např. nějakým gestem, kterým může být položení ruky na temeno hlavy), u některých dětí se dá využít signálů (různé, dle charakteristických znaků - nehty, prsteny, vousy, brýle, známá vůně,...).
- na začátku by měl být okruh osob „určených“ k prolomení izolace co nejmenší – na rozdíl od ostatních handicapovaných je u této skupiny postižených odsouvána socializace do co nejširšího okruhu osob až do pozdějšího věku. Ze začátku je třeba,

aby si dítě vytvořilo pevný vztah k úzkému rodinnému kruhu, který bude poznávat a s nimiž si bude postupně vytvářet svůj komunikační systém.

- Najít něco co je dítěti příjemné (koupání, pohupování, česání vlásků, jídlo, vození v kočáru,...) a na tomto stavět při snaze o zahájení kontaktu a později také komunikace.
- Vždy vycházet z toho, co chce dítě a tato přání usměrňovat až v pozdějším období, kdy je vztah již pevný a není možné jej přáním někoho jiného narušit.
- Měnit dobu navazování kontaktu.
- Najít komunikační systém, který bude vyhovovat jak stupni postižení dítěte, tak jeho rozumovým schopnostem, který bude odpovídající věku dítěte, a který se budou ochotni naučit také rodiče.

Komunikace u osob hluchoslepých bude vždy vycházet především ze stupně postižení a doby jeho vzniku.

2.4.1.1 Komunikace u osob hluchoslepých

Předpoklady pro úspěšnou komunikaci můžeme u dítěte hluchoslepeho vymezit jako potřebu ve které je nutno:

- získat pozornost dítěte (upoutat ho, využít smysly, které jsou použitelné, např. forma navázání kontaktu pomocí houpání – taktilní smysl),
- probudit zájem vzájemné pozornosti (rozvoj hmatu, reakce na světlo,...),
- zvolit komunikační kanál (hmatem, zrakem,...),
- navazovat komunikační situace prostřednictvím činností,
- vytvořit sociální prostředí (prostředí pro komunikaci),
- nalézt motivaci ke komunikaci a to jak na straně dítěte, tak také u jeho rodičů (tedy na straně obou komunikačních partnerů).

Ludíková a Souralová (in Ludíková, 2001) rozeznávají tyto možné komunikační systémy u osob hluchoslepých:

- Nesymbolická komunikace (založena na řeči těla – vlastní systém vyjadřování – vrozená gesta – naladění). Navázat kontakt, předvídat pohyby a navazovat na ně. Učíme se porozumět signálům dítěte – určování libých pocitů.
- Užití reálných objektů - předměty umožňující komunikaci (hrnek – pití, lžice – jídlo, houba – mytí,...).
- Užití symbolických objektů (obrázky, reliéf, schématické obrázky).
- Dvojrozměrná interpretace objektů (u totální hluchoslepoty není).

- Gestikulace (zde je potřeba určitá míra abstrakce). Určitý omezený počet posunků – vyjádření činnosti. Rukou, oběma, částí těla. Někdy celá věta, to co je přirozené pro dítě.
- Znaková řeč, která je souhrnem vizuálně pohybových symbolů. Tvořena může být pomocí jedné nebo obou rukou. Podle toho jakou ztrátu zraku dítě má se mohou zavádět také speciální metody pro komunikaci ve znakovém jazyce, např. metoda ruka v ruce.
- Daktylní (prstová) abeceda.
- Braillovo písmo – toto se může používat buď jako náhrada psané řeči, nebo v modifikaci také jako dorozumívací prostředek, který má nahradit mluvenou řeč (Braillova abeceda do dvouprstů, nebo do dlaně).
- Lormova abeceda (dlaňová abeceda).
- Vpisování tiskacích písmen do dlaně.
- Psané písmo.
- Orální řeč – a její odezírání, či při úspěšné kompenzaci ztráty sluchového vnímání sluchadlem nám běžným způsobem.

Výše popsané komunikační systémy, a to jak alternativní, tak také augmentativní, je možno kombinovat do té míry, aby informační deficit způsobený ztrátou dvou nejdůležitějších smyslů byl co nejmenší a dítě se mohlo zařadit do výchovně-vzdělávacího systému nejdříve v mateřské a později na základní škole.

2. 5 Výchovně-vzdělávací proces

Výchova začíná ihned po narození dítěte, kdy na něj záměrně i nezáměrně působí instituce rodiny. Rodiče, kteří své dítě ovlivňují v největší míře jsou však informací o stanovené diagnóze natolik zaskočeni, že často nejsou plnit ani základní úkoly. A vzhledem k tomu, že čas tzv. hraje proti nim, je potřeba, aby svou roli co nejdříve sehrála poradenská zařízení. V předškolním věku zde existují pro rodinu dítěte s duálním senzoryckým postižením především střediska rané péče (SRP) – rodiče si podle místa bydliště a závažnosti postižení mohou vybrat buď SRP pro zrakově postižené (7 v České republice – v Praze, Liberci, Českých Budějovicích, Plzni, Brně, Olomouci a Ostravě) nebo pro sluchově postižené (2 v České republice – v Berouně u Prahy a v Olomouci). Ať si již rodina vybere kterékoli ze

zmíněných středisek, je jisté, že se jim dostane kvalifikovaných služeb a pomoci na všech úrovních a ve všech oblastech, ve kterých to budou vyžadovat.

Před nástupem do školy a po té během povinné školní docházky si dle koncepce vzdělávání hluchoslepých (Ludíková, 2000, s. 47) přebírají děti s hluchoslepotou různá poradenská zařízení, které i nadále poskytují kompletní poradenský servis:

„1. Zřízení speciálních tříd pro hluchoslepé děti, do kterých mají být zařazovány ty hluchoslepé děti, které nutně potřebují odbornou péči, která jim nemůže být poskytnuta v jiném speciálním zařízení. Maximální počet žáků v této třídě by měl být čtyři a na jednoho až dva hluchoslepé žáky by měl být jeden vysokoškolsky vzdělaný speciální pedagog se zaměřením na tyflopédii či surdopedii.

2. Zřízení speciálněpedagogického centra pro hluchoslepé, které má provádět depistáž a diagnostiku s cílem stanovení prognóza a doporučení vhodné formy péče o hluchoslepé dítě. Současně úkolem pracovníků této instituce má být zajišťování poradenských služeb pro klienta, rodinu a pečující zařízení. V neposlední řadě mají pracovníci centra spolupracovat se všemi zařízeními, kde jsou umístěni hluchoslepi klienti.

3. Zajištění ambulantních pobytů ve speciálních třídách pro hluchoslepé děti, na které jsou zvány matky se svými hluchoslepými dětmi, o něž normálně pečují doma. Při těchto pobytech pracovníci zařízení jednak provádí potřebná diagnostická vyšetření, učí matky nové postupy, jak s dítětem potřebné aktivity nacvičovat a připravují pro rodinu plán, co mají s dítětem dělat v údobí mezi dalším ambulantním pobytem.

4. Ambulantní péče v rodině, která je určena pro případy, kdy hluchoslepé dítě nemůže být umístěno v zařízení a nelze ani realizovat ambulantní pobyty. V těchto případech by měli pracovníci speciálněpedagogického centra připravovat individuální plán a pravidelně docházet do rodiny, kde pečující osoby zaškolují v potřebných postupech, aby se dítěte dostávalo odpovídající odborné péče.“

V současnosti je možno říci, že děti s hluchoslepotou jsou vzdělávány podle Individuálně vzdělávacího plánu, který je vždy přizpůsoben individu u dítěte, jeho schopnostem, vlastnostem, dovednostem a také stupni postižení. Pro děti hluchoslepé existují v České republice dvě speciální třídy, které jsou zřízeny při základních školách pro sluchově postižené v Berouně u Prahy a v Olomouci.

Děti s mírnějším, či řekněme méně závažným postižením (např. nedoslýchavost s lehkým stupněm slabozrakosti) mohou být vzdělávány v rámci integrace na základních školách po celé České republice.

Problematika osob hluchoslepých je jednou z nejtěžších a nejméně prozkoumaných oblastí a toto se nepokusila změnit ani tato kapitola. Na základě zakázky, která byla zadána frekventanty pokračovacího kurzu (Integrace zrakově postiženého žáka na základní školu), pouze krátce shrnula dosavadní poznatky z oblasti znalostí poskytování péče o osoby hluchoslépé. Přesto však doufáme, že stejně jako aktérky kurzu, tak i vy se v ní dozvíte alespoň to základní a na tomto budete dále stavět.

POUŽITÁ LITERATURA

KUCHYNKA, P. (uspořadatel) *Trendy soudobé oftalmologie*. Praha: Galén, 2000.
ISBN 80-7262-043-6

LUDÍKOVÁ, L. *Edukace hluchoslepého dítěte raného věku*. Olomouc: VUP, 2001.

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1154-7

LUDÍKOVÁ, L. *Vzdělávání hluchoslepých I*. Praha: Scientia, 2000.

LUDÍKOVÁ, L. *Vzdělávání hluchoslepých III*. Praha, Scientia, 2001.

RŮŽIČKOVÁ, V. *Školní připravenost a její specifika u nevidomých dětí*. Olomouc: UP PdF KSP, 2007. 176 s. Disertační práce. Školitel prof. Ludíková.

ŠTĚRBOVÁ, D. a kol. *Hluchoslepota - lidé s ní a kolem ní*. Olomouc: UP, 2006.
ISBN 80-244-1433-3

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2002.
ISBN 80-85912-97-x

Internetové zdroje:

www.lorm.cz (11. 6. 2007)

<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=671> (9. 6. 2007)

3 NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI U DĚTÍ A ŽÁKŮ SE ZRAKOVÝM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Učení bez účasti zraku (tzn. i učení se řeči) představuje v porovnání s vývojovým procesem vidících dětí či dětí s lehčím stupněm zrakového postižení složitý proces (Pihrtová in Škodová, 2003). Podle odborných pramenů se zrak na tvorbě řeči podílí cca ve 30% (Klenková, 2006).

Je dokázáno, že v důsledku těžkého zrakového postižení je narušena především dynamika vývoje řeči. V raných obdobích vývoje dítěte tak dochází ke zpomalení vývoje řeči a později (na počátku školní docházky - nejčastěji v 1.-3. třídě, kdy si žák osvojuje stereotypy spojené s užíváním Braillova písma) pak dochází k akceleraci řečového vývoje (Lechta, 2002).

Těžké postižení zraku – slepota - má dále vliv i na aktivaci CNS nevidomého dítěte, limituje jeho motorický vývoj (hrubá motorika, jemná motorika, koordinace oko-ruka), podmiňuje raný vývoj rozvoje kognitivních funkcí (důležitou roli zde hraje chápání vztahů mezi předměty a jevy) a zpravidla je také příčinou prodloužené závislosti dítěte na matce a užším sociálním okolí (Vágnerová, 2004).

3.1 Komunikace a komunikační proces

Komunikace (z latinského *communicare* – činit společným, sdílet) je jednou z nejdůležitějších životních potřeb člověka. Má své nezastupitelné místo při jeho socializaci a edukaci (Vybíral, 2000).

Komunikační proces je ve své podstatě založen na koloběhu informací mezi komunikujícími (Vašek, 2003). Ty musí jedinec na základě své momentální role v rámci komunikačního procesu kódovat či dekódovat (Vybíral, 2005). Komunikační akt je zpravidla založen na tradičních komunikačních prostředcích, mezi něž lze zařadit např. jazyk, grafické symboly, gesta a mimiku (Good, 1996).

V současné době je v rámci teorií komunikace uplatňován tzv. transakční model komunikace, který integruje roli mluvčího a posluchače (tzv. emitora a recipienta informace) a jednotlivé prvky komunikačního procesu považuje za vzájemně závislé a neoddělitelné (De Vito in Vitásková, 2005).

V souvislosti s pojmem komunikace se setkáváme také s pojmem komunikační kompetence. Komunikační kompetence jsou obecně považovány za součást pragmatické roviny jazyka,

vycházejí ze znalosti struktury a systému komunikace a sdružují konverzační a interakční dovednosti jedince (Vitásková, 2005). Současně je lze považovat za schopnost jedince funkčně komunikovat s okolním prostředím a na podkladě této komunikace uspokojovat každodenní komunikační potřeby (Light in Light, Binger, 1998).

Je třeba zdůraznit, že v terminologickém aparátu speciální pedagogiky dochází v oblasti pojetí komunikační kompetence k mírnému posunu. Komunikační kompetence je chápána jako základní předpoklad (výhodisko) pro komunikaci mezi skupinami jedinců se specificky narušenou komunikační schopností (např. mezi neslyšícími, osobami s dětskou mozkovou obrnou, osobami po cévních mozkových příhodách, atp.) a intaktní populací (Vybíral in Vitásková, 2005).

3.2 Komunikace jako základ sociální interakce

Schopnost komunikovat je považována za základ sociální interakce jedince. V ideálním případě má podobu verbálního projevu. Vědomé užívání jazyka ve všech jeho formách jako složitého komunikačního systému znaků a symbolů označujeme jako schopnost řečové komunikace (Lechta in Klenková, 2000).

Perspektivy sociální interakce jsou podle Piageta ovlivněny zejména kvalitou jazykových kompetencí jedince a jejich realizací formou komunikačního výstupu do okolí (Kamhi in Chapman, 1992).

Komunikační potenciál dítěte se za normálních okolností rozvíjí v kontextu ontogenetického vývoje, a to přes komunikaci pomocí předmětů, obrázků, signálů těla, přes pochopení abstrakce pojmů, významových gest, strukturovaných znaků a přes hláskování, přičemž jednotlivé úrovně komunikace se navzájem prolínají (Gadlinová, 1998). Vrcholnou formou komunikace je užívání slov, tj. nejmenších jazykových jednotek, které mají věcný i mluvnický význam (Klenková, 2000).

Komunikace, resp. řeč – verbální projev - má pro člověka hned dvojí význam. Primárně plní funkci komunikační, tzn. umožňuje sociální kontakt a zprostředkovává výměnu informací mezi lidmi, ale má také funkci kognitivní, tzn. že se podílí na rozvoji symbolického a abstraktního myšlení jedince, přičemž se jedná o obousměrný proces, tzn., že komunikace podporuje rozvoj myšlení a myšlení podporuje rozvoj komunikace (Krahulcová, 1997).

Základem komunikace je přenos informací, které mohou být kódovány vizuálně, motoricky, auditivně či kombinovaně. (Krahulcová, 1998). Řeč je pak v podstatě považována za přenos informací kombinovanou formou. Jejím aktivním užíváním se jedinec automaticky vřazuje do společnosti, tzv. se socializuje (Novosad, 1997).

Nejvýrazněji se pojetí komunikace jako sociální interakce demonstruje v oblasti školství - vzdělávání, kde v procesu učení dochází k permanentnímu koloběhu informací.

Komunikace v sociálním kontaktu mezi lidmi zpravidla neprobíhá bezúčelně. Lidé při vzájemné komunikaci směřují k naplnění určitého komunikačního cíle, a to za účelem informovat se, někoho instruovat, přesvědčit ho, domluvit se, pobavit se.

Za latentní cíl komunikace bývá považována motivace sebepotvrzovací, jež je velmi důležitá zejména pro rozvoj osobnosti každého jedince, slouží k potvrzení jeho důležitosti v očích druhých i svých vlastních, k upřesnění a potvrzení vlastní identity. Prostředkem sociální adaptace člověka je pak motivace adaptační, kdy komunikací prezentujeme svou pozici v sociálním světě, především svou životní a profesní roli.

Komunikaci lze považovat za základ sociální interakce mezi lidmi, jenž je předpokladem úspěšné realizace procesu socializace, tj. včleňování člověka do společnosti (Vybíral, 2005).

3.2. 1 Význam komunikace pro člověka

Komunikace je dnes chápána nejenom jako proces sdělování, ale současně také jako proces sdílení. Tato významová dimenze komunikace je velmi důležitá, neboť komunikační proces není redukován pouze na procedurální mechanický akt, ale je prohlouben o motivy empatie a sounáležitosti (Kubík, Housarová, 2004).

Význam komunikace pro člověka je nesporný, což lze demonstrovat především v těch případech, kdy je komunikační schopnost jedince, zejména pak expresivní složka řeči, výrazně narušena.

Narušení vývoje řeči zpravidla vede ke zpomalení vývoje poznávacích procesů, k podnětové a informační deprivaci, k ohrožení socializace jedince, ale i k limitám v oblasti vytváření sociálních rolí a statutu jedince, jakož i k narušenému sociálnímu učení ve smyslu chápání a užívání základních společenských norem a pravidel nebo k poruše společenské adaptace až maladaptace člověka (Novosad, 1997).

Existence člověka ve společnosti je realizací komunikačního aktu v podstatě podmíněna. Komunikační akt může být realizován standardním nebo alternativním způsobem, vždy však musí korespondovat se situačním kontextem sdělení. Ten vyžaduje od účastníků komunikačního aktu přijetí konkrétní situační role, z níž vyplývají určitá očekávání spojená

s jejich chováním a vystupováním. V zásadě platí, že každá role vyžaduje jiný, kognitivně komunikační přístup. Individuální rozsah komunikačních strategií každého jedince pak určuje i jeho postavení ve společnosti. Osoby s výrazně narušenou komunikační schopností jsou tak často automaticky vytlačovány na okraj společnosti (Kubík, Housarová, 2004).

S ohledem na zvyšující se nároky na člověka je třeba zajistit, aby i osoby se specifickými potřebami našly v rámci společnosti důstojné postavení a měly příležitost k seberealizaci. Z tohoto důvodu je nutné eliminovat možnost vzniku komunikačního deficitu vytvořením vhodného modelu podpory rozvoje komunikace, ať se jedná o dítě či dospělého jedince s narušenou komunikační schopností.

Při tvorbě intervenčního programu je důležité se zaměřit na funkčnost stávajícího komunikačního potenciálu, na formy, kontextová hlediska, jakož i na obsah komunikace a z nich vycházet (Gadlinová, 1998).

3.3 Narušená komunikační schopnost u dětí se zrakovým a kombinovaným postižením

U dětí a žáků se zrakovým postižením (dále pouze ZP) dochází velmi často k různému stupni narušení komunikační schopnosti, což je podmíněno faktem, že člověk získává zrakem 70-80% informací z okolí a je-li jeho zrak těžce postižen, pak se to projeví i v oblasti komunikace, resp. v oblasti narušení komunikační schopnosti (dále pouze NKS).

Obecně lze konstatovat, že stupeň NKS se přímo úměrně odvíjí od období, kdy došlo ke vzniku zrakového postižení. Pokud ztráta zraku nastala v raném období vývoje dítěte, tj. před zafixováním správné výslovnosti (= před ovládnutím foneticko-fonologické roviny jazyka), pak zpravidla dochází k opoždění vývoje řeči, popř. k lehkému až středně těžkému NKS. Faktor vzniku zrakové vady pak bývá zpravidla umocňován navíc koexistencí dalšího postižení, narušení či onemocnění (kombinovanou vadou – dále pouze KV). Zde pak zpravidla hovoříme o narušeném či omezeném vývoji řeči, o středně těžkém až těžkém NKS (Klenková, 2006).

S ohledem na průběh komunikačního procesu dochází u dětí a žáků se zrakovým postižením k narušení komunikační schopnosti již ve fázi iniciální, tj. ve fázi percepce = při příjmu informace prostřednictvím zrakového kanálu. U jedinců s kombinovaným postižením pak

může být situace v iniciální fázi komunikačního aktu ještě navíc komplikována deficitem v oblasti sluchového vnímání.

Pokud se jedná o jedince se ZP s přidruženým mentálním postižením, pak tito jedinci mívají navíc obtíže v tzv. mediální fázi práce s informací, tj. ve fázi jejího zpracování, uchování a znovuvybavení.

Komunikační akt jedinců se ZP může být často narušen jak ve fázi iniciální, tak ve fázi finální. Je tomu tak nejčastěji u dětí a žáků se zrakovým a současně se somatickým postižením, jež ovlivňuje možnost expresivního vyjádření jedince (např. u diagnózy dětská mozková obrna) (Vašek, 2003).

S ohledem na skutečnost, že narušení komunikační schopnosti je u dětí a žáků se zrakovým postižením průvodním příznakem jiného dominantního postižení, narušení nebo onemocnění, hovoříme o tzv. symptomatické poruše řeči. U nevidomých dětí předškolního věku (ve věku 5-7 let) je uváděn až 60% výskyt NKS (Vašek a kol., 2003). Někteří autoři např. Volkov (1974), Graham (1980) uvádějí dokonce cca 76% výskyt vad řeči u dětí se zrakovým postižením. Tuto skutečnost v podstatě nepřimo potvrzuje i Lechta (1985), který poukazuje na výsledky svých výzkumů zabývajících se zkoumáním obsahové stránky řeči nevidomých dětí v 1. a 2. třídě, kdy konstatuje, že žádné ze zkoumaných dětí nedosáhlo úrovně normy.

Různí autoři (např. Chvatcev (1959), Jesenský (1962), Litvak (1979), Bubeníčková (1980)) dále uvádějí 1,5 – 6ti násobně vyšší výskyt vad řeči v populaci jedinců se zrakovým postižením oproti skupině intaktních dětí a u dětí z vrozeným zrakovým postižením pak poukazují na 3 násobně vyšší výskyt vad řeči ve srovnání s dětmi se získaným zrakovým postižením (Lechta, 2002).

Z jednotlivých druhů NKS se u dětí s těžkým zrakovým postižením nejčastěji vyskytuje dyslalie (patlavost). Neboť postižení zraku již v raném věku dítěte často limituje hru s mluvidly vznikající na základě imitace mluvního vzoru matky (bilabiální hlásky P,B,M). Nevidomé a těžce zrakově postižené děti tak nemají možnost rozvíjet řeč s oporou o vizualizaci správného řečového vzoru. Řeči se učí převážně na základě zpětné sluchové vazby, popř. na základě taktilního vnímání. Omezena je tak později i možnost autokorekce vadné výslovnosti. Problémy dětem a žákům s těžkým zrakovým a kombinovaným postižením nejčastěji činí např. diferenciaci bilabiálních hlásek M,N a interdentalní (mezizubní) výslovnost hlásek alveolárních T,D,N.

U nevidomých dětí a žáků se můžeme dále setkat také s výskytem balbuties (koktavosti) (5-11%), tumultus sermonis (breptavosti)(2,7-3,5%), rhinolalie (huhňavosti) (4-11%) a s dysfoniemi a afoniemi (s poruchami hlasu) (6,5%).

Narušeno bývá i neverbální chování, hovoříme o tzv. narušeném koverbálním chování, kdy řeč dětí a žáků s těžkým zrakovým a kombinovaným postižením může být doprovázena nekoordinovanými mimickými pohyby (souhyby), synkinézami (mimovolnými pohyby sdruženými s pohybem volným) artikulačních orgánů, ale i nefunkčními pohyby horních končetin či celého těla, jež ne vždy odpovídají dané komunikační situaci (Klenková, 2006). Statistiky uvádějí až 40% výskyt poruch koverbálního chování u nevidomých žáků mladšího školního věku (Lechta, 2002).

3.3.1 Vývoj řeči u dětí se ZP a KV

Vývoj řeči dětí se zrakovým a kombinovaným postižením lze přehledně popsat na základě charakteristiky vývoje jednotlivých jazykových rovin.

V rovině lexikálně-sémantické, tedy v rovině jež se zabývá výstavbou slov a větných celků, se např. dle Fischera (1975) a Batemanové (1977) nesetkáváme v porovnání s vývojem řečového vývoje vidomých dětí zpravidla s žádnými odchylkami. Oproti tomu Fromm a Degenhardtová (1990) uvádějí, že k narušení lexikálně-sémantické roviny jazyka dochází naopak téměř vždy, neboť většina dětí s těžkým zrakovým postižením nemá reálnou představu o předmětu, jež pojmenuje či popíše (Lechta, 2002). To souvisí se skutečností, že intaktní dítě si představy o světě a následně i význam pojmů integruje na základě tvarů předmětů. Dítě se ZP je však odkázáno pouze na jejich akustické a haptické znaky a vlastnosti (Dittrichová, Papoušek, Paul a kol., 2004). Narušena je také asociace mezi slyšeným slovem a pohybovým výrazem, mimikou a gestem, jež zpravidla dětem bez zrakového postižení značně usnadňují pochopení obsahového významu slov (Sovák in Lechta, 2002).

Je důležité si také uvědomit, že řeč se pro nevidomé dítě – žáka postupně stává prostředkem ke kompenzaci zrakového deficitu. Dítě se v období školního věku snaží získávat informace jemu nejdostupnější cestou – slovně (verbálně). V kontextu rozvoje foneticko-fonologické roviny jazyka lze u osob se ZP spatřovat určitou diskrepanci v kvantitě slovní zásoby a v kvalitě představ o objektu. V tomto případě hovoříme o tzv. verbalismu (Lechta, 2002). Ten je ve spojení s osobami se zrakovým postižením definován jako mluvní projev charakteristický záměrným využitím slov nebo slovních spojení, kdy komunikant (obvykle dítě, ale i dospívající či dospělý člověk se ZP) slovním, jež užívá ke komunikaci, nerozumí nebo je užívá neadekvátně v kontextu dané komunikační situace (Dvořák, 2001). Verbalismus osob se ZP lze výrazně korigovat a redukovat, a to tím, že nevidomému člověku nabídneme praktickou zkušenost - dostatek příležitostí k manipulaci s předměty, jejichž názvy si má osvojit.

V oblasti morfologicko-syntaktické roviny jazyka dochází u těžce zrakově postižených dětí zpravidla k výraznému narušení, jež se projevuje až do období mladšího školního věku. Dítě tvoří věty, jež jsou jednoduché, s agramatismy, s absencí či eliminací určitých slovních druhů (např. přídavných jmen, příslovcí, číslovek – což je zapříčiněno sníženou schopností vnímání kvalitativních znaků okolního světa). Pokud však není k postižení zraku přidruženo další např. mentální postižení, pak nevidomé děti dokáží v období předškolního věku tyto nedostatky dobře kompenzovat, a to s využitím smyslové zkušenosti a dále pak s využitím myšlenkových procesů - analogizace, abstrahování a generalizace (Ditrichová, Papoušek, Paul, a kol., 2004).

Narušení foneticko-fonologické roviny jazyka dětí s těžkým ZP se demonstruje výrazně zejména v období, kdy se u intaktních dětí začíná spontánně rozvíjet schopnost imitace pohybů artikulačních orgánů. Intaktní dítě má možnost neuvědoměle odezřít ze svého sociálního okolí vše to, co je nutné dítě se zrakovým postižením učit nepřímou, zprostředkovaně – zpravidla hmatovou cestou. V dané rovině je důležité také rozvíjet schopnost fonemtické diferenciaci. Tato schopnost je velmi důležitá pro vyvození, popř. pro reedukaci artikulačně příbuzných hlásek.

Pragmatická rovina jazyka osob s těžkým zrakovým postižením je do značné míry ovlivněna absencí zrakového kontaktu mezi nevidomým a jeho komunikačním partnerem. Aniž si to uvědomujeme, zrakový kontakt umožňuje v běžné komunikaci mezi intaktními osobami značně modifikovat formu i obsah výpovědi. U osob s těžkým zrakovým postižením může být pak zrakový kontakt nahrazován kontaktem taktilním. Přesto však poměrně často dochází u těchto jedinců k narušení tzv. koverbálního chování, kdy postoj, mimika, gesta atp. nevidomého jedince neodpovídají dané komunikační situaci (Lechta, 2002).

3.3.2 Nárys podpory rozvoje komunikačních schopností u dětí se ZP a KV

Předpokladem pro zajištění optimálního rozvoje dítěte se ZP či KV je včasné rozpoznání jeho nedostatků, včasná diagnostika a zajištění odpovídající komplexně pojaté terapie, terapii logopedickou nevyjímaje (Klenková, 2002).

Při logopedickém vyšetření dítěte se zrakovým či kombinovaným postižením hodnotíme: kvalitu orálních reflexů, senzitivitu dutiny ústní, schopnost příjmu potravy (žvýkání, polykání), výskyt hypersalivace, kvalitu motorických funkcí v orofaciální oblasti, schopnost udržení očního kontaktu, respiraci, fonaci, rezonanci, sluchovou percepci a schopnost fonemtické diferenciaci, artikulaci jednotlivých hlásek, porozumění řeči, rozsah slovní zásoby, prozodické faktory řeči a koverbální chování.

Vzhledem k tomu, že narušená komunikační schopnost může negativně ovlivnit společenskou integraci dítěte se zrakovým či kombinovaným postižením, je třeba intervenci v oblasti řečové terapie věnovat pozornost již v raném věku dítěte se ZP, a to v rámci komplexně pojaté péče. Ta by měla být kromě oblasti speciálněpedagogické zaměřena také do oblasti medicínské, psychologické a sociální, neboť logopedickou péčí nelze pojímat jako izolovanou činnost, musí probíhat souvisle a s podporou dalších oblastí vývoje. Při rozvoji komunikační schopnosti těžce zrakově postižených dětí a žáků je třeba využít všech nižších (ale i vyšších) kompenzačních činitelů (sluch, hmat, chuť) (Klenková, 2006).

Ke každému dítěti se ZP a KV je důležité přistupovat individuálně a vytvořit zcela individualizovaný terapeutický postup. Ten musí vycházet z obecně platných postupů zaměřených na (je-li to možné):

- úpravu postury,
- vytvoření a udržení očního kontaktu,
- vhodnou motivaci ke komunikaci,
- rozvoj orofaciální motoriky,
- terapii poruch citlivosti v dutině ústní a na obličeji,
- terapii zabývající se stabilizací napětí orofaciálního svalstva,
- terapii poruch příjmu potravy,
- terapii hypersalivace,
- dechovou terapii a relaxaci,
- fonační cvičení, vokalizaci,
- aktivní rozvoj motoriky mluvidel,
- rozvoj komunikačních dovedností,
- rozvoj fonemického sluchu,
- rozvoj aktivní a pasivní složky slovní zásoby,
- rytmizační cvičení,
- aktivní napodobování artikulačních poloh mluvidel a nácvik artikulace s využitím taktilní podpory,
- zpěv, recitace,
- rozvoj grafomotoriky,
- práci s počítačem,
- práci s komunikátory a komunikačními tabulkami (Šáchová in Kraus a kol., 2005).

Je tedy patrné, že důraz je kladen na kontinuální rozvoj všech jazykových rovin, a to s ohledem na tradiční ontogenetický vývoj jedince (Klenková, 2006).

Pro rozvoj komunikačních schopností dítěte – žáka se ZP či KV se proto doporučuje využívat hry a dále pak rozmanitých logopedických pomůcek. Mezi základní pomůcky logopedického typu využitelné u dětí a žáků se ZP patří:

- a) pomůcky stimulační: - podněcují dítě k imitaci řečové-ho projevu (např. hudební nástroje, zvukové hračky /puzzle/, vibrační hračky, bublifuky, větrníky, bzučák, atp.),
- b) pomůcky motivační: - pro dítě atraktivní předměty, jež vyžadují zapojení komunikačního potenciálu dítěte (např. dětský telefon, pomůcky pro námětové hry – např. na obchod, na lékaře, na průvodčího, atp.),
- c) pomůcky podpůrné: - mají dítěti se ZP a současně s NKS napomoci urychlit edukaci či reedukaci v oblasti řeči – artikulace (např. slámky, špachtle, sondy, atp.)
- d) pomůcky názorné: - slouží k identifikaci správného či vadného verbálního projevu dítěte či žáka se ZP, popř. KV (tradičně za tímto účelem bývá využíváno např. zrcadlo, indikátory, atp. – pomůcky založené na vizuální zpětné vazbě, u osob se ZP je třeba hledat nové možnosti využití názorných pomůcek – nejčastěji se jedná o reálné předměty, jejich zmenšeniny, o pomůcky využívající akustické a vibrační podněty),
- e) pomůcky registrační: - zaznamenávají a opakovaně poskytují zvukový, zrakový či kombinovaný záznam vlastní řečové produkce dítěte se ZP (např. audio nahrávka, video nahrávka) (Vašek a kol., 2003).

Důležité je zajistit, aby těžce zrakově popř. kombinovaně postižené dítě bylo již v období raného věku v péči logopeda. Nabízí se zde hned několik možností. Zrakově postižené dítě – žák může s asistencí rodičů navštěvovat pracoviště klinického logopeda, jehož kompetence spadají do resortu MZ ČR a logopeda fungujícího v resortu MŠMT ČR, jenž nejčastěji spolupracuje se středisky rané péče, se speciálněpedagogickými centry pro kombinovaně postižené (popř. pro jedince s vadami řeči, se sluchovým postižením, s tělesným a mentálním postižením), dále tito logopedi působí při mateřských školách a základních školách určených pro děti a žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Logoped pak odbornou intervencí optimalizuje vývoj řeči zrakově postiženého dítěte, provádí terapii zaměřenou na určitý druh NKS. Důraz je dále kladen také na rozvíjení obsahové

stránky řeči, na odstraňování verbalismu a zkvalitňování realizace mimických pohybů (Neubauer, 2007).

Závěrem je důležité si uvědomit, že komunikaci můžeme obecně považovat za základní předpoklad rozvoje osobnosti člověka a jeho socializace, neboť komunikace ovlivňuje oblast edukace a pracovního uplatnění jedince se zrakovým postižením. Komunikaci osob se specifickými potřebami lze také zařadit mezi základní indikátory úspěšnosti školské a společenské integrace, popř. inkluze.

V současné době můžeme v kontextu rozvoje nových technologií pozorovat zrychlení a zkvalitnění přístupu k informacím a ke komunikaci s využitím dálkových komunikačních prostředků a systémů. Bohužel však spolu s rozvojem dálkových komunikačních technologií dochází také k určitému odklonu od tradičního pojetí interpersonální komunikace, k jejímu parciálnímu odosobnění (Novosad, 1997). Rozvoj schopnosti komunikace a kooperace můžeme u žáků se zrakovým postižením posílit aplikací metody sociálního učení, kdy se jedince se ZP snažíme vést k pozitivnímu vnímání sebe sama, k odhalování vlastních individuálních kompetencí, ale i k tomu aby se dokázal vyrovnat se zrakovým postižením, se zátěží, se strachem, s předsudky a vést ho k aktivnímu překonávání bariér (Vítková (ed.), 1999).

Problematikou začleňování jedinců se zrakovým postižením do společnosti se zabývá vedle pedagogické také sociální složka ucelené rehabilitace. Ta se nezaměřuje pouze na jedince se ZP, ale i na jejich užší i širší sociální okolí. Programy sociální rehabilitace mohou mít pro jedince se zrakovým postižením popř. pro jejich rodiče a sourozence klíčový význam při podpoře rozvoje komunikačních kompetencí. Jedná se např. o programy zaměřené na rozvoj zrakových funkcí, dále o programy výcviku čtení a psaní v Braillově písmě, program rozvoje představ a tyflografického výcviku, ale např. i program pěstování rodinného života, společenského styku a vystupování na veřejnosti (Jesenský, 1995).

V komunikaci a v denním kontaktu s těžce zrakově postiženými dětmi a žáky se snažíme dodržovat zásady kontaktu s osobami se zrakovým postižením: 1) při iniciaci kontaktu oslovujeme nevidomého jako prvního, k pozdravu přidáme jeho jméno a vyžaduje-li to situace (první kontakt) – představíme se mu; 2) průvodcovství (asistenci či jinou pomoc) nevidomému nabízíme – nevnučujeme; 4) při provázení nevidomého mu jako průvodce nabízíme svoji paži, nevidomý jde cca půl kroku za námi; 5) nevlačujeme ho do dveří ani do židle; 6) při příchodu nebo odchodu z místnosti (např. i ze či do třídy) to nevidomému oznámíme; 7) bez vědomí nevidomého nepřemístíme jeho věci (např. lavici, školní

potřeby, stojany, lampy, atp.); 8) nepoužíváme slova typu „tady, támhle, tam“; 10) vyvarujeme se projevům nemístného soucitu (Krhutová, 2005).

POUŽITÁ LITERATURA

- DITTRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K. a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0399-8.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-0-1.
- GADLINOVÁ, M. Komunikace dětí s kombinovaným postižením. In *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením. Vybrané příspěvky z kurzu „Poradce rané péče“*. Praha: Středisko rané péče Praha - Haštalská 27, 1998. ISBN 80-238-3267-0.
- GOOD, A. et al. *The Development of communication: What is new?* Suresnes:C.N.E.F.E.I., 1996. ISBN 2-912489-00-8.
- CHAPMAN, R.S. *Prosess in language aqustion and disorders*. St. Luis: Mosby Year Book, Inc., 1992. ISBN 0-8151-1617-9.
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
- KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.
- KLENKOVÁ, J. Diagnostika komunikačních schopností vývojově postižených dětí v raném věku. In VALENTA, M a kol. *Sborník III. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami*. Olomouc: VUP, 2002, s. 219-224. ISBN 80-244-0547-4.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KRAHULCOVÁ, B. Nové směry logopedické péče. *Speciální pedagogika*, 1997, roč. VII., č. 1, s. 1-8. ISSN 0862-1632.
- KRAHULCOVÁ, B. Role alternativní komunikace v integračním procesu zdravotně postižených. In *Sborník Integrace – znamení doby*. Praha: UK, 1998. ISBN 80-7184-691-0.
- KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- KRHUTOVÁ, L. Občané se zrakovým postižením. In KRHUTOVÁ,L., MICHALÍK, M., POTMĚŠIL, M., a kol. *Občané se zdravotním postižením*, s. 157-198. Olomouc: VUP, 2005. ISBN 80-244-1168-7.
- KUBÍK, T., HOUSAROVÁ, B. Narušená komunikační schopnost u mentálně postižených. In *Česká logopedie 2003*. Praha: Galén, 2003, s. 85-98. ISBN 80-7262-293-5.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

- LIGHT, J.-C., BINGER, C. *Building Communicative Competence with individuals Who Use Augmentative and Alternative Communication*. Illinois: Paul H. Brookers Publishing Co., Inc., 1998. ISBN 1-55766-324-6.
- NEUBAUER, K. *Logopedie učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-093-6.
- NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením*. Liberec: PdF Technické univerzity v Liberci, 1997. ISBN 80-7083-268-1.
- ŠKODOVÁ, E. Symptomatické poruchy řeči. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VAŠEK, Š. *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapiientia, 2003. ISBN 80-968797-0-7.
- VAŠEK, Š. a kol. *Špeciálna pedagogika pre 4. ročník stredných odborných škôl*. Bratislava: SPN, 2003. ISBN 80-10-00014-0.
- VITÁSKOVÁ, K. Fyziologie produkce a percepce orální komunikace s důrazem na orální praxi. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: VUP, 2005, s. 13-40. ISBN 80-244-1088-5.
- VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-75-3.
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.

4 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE U ŽÁKŮ SE ZRAKOVÝM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Již v předverbálním období vývoje řeči se u dětí se zrakovým postižením často objevují charakteristické, více či méně evidentní, odchylky od fyziologické vývojové normy.

Tyto odchylky v neverbálním i verbálním ontogenetickém vývoji řeči ovlivňují celkový rozvoj osobnosti dítěte se zrakovým postižením, což úzce souvisí zejména s jeho sensorickým, ale i motorickým vývojem, úrovní intelektu a s podnětností jeho sociálního okolí.

Vývoj řeči dětí se zrakovým postižením bývá zpravidla označován za opožděný, v případě kombinovaného postižení jej lze v konkrétních případech považovat dokonce za omezený (Klenková, 2006).

Prognosticky lze vývoj řeči dětí se zrakovým postižením a zejména pak s kombinovaným postižením označit za dlouhodobý proces, který vyžaduje týmovou spolupráci všech zainteresovaných odborníků (Lechta in Klenková², 2000).

Uplatněním vysoce erudovaného a diferencovaného přístupu se proto snažíme docílit zapojení dětí se zrakovým postižením do kolektivu ostatních dětí, jakož i do komunikace s širším sociálním okolím a podpořit tak míru jejich socializace a společenské integrace (Květoňová-Švecová, 2004).

U dětí s těžšími formami zdravotního postižení, postižení zraku nevyjímaje, se za účelem maximalizace komunikačního potenciálu uplatňují náhradní a podpůrné způsoby komunikace, tzv. alternativní a augmentativní komunikační systémy (Kubová, 1996).

4.1 Pojem alternativní a augmentativní komunikace

Alternativní a augmentativní komunikace je Americkou asociací pro řeč a sluch (= ASHA - American speech and Hearing Association) definována jako oblast klinické praxe, která se přechodně či trvale snaží kompenzovat projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami, tzn. se závažným postižením řeči – jazyka a psaní (Laudová, 1994).

Podle Reynoldse, Fletchera-Jansena (2000) je pojmem „AAK“ označován integrovaný systém komponent (symbolů, pomůcek, strategií a technik), jež umožňují jedincům s výrazně narušenou komunikační schopností realizovat komunikační akt.

Setkáváme se také s názorem, že "AAK" lze považovat za obecný pojem charakterizující specifický přístup k osobám s výrazně narušenou komunikační schopností a "systém AAK" je následně definován jako souhrn všech postupů a prostředků, kterých se v zájmu rozvoje dorozumívacích schopností konkrétní osoby užívá (Klenková in Vítková (ed.), 2004).

Shrneme-li výše uvedená fakta můžeme konstatovat, že alternativní komunikační systémy se užívají jako náhrada mluvené řeči a augmentativní (z lat. augmentace – zvětšení, rozhojnění, stupňované rozvedení výrazu) způsoby komunikace mají doplňovat a podporovat rozvoj již existujících komunikačních kompetencí, jež však nelze pro běžné dorozumívání považovat za dostatečné. Účelem užití těchto systémů je zejména zvýšení kvality porozumění řeči, usnadnění a podpora vyjadřovacích schopností jedince s výrazně narušenou komunikační schopností (Krahulcová, 1997).

Systémy AAK lze tedy v podstatě považovat za reedukační, rehabilitační i kompenzační prostředek v oblasti rozvoje komunikace osob s výrazně narušenou expresivní složkou řeči, neboť jejich užíváním dochází ke stimulaci řeči – verbálního projevu dítěte, ke korekci narušené komunikační schopnosti, k podpoře rozvoje myšlení, jakož i k parciální kompenzaci opoždění mentálního vývoje dítěte (Kubová, 2002).

4.1.1 Náhradní a podpůrné komunikační systémy

V současné době se setkáváme s výraznou expanzí systémů alternativní a augmentativní komunikace do oblasti speciálněpedagogické teorie i praxe. Tento trend úzce souvisí s modernizací přístupu k osobám se specifickými potřebami, s respektováním jejich individuálních potřeb a s uplatňováním jejich základních práv s svobod a současně i s narůstajícím významem funkční komunikace v oblasti sociálního, emocionálního a kognitivního vývoje jedince (Janišová, 1992).

Zatím co ve světě dochází k progresivnímu rozvoji v oblasti AAK již od 70. let 20. století, v České republice je systémům AAK věnována pozornost přibližně od 90. let 20. století (Klenková, 2000).

Systémy AAK ve své podstatě vycházejí z nesymbolických prvků komunikace a fungují na principu mimoslovních způsobů sdělování informací. Odborně hovoříme o tzv. metajazykových prostředcích komunikace (Krahulcová, 1998). Tyto prostředky jsou nedílnou součástí každého z aktuálně užívaných systémů AAK. V rámci těchto systémů dochází

k jejich propojování s prvky komunikace symbolické (s předměty, fotografiemi, obrázky), s gesty s ustáleným významem, se znakovou řečí, písmem, s Braillovým písmem, atp. (Gadlinová, 1998).

Cílem užití těchto systémů je u osob s výrazně narušenou expresivní složkou řeči nahradit nebo suplovat nejobvyklejší komunikační kód, kterým je pro člověka přirozený jazyk – řeč (Kulišťák a kol., 1997).

4.1.1.1 Klasifikace náhradních a podpůrných komunikačních systémů

Podpůrné a náhradní komunikační systémy lze členit z mnoha hledisek. Například *podle druhu senzorního kanálu, jenž zprostředkovává poskytovanou informaci*. Z tohoto pohledu se pak jedná o systémy:

- 1) akusticko-taktilní (Braillovo písmo, reliéfní pomůcky, Lormova abeceda, latinka do dlaně, pohybově - dotyková komunikace, atp.)
- 2) optické (mimicko-gestikulační komunikace, znaková řeč, daktylotika, písmo, Bliss, piktogramy, odezírání, pohyby těla)
- 3) opticko-akustické a vibrační systémy (orální komunikace, totální komunikace, komunikace pomocí elektroakustických prostředků, komunikace pomocí vibračních zařízení) (Vašek, 2003).

Komunikační systémy lze rozdělit také na uzavřené a otevřené, *vzhledem ke konečnosti počtu jejich znaků*. V uzavřeném komunikačním systému je počet znaků konečný, jednomu významu odpovídá vždy jeden a tentýž znak. Naproti tomu otevřený systém má nekonečný počet znaků a jejich kombinací vznikají nové významy (Kulišťák a kol., 1997).

Při klasifikaci AAK systémů je možné zohlednit také *nutnost využití speciálních pomůcek* pro jejich aplikaci do praxe. Podle tohoto kritéria lze určit systémy AAK:

- 1) bez pomůcek – využívají především prostředků nonverbální komunikace (pohled, mimika, gestikulace, vizuálně motorické znaky)
- 2) s pomůckami – (reálné předměty, obrázky, fotografie, symboly /v podobě piktogramů, písma, komunikačního systému Bliss/, komunikátory, komunikační tabulky, počítač, atp.) (Warrick, 1998).
- 3) jiné typy – např. technické pomůcky sloužící ke snadnějšímu ovládní počítače (Janovcová, 2003).

S ohledem na komplementaritu užití systémů AAK bez pomůcek a současně i s pomůckami, hovoříme o tzv. totální komunikaci, tedy o komunikaci, jež v plném rozsahu využívá všech komunikačních možností jedince (Warrick, 1998).

4.1.2 Stručná charakteristika vybraných systémů AAK

Při charakteristice jednotlivých systémů alternativní a augmentativní komunikace budeme vycházet již z výše prezentovaného členění na systémů AAK.

A₁/ Piktogramy

Piktogramy lze definovat jako obrazové komunikační symboly, s nimiž se mimo jiné setkáváme i v běžném životě ve formě příka-zových a informačních tabulí (Kubová¹, 2002).

Ve speciálněpedagogické praxi mají piktogramy zejména podpůrnou a substituční funkci při rozvoji řeči u dětí se závažným tělesným a mentálním postižením, v jehož důsledku je výrazně narušena také jejich komunikační schopnost (Kubová, 1997).

V České republice je rozšířen soubor piktogramů využívaný zejména v zemích severní Evropy obsahující okolo 700 obrázků, které znázorňují osoby, věci, činnosti, představy, vlastnosti, pocity a vztahy (Kubová, 1996).

V praxi se však stále častěji setkáváme s piktogramy, jež lze přejímat a modifikovat pomocí počítačových programů např. Piktogramy a Altík (Janovcová, 2003).

V softwarové formě lze využít souboru 3 000 piktogramů Picture Communication Symbols (PCS), a to buď v černobílém či barevném provedení, jenž byl navržen manželi Mayer-Johnsonovými v USA (Cséfalvay a kol., 2002). Jedná se o soubor obrázků, jež jsou v porovnání s piktogramy ve vztahu k prezentované skutečnosti realističtější a pro děti s postižením rozpoznatelné již od 18 měsíců (Valenta, Müller, 2004). Symboly jsou podobně jako piktogramy uspořádány do komunikačních tabulek, jež jsou barevně odlišeny podle tematického obsahu (Mayer-Johnson, 2001).

Podobně lze využít i dalších systémů jako např. Picture Symbols (PICSYMS), Sign Symbols, Oakland Schools Picture Dictionary, atd. (Laudová, 2003).

A₂/ Systém Bliss

Komunikační systém Bliss lze považovat za symbolový systém, jenž byl vyvinut rakouským inženýrem Charlesem K. Blissem.

Tento symbolový jazyk byl Blissem prezentován již v roce 1949 v publikaci Semantography, která se však v té době nesečkala se zájmem odborné ani laické veřejnosti (Kubová, 1996).

System Bliss byl znovuobjeven až v roce 1971 terapeutickým týmem z Crippled Children Centre - kanadského střediska pro postižené děti v Torontu, který hledal vhodné komunikační prostředky pro osoby s těžkými dysartriemi a anartriemi. Uspořádání Bliss symbolů odborníky zaujalo svou vnitřní systémovou logikou ztvárněním obsahu a významu slov.

Užití systému Bliss je všeobecně indikováno pro komunikaci osob s centrálními poruchami motoriky s narušenou expresivní složkou řeči a intelektem v pásmu normy, tzn. zejména pro jedince s vrozenou a získanou dysartrií. Postupně byl však dále rozpracován a adaptován i pro komunikaci jedinců s mentálním postižením, s kombinovanými vadami a pro autisty. Své uplatnění nachází také u afatiků a osob po cévních mozkových příhodách, u kterých došlo k narušení verbálního a grafického projevu (Janovcová, 2003).

Symbole Bliss lze ve své podstatě charakterizovat buď jako piktogramy (= obrázkové znaky, které znázorňují předmět, děj nebo sdělení) nebo jako ideogramy (= znaky označující pojem mající význam bez ohledu na jejich pojmenování) (Bandžuchová, 2002).

Jednotlivé symboly jsou poměrně abstraktní, vytvořeny z geometrických tvarů. Různá velikost, orientace a poloha symbolů demonstruje i jejich diferencované významy (Laudová, 2003).

V současné době je systém Bliss tvořen 26 základními grafickými prvky, z kterých lze vytvořit až 2 300 symbolů, které již představují poměrně rozsáhlý komunikační slovník. Symboly jsou dle individuálních potřeb konkrétního jedince s komunikačním handicapem uspořádány do komunikačních tabulek (Kubová, 1996).

System Bliss lze považovat za uzavřený lingvistický systém obsahující indikátory pro znázornění singuláru a plurálu, sloves a tvorbu přídavných jmen (Bockweg, 2005).

Každý ze symbolů Bliss má svůj vlastní sémantický význam. Slovník zahrnuje nejenom symboly znázorňující konkrétní pojmy, ale i symboly pro vyjádření pojmů abstraktních (Jennische, 2005).

Nácvik komunikace s podporou symbolů Bliss by měl být zahájen již v raném věku dítěte, nejlépe ve 2-3 letech (Bockweg, 2005).

Zpočátku se využívá realistických, pro dítě snadno čitelných a srozumitelných symbolů (Krahulcová, 2002). Ty kromě grafického znázornění symbolu obsahují také popisku s označením významu symbolu. Obsah sdělení pomocí Bliss symboliky se tak stává srozumitelným i lidem, kteří Bliss systém neznají nebo ho aktivně neužívají (Klenková in Vítková (ed.), 2004).

Pro každého uživatele systému Bliss je také důležité si zapamatovat rozložení Bliss symbolů v komunikační tabulce. Zpočátku lze proto orientaci v komunikační tabulce podpořit rozdílným barevným označením podstatných jmen, sloves, přídavných jmen a předložek.

Základní komunikační tabulka obsahuje cca 100 symbolů Bliss. Jejich kombinací lze vytvářet symboly další, popř. blíže specifikovat významy symbolů stávajících (Bockweg, 2005).

Standardní komunikace pomocí Bliss symboliky zpravidla probíhá ukazováním tzv. indikováním (např. prstem, jinou částí ruky, očima nebo světelným ukazovátkem) jednotlivých grafických symbolů umístěných na komunikační tabulce nebo pomocí speciálně upravené klávesnice či tlačítek na obrazovce počítače (Janovcová, 2003).

Tabulky tvořené Bliss symboly navíc poskytují uživatelům systému Bliss trvalou zrakovou oporu, jež podněcuje rozvoj jejich zrakového vnímání a podporují také rozvoj verbálního projevu, neboť klienti se často při identifikaci symbolů pokoušejí o vokalizaci a verbalizaci jednotlivých komponent sdělení (Kubová¹, 2002).

V současné době je Bliss systém využíván ke komunikaci osob s výrazně narušenou komunikační schopností ve více než 33 zemích světa. Byl přeložen do 17 jazyků. V České republice patří k jednomu z nejméně užívaných systémů AAK (www.blissymbolics.org/about.shtml).

A₃/ Braillovo písmo

Braillovo písmo lze charakterizovat jako grafémové reliéfní bodové písmo, které je tvořeno kombinacemi šesti bodů uspořádaných do obdélníku, jenž se skládá ze dvou třibodových sloupců.

Bodové písmo se čte hmatem. Předpokladem pro jeho užití je rozvoj taktilního vnímání na bříšku posledního článku prstu, resp. od jeho poloviny směrem k nehtu.

Braillovo písmo je určeno zejména ke komunikaci nevidomých popř. i hluchoslepých osob (Souralová, 2000).

A₄/ Písmo

Písmo je grafickou podobou řeči. Můžeme se s ním setkat ve formě tiskací nebo psací.

Předpokladem pro jeho úspěšnou praktickou aplikaci je schopnost jedince identifikovat a diskriminovat grafické znaky, provádět jejich analýzu a syntézu, dále pak určitá úroveň jemné motoriky a koordinace pohybů oko-ruka, jakož i směrová a časová orientace.

Přímá lze využít trvale či přechodně jako alternativního komunikačního systému např. u osob, jež mají dovednost psát primárně zautomatizovanou, a u nichž došlo v důsledku onemocnění či úrazu k narušení verbální komunikace (Souralová, 2000).

U osob, u nichž je realizace provádění grafických a identifikačních činností ještě navíc znemožněna v důsledku poruchy mobility horních končetin, je zapotřebí zvolit jinou – náhradní techniku grafického komunikačního projevu jako je např. komunikace za pomoci hlavového držáku a grafické potřeby (tužka, pero, štětec) nebo tyčinky opatřené gumovou násadkou, jež je využívána při psaní na psacím stroji nebo klávesnici počítače, ale hlavový držák lze vhodně použít také k upevnění světelného ukazovátka. Lze také zvolit alternativní způsoby psaní a to pomocí brady a ramene, dále psaní ústy, psaní oběma nohama a psaní jednou nohou s využitím speciálně upravených počítačových komponent - klávesnic (Jonášková, 2002).

A₅/ Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS

Tento komunikační systém je v České republice využíván od roku 2003. Autorka konceptu VOKS, PhDr. Margita Knapcová, se s tímto systémem pod názvem PECS – Picture Exchange Communication System seznámila v roce 2001 během pobytu v Therapeutic Day School v Chicagu (Knapcová, 2003). Zde je VOKS resp. PECS využíván od roku 1985, a to zejména pro komunikaci s dětmi s autismem a s autistickými rysy (Beerová, 2005). Cílem PECS je usku-tečnění bipolárního komunikačního aktu mezi dítětem s postižením a osobou s níž komunikuje, a to formou výměny obrázku a odměny. PECS je založen na zrakové diskriminaci symbolů a na pochopení jejich obsahového významu, dále na schopnosti dítěte manipulovat se symboly a uspořádat je do jednoduchých vět. Využití PECS přispívá ke zvyšování nezávislosti dítěte se specifickými vzdělávacími potřebami na jeho sociálním okolí (<http://www.pecs.com/page5.html>).

Kromě dětí s autismem a autistickými rysy, využívá autorka tento komunikační systém také při práci s dětmi s Downovým syndromem, u dětí se zrakovým postižením a u chlapce s DMO (reliéfní, ozvučené symboly na místo plošných kartiček s obrázky).

Jedná se o systém, který pracuje s vizuálními symboly, avšak např. oproti piktogramům děti obrázky neukazují, ale komunikačnímu partnerovi je přinášejí. V prvních lekcích obrázků vyměňují za oblíbený předmět – hračku, pochutinu. To jim umožňuje pochopit smysl systému hned na počátku výuky – komunikace. Jedná se o výměnu s určitým úmyslem, která je pro dítě zároveň také velmi motivující, neboť během nácviku dostává skutečně to, co je předmětem jeho zájmu. Poté se dítě učí spontánně požádat o oblíbenou věc výměnou za

obrázek, samostatně dojít k zásobníku pro obrázek a ke komunikačnímu partnerovi, požádat „o něco“ s pomocí obrázku v různém prostředí a různé lidi, dále se učí vybrat z více obrázků správný symbol, složit s pomocí obrázků jednoduchou větu na větný proužek a pomocí něj požádat „o něco“ a zároveň také odpovědět na otázku „Co chceš?“, dále se učí rozvíjet větný proužek o další větné členy v podobě obrázků a komentovat situaci (Knapcová, 2003).

Metodika nácviku komunikace s využitím VOKS je rozdělena do 7 výukových lekcí, mezi něž jsou zařazeny 4 lekce doplňkové.

Neustále se pracuje na zdokonalování slovní zásoby dítěte s výrazně narušenou komunikační schopností. Oproti ostatním komunikačním systémům (Bliss, piktogramy) je oblast nácviku odpovědi na otázku „Co chceš?“ zařazena až do pozdějších fází nácviku VOKS, čímž má být eliminována pasivita dítěte a očekávání, že bude tázáno. VOKS předpokládá, že iniciátorem komunikace se stane samo dítě.

Na tréninku VOKS se podílejí dva učitelé. Jeden z nich vystupuje v roli komunikačního partnera dítěte, druhý působí jako fyzický asistent dítěte.

Výměna obrázku probíhá vždy za slovního doprovodu učitele/logopeda, což často vede k podpoře rozvoje verbálního projevu dítěte, a to i v těch případech, kdy běžná logopedická intervence není zcela efektivní (Knapcová, 2005).

VOKS má, stejně jako PECS, za cíl zvýšit funkčnost komunikace jeho uživatelů, podpořit rozvoj pasivní i aktivní slovní zásoby, jakož i gramatické stavby řeči. Sekundárním cílem je zvýšení míry soběstačnosti a samostatnosti dětí a navození pozitivních změn v jejich chování (Knapcová, 2003).

A₆/ Komunikační systém MAKATON

Komunikační systém MAKATON patří od 70. let 20. století k nejvyužívanějším dynamickým komunikačním systémům AAK ve Velké Británii i v dalších anglosaských zemích (Krahulcová, 2002).

MAKATON je využíván pro potřeby komunikace:

- neslyšících dospělých a dětí s mentálním postižením,
- malých neslyšících dětí,
- dětí s artismem,
- tělesně a kombinovaně postižených osob s vážnými arti-kulačními problémy,
- slyšících dospělých osob a dětí s mentálním postižením, kteří verbálně nekomunikují a mluvené řeči špatně rozumějí,

- dospělých osob po cévních mozkových příhodách a úrazech mozku,
- dětí se specifickými vývojovými poruchami učení k objasnění významu pojmů a jejich zapamatování (Bandžuchová, 2002).

Základem MAKATONU je 350 znaků a symbolů, které byly upraveny tak, aby byly snadno pohybově ztvárnitelné a významově rozpoznatelné.

Jednotlivé znaky jsou podle vzrůstající abstrakce jejich významu a náročnosti na pohybovou koordinaci při jejich provedení uspořádány do osmi základních etap, devátou etapu slovníku tvoří individuální (přídavný) slovník obsahující 35-40 slov vycházejících z individuálních potřeb konkrétního jedince (Janovcová, 2003).

Aplikace MAKATONU do praxe je spojena se znakováním tzv. klíčových slov ve větě, přičemž znakování je doprovázeno rytmizovanou řečí, mimickými prvky, modulací řeči a demonstrací symbolů (Kubová, 1996).

U malých dětí se často užití MAKATONU kombinuje s využitím obrázků, fotografií nebo i piktogramů (Krauhulcová, 2002). Dospělí uživatelé si osvojují symboly a znaky zpravidla podle příručky MAKATONU (Language Programm Manual).

Osoby, které denně přicházejí s uživateli MAKATONU do styku by měly být s tímto systémem seznámeny, aby i ony mohly podpořit efektivní využití tohoto komunikačního prostředku jeho uživatelem v každodenním životě, v edukaci, v pracovních i volnočasových aktivitách (Janovcová, 2003).

A₇/ Znak do řeči

Gesta a mimika představují fylogeneticky nejstarší formu komunikace, pomocí které je člověk schopen vyjádřit až 80% svých přání a pocitů a dalších sdělení (Janovcová, 2003).

Tyto výrazové prostředky také tvoří základ podpůrného vizuálně motorického komunikačního systému - Znak do řeči, jenž byl do České republiky přejat v roce 1996 z Dánska.

Autorem této metody, pro niž se v zahraničních pramenech vžil název Teng til tale (TTT), je dánský speciální pedagog Laars Nygard (Beerová, 2005).

Znak do řeči lze prezentovat jako kompenzační komunikační prostředek, resp. jako doplněk řeči pro jedince s narušenou expresivní složkou řeči. Jedná se zejména o děti a mládež s mentálním postižením a s centrálním narušením motoriky (Janovcová, 2003).

Aktuální slovní zásoba Znaku do řeči obsahuje 400 znaků (Pavelová, Rádková, 2000). Jedná se o otevřený komunikační systém přirozených znaků, které lze upravovat a doplňovat dle individuálních potřeb klienta (Valenta, Müller, 2004).

Jednotlivá gesta jsou velmi jednoduchá a ilustrativní, respektující individuálně sníženou úroveň motorických, vizuálních i kognitivních funkcí uživatelů systému (Kubová, Pavelová, Rádková, 1999).

Pro užití vizuálně motorických komunikačních systémů existují pravidla, která je nutné aplikovat i v případě Znaků do řeči (pozn.: ale např. i Makatonu):

- dospělý (komunikátor) provází svoji řeč gestem,
- slovo i posunek probíhají současně,
- dospělý mluví až tehdy, když se na něj dítě podívá,
- doporučená vzdálenost mezi komunikujícími je 0,5 – 2m,
- obsah posunku je podpořen mimikou,
- dospělý povzbuzuje dítě k napodobení gesta,
- nedaří-li se dítěti gesto napodobit, dospělý mu vede ruku,
- dospělý a dítě zpočátku gestikulují jen v určité situaci,
- na každé gesto, které dítě provede, dospělý přiměřeně reaguje,
- znaky sledují rytmus řeči,
- výběr posunků a jejich adaptace musí být ovlivněna motorickými, sensorickým a mentálními schopnostmi dítěte, jakož i jeho zájmy a individuálními potřebami,
- gesta postupně zařazujeme do všech denních aktivit dítěte,
- v momentě kdy dojde k náhradě gesta řečí, není nutné trvat na jeho užití v mluvním aktu (Vater, Boudzio in Janovská, 2003).

Gesta Znaků do řeči jsou v běžné komunikaci doplňována mluvenou řečí a popř. i symboly (nejčastěji piktogramy), jež zvyšují porozumění obsahu sdělení (Kubová¹, 2002).

Vedení dítěte k používání Znaků do řeči by mělo vždy vycházet z individuálních předpokladů a zájmů dítěte, probíhat zábavnou formou a vlastní nácvik by neměl být zatížen drilem ani stresem (Pavelová, Rádková, 2000).

Cílem užívání Znaků do řeči je usnadnit a podpořit rozvoj verbálního projevu jedinců s narušenou komunikační schopností, postupně eliminovat frekvenci užití gest v řeči a přejít k řeči mluvené. Za sekundární cíle pak můžeme považovat rozvoj jemné motoriky, smyslu pro rytmus, schopnost imitace a koordinace pohybů (Kubová, Pavelová, Rádková, 1999).

A₈/ Znakový jazyk

Znakový jazyk lze charakterizovat jako souhrn vizuálně-pohybových signálů, který umožňuje přenos informací v rámci intrakulturní i interkulturní komunikace. Zpravidla je tvořen definitivními konfiguracemi pohybů jedné nebo obou rukou.

Primárně je znakový jazyk považován za komunikační prostředek neslyšících vyžadující zpětnou vizuální vazbu. V určitých adaptacích (např. znaková řeč ruku v ruce) však může sloužit také ke komunikaci osob s duálním sensorickým postižením (Souralová, 2000).

A₉/ Prstová abeceda – daktylotika

Prstová abeceda = prstová řeč je systém znaků tvořený různou polohou prstů jedné nebo obou rukou, jež v prostoru zobrazují jednotlivé grafémy. Znaky prstové abecedy nejsou mezinárodně sjednocené.

Daktyl je forma slovní řeči, při které je současně využito orální i psané formy řeči. Primárně se s ní setkáváme v edukaci sluchově postižených osob, popř. v adaptované formě daktylotiky do dlaně u hluchoslepých jedinců.

A₁₀/ Dlaňové komunikační systémy

Dlaňové komunikační systémy jsou založeny na znázornění písmen abecedy do dlaně. K přenosu informací touto formou se nejčastěji využívá diferencovaného tlaku a vibrace pravé ruky (komunikátora) na dlaň levé ruky (komunikanta).

Mezi nejznámější dlaňové komunikační systémy určené zejména pro komunikaci s osobami s duálním sensorickým postižením patří Lormova abeceda, Špičková abeceda popř. vpisování tiskacích písmen do dlaně (Souralová, 2000).

A₁₁/Bazální stimulace

Systémem určeným ke komunikaci těžce zdravotně postižených, jenž nelze zařadit mezi statické ani mezi dynamické komunikační systémy je metoda: **bazální stimulace**.

Koncept metody bazální stimulace, jejímž zakladatelem byl v 70. letech 20. století speciální pedagog Andreas Frölich, vychází ze studia neuropsychologického vývoje jedince se zaměřením na jeho prenatální vývoj a rané dětství (Vítková, 2005).

Bazální stimulace vychází z předpokladu, že každá lidská bytost má svou jedinečnou strukturu, která může být rozvíjena jen tehdy, je-li zajištěn přísun podnětů, které pozitivně ovlivňují její vývoj (Bertels, Bekaert in Routnerová a kol., 2002).

Těžké kombinované postižení však omezuje interakci a možnosti příjmu podnětů a zkušeností, resp. interakce s okolím, čímž se vývoj dítěte blokuje. Bazální stimulace proto využívá somatických, vibračních a vestibulárních stimulujících vjemů, které respektují možnosti daného jedince a vedou dítě s kombinovaným postižením především k vnímání sebe sama. S narůstajícími bazálními zkušenostmi se připojuje také nabídka smyslových vjemů, čímž se u dítěte se zrakovým či kombinovaným postižením postupně zlepšuje vnímání okolí a komunikačních partnerů.

Za nejdůležitější prvky bazální stimulace lze tedy označit: smyslovou zkušenost, pohyb a komunikaci.

Metoda bazální stimulace může být prováděna jako samostatná aktivita v místnosti „snoezelen“ nebo integrovaná do činností běžného dne (Routnerová a kol., 2002).

Aplikace metody bazální stimulace koresponduje s didaktickou koncepcí podpory žáků s těžším postižením a více vadami s tzv. koncepcí bazální podpory:

- vychází ze specifík dětského vnímání a pokouší se umožnit interakci mezi jedincem s postižením a jeho okolním prostředím,
- zajišťuje jedinci s těžším postižením příjemné tělesné pocity jako základní požadavek pro zpřístupnění okolí,
- zprostředkovává zážitky těla, neboť tělo je první a nejdůležitější oblastí pro učení,
- uskutečňuje se na základě pozitivně pociťovaného emocionálního stavu, poskytuje dítěti interakční a komunikativní podporu,
- měla by být realizována v průběhu celého dne v rámci pravidelně se opakujících aktivit,
- usiluje o rozšíření kontaktu těžce postiženého dítěte s okolím (Vítková, 2005).

4. 2 Metodika nácviku AAK

Metodika nácviku komunikace s podporou AAK probíhá na základě specifík jednotlivých AAK systémů a s ohledem na individuální zvláštnosti a potřeby jedince se zrakovým a kombinovaným postižením (dále pouze jedince se ZP a KV). Důležité je zejména:

- často obměňovat činnosti, modifikovat způsoby nácviku,
- zařazovat úkoly integrující zapojení sensorických, motorických a rozumových funkcí dítěte,

- činnosti motivovat hrou,
- zajistit dostatek didaktického materiálu,
- respektovat zásadu minimální akce,
- cvičit krátce, ale často (čím častěji, tím lépe),
- nechat dítěti s postižením zažít v průběhu nácviku pocit úspěchu (Bubeníčková, Hrubantová, Marčíková, 1998).

A současně uplatňovat také zásadu:

- individuálního přístupu,
- týmového přístupu,
- přiměřenosti (věk, druh, stupeň postižení),
- komplexnosti (celostní přístup, bio-psycho-sociální jednotka),
- kognitivizace (rozvoj poznání a poznávacích procesů),
- hyperemocionalizace (silné emoční stimuly, motivace),
- detenzionalizace (odstranění psychického napětí),
- substitucionalizace (náhrada poškozených systémů jinými),
- kreativizace (podpora tvořivého myšlení a činnosti),
- synergetizace (propojení podnětů - multisenzoriální přístup) (Květoňová-Švecová, 2004).

Komunikace s podporou systémů AAK vykazuje oproti komunikaci běžnou formou v podobě řeči jisté kvantitativní i kvalitativní rozdíly, z nichž také v podstatě pramení specifika výhod a nevýhod užití AAK v praxi.

Při užití systémů AAK dochází zejména k výrazné disproporcii mezi frekvencí slov užívaných při produkci sdělení běžnou - verbální formou (cca 150-200 slov za minutu) a s využitím systému AAK (v průměru maximálně 15 slov za minutu). Někteří autoři dokonce hovoří o „sociální neúnosnosti“ takto realizovaného komunikačního aktu. V současné době ale již existují metody a prostředky technické podpory jako napřkl. Conversation Helped by Automatic Talk (CHAT), které mohou s využitím počítačových technologií přispět ke zkvalitnění průběhu komunikačního aktu uživatelů systémů AAK, a to zejména zvýšením frekvence řečové produkce až na 85 slov za minutu. Úspěšnost užití systému se samozřejmě odvíjí od druhu a stupně postižení uživatele AAK, od kvality jeho mentálních funkcí a schopnosti ovládat PC, neboť CHAT představuje systém, jenž urychluje komunikaci uživatelů AAK na základě slov a frází, jež jsou předem předdefinované (Alm a kol., 1992).

Komunikace s podporou AAK se v porovnání s klasickým ver-bálním projevem nerozvíjí na základě běžného komunikačního modelu. Intaktní dítě se učí komunikovat spontánně, tj. na základě reakcí okolí, nácvik komunikace s podporou AAK je oproti tomu vždy řízeným a záměrným procesem. Nácvik komunikace s podporou AAK je však důležitým momentem zejména z pohledu osvojení si znaků a komunikačních symbolů v příslušných komunikačních situacích, kdy musí dítě situaci analyzovat, vyhodnotit a optimálně na ni reagovat. Z pohledu přenosu sdělení se v oblasti AAK jedná o mnohonásobně asymetrický model mezi komunikujícími, neboť nemají shodný komunikační kanál a kód (Beukelman in Kalman, 2005).

V kontextu těchto omezení a při komparaci běžné formy komunikace (řeči) a systémů AAK se v neprospěch systémů AAK demonstruje především jejich menší společenská upotřebitelnost, vzbuzování pozornosti v širším sociálním okolí, limitovaný výběr komunikantů, prolongace aktivního využití AAK, zvýšené nároky na sociální okolí ve smyslu osvojení si pravidel pro komunikaci s podporou AAK (Kubová¹, 2002). Na druhou stranu, má ale užití AAK i přes výše uvedené faktory svůj obrovský, nezastupitelný význam v komunikaci s jedinci s výrazně narušenou komunikační schopností, neboť vhodně kompenzuje nedostatky v přenosu informací směrem od jedince se ZP či KV k lidem v jeho bližším i širším sociálním okolí. Je v podstatě náhradním komunikačním kanálem, jenž umožňuje realizovat třetí fázi komunikačního procesu, tzn. expresi sdělení.

Užití systémů AAK tedy snižuje tendenci jedinců se zrakovým či kombinovaným postižením se současně narušenou expresivní složkou řeči k pasivitě, umožňuje jim se samostatně rozhodovat, vyjádřit se, aktivně se účastnit bipolární komunikace a aktivit socializačního procesu, tzn. zapojit se do vzdělávacích, pracovních a volnočasových aktivit. Má také za úkol podněcovat rozvoj kognitivních a zejména řečových funkcí (Kubová, 1996).

K tomu, aby mohl jedinec na bázi AAK komunikovat, musí mít vytvořeny určité předpoklady pro tuto formu komunikace. Současně je však také možné tyto komunikační předpoklady (kompetence) jedince se ZP a KV systematicky rozvíjet a zdokonalovat. Za tímto účelem byl v USA vytvořen program s názvem „Building Communication Competence“ v rámci kterého dochází na základě dílčích kroků, jež jsou podrobně metodicky rozpracovány, k rozvoji lingvistických, operačních, sociálních a strategických komunikačních dovedností/ kompetencí (Light, Bringer, 1998).

4.2.1 Diagnostická hlediska pro volbu systému AAK u dětí se ZP a KV

Klíčové postavení pro volbu systému AAK, jakož i pro nácvik a automatizaci jeho užití v praxi, má diagnostika řečových schopností.

Důležité je si uvědomit, že při volbě vhodného komunikačního systému na bázi AAK pro dítě se ZP či KV musí být vždy respektovány jeho individuální možnosti a potřeby. Při aplikaci systému AAK do praxe pak zohledňovány nejen limity, ale zejména možnosti dítě v oblasti motorické, rozumové, senzorické, komunikační, ale např. i psychické a sociální (Kubová, Hemzáčková, 2000).

Problematika volby AAK systému pro dítě se ZP a KV by neměla být v zájmu zohlednění všech jeho individuálních specifíků a potřeb řešena pouze jedním odborníkem např. speciálním pedagogem, ale týmem pracovníků, který v zahraničí např. v USA nejčastěji zahrnuje řečového a jazykového patologa, rodiče, profesního poradce, fyzioterapeuta, školního psychologa, popř. další pracovníky pomáhajících profesí participujících na péči o dítě se ZP či KV (Reynolds, Fletecher-Jansen, 2000).

V České republice prozatím neexistuje standardně aplikovaný postup pro volbu systému AAK pro dítě se ZP a KV. Veškeré diagnostické a následné intervenční kroky vycházejí zpravidla z iniciativy rodičů a odborníků participujících na péči o dítě se ZP či KV. Míra kvality a komplexnosti posouzení jednotlivých hledisek se tak odvíjí od stupně jejich erudovanosti a profesní zainteresovanosti.

Poměrně komplexní zhodnocení hledisek pro volbu AAK systémů mohou vzhledem ke svému personálnímu obsazení nabídnout speciálněpedagogická centra (pro děti a žáky s kombinovanými vadami, se zrakovým postižením či vadami řeči), neboť aktuální stav vývoje dítěte a jeho prognózu mohou zhodnotit minimálně ze speciálněpedagogického a psychologického hlediska. Pokud je systém AAK volen pro dítě se ZP s přidruženým somatickým postižením, je vhodné, aby na výběru systému participoval také fyzioterapeut a ergoterapeut. Pokud je dítě se ZP či KV již delší dobu klientem SPC, pak jeho pracovníci disponují kompletní dokumentací v podobě zpráv z vyšetření odborných lékařů, jež lze využít k zhodnocení aktuálních kompetencí dítěte se ZP či KV ke komunikaci. Pokud SPC zprávami odborných lékařů a pracovníků (např. neurologa, ortopeda, rehabilitačního lékaře, oftalmologa, audiologa, psychiatra, klinického logopeda, klinického psychologa atp.), jež by mohly přispět ke zpřesnění volby systému AAK, nedisponuje, mohou jeho pracovníci rodičům klienta se ZP či KV doporučit, aby s dítětem příslušná vyšetření na základě doporučení pediatra absolvovali (Ludíková a kol., 2005).

Současně mohou pracovníci SPC rodičům doporučit, aby se s žádostí o odbornou pomoc obrátili na jediné specializované pracoviště, jež se v ČR problematikou AAK oficiálně zabývá, tzn. na Centrum pro alternativní a augmentativní komunikaci v Praze. Pracovníci Centra (speciální pedagogové a klinický logoped) poskytují svým klientům odborné rady nejenom při volbě systému AAK, ale i při nácvičku specifických metod jeho užití, dále při aplikaci AAK systému do běžných denních aktivit dítěte, a to formou ambulantních či terénních služeb. Současně také poskytují informace a doporučení v oblasti materiální a technické podpory komunikace dítěte se ZP či KV na bázi AAK. V podstatě tedy mohou působit také jako koordina-toři aktivit zaměřených na oblast rozvoje komunikačních kompetencí dítěte se ZP či KV a jako supervizoři pracovníků využívajících metodiku AAK v intervenci u těchto dětí (Informační materiály CAAK Praha).

U dítěte se ZP či KV je třeba při volbě vhodného intervenčního postupu, resp. při volbě systému AAK, zohlednit hned několik hledisek, z nichž za primární lze považovat hledisko logopedické, poté hledisko tyflopédické - oftalmologické a často i somatopedické - somatické. Dále je důraz kladen také na hledisko psychologické a ve vybraných případech nesmíme opomenout ani hledisko surdopedické - audiologické.

V rámci jednotlivých hledisek se na diagnostice spolupodílí pracovníci z oblasti zdravotnictví, pedagogiky, psychologie a technických oborů.

Z logopedického hlediska je ve vztahu k volbě systému AAK zohledňován:

- stupeň porozumění signálům nonverbální komunikace,
- stupeň porozumění řeči,
- současné způsoby komunikace a jejich úspěšnost včetně případného spontánního užívání náhradních forem komunikace,
- schopnost vyjadřovat souhlas a nesouhlas – ano/ne,
- rozumění symbolům a případné čtenářské dovednosti.

Z hlediska somatopedického/somatického bereme zřetel na:

- úroveň hrubé a jemné motoriky,
- hodnotíme rozsah, přesnost a rychlost pohybů ruky, což je důležité zejména pro zhodnocení fyzického přístupu ke komunikačním pomůckám.

Z hlediska tyflopédického/oftalmopedického:

- druh a stupeň zrakové vady,
- rozsah zorného pole,

- zrakovou ostrost (velikost symbolů),
- schopnost zrakové diferenciacie (tvorba komunikační tabulky),
- schopnost zrakové analýzy a syntézy,
- kvalitu nižších a vyšších kompenzačních činitelů (modifikace systémů AAK),
- schopnost aktivně využívat kompenzační pomůcky (brýle, lupy, PC, atp.),
- požadavky na osvětlení (speciálně upravené plochy pro AAK).

Z hlediska psychologického jsou pak určujícími faktory:

- motivace ke komunikaci a schopnost dorozumět se,
- emoční projevy a způsoby chování,
- kognitivní a sensorické schopnosti,
- sociální dovednosti včetně vztahu k vrstevníkům,
- sociální prostředí klienta, způsob trávení času,
- perspektivy školského zařazení,
- zhodnocení míry očekávání klienta a osob v jeho okolí, možnosti podpory (Laudová, 2003).

Maňková (2000) zmiňuje při výběru systému AAK také další podmínky, bez jejichž akceptace se nemusí při aplikaci AAK dostavit očekávaný efekt. Jedná se o:

- přijatelnost pro uživatele,
- přijatelnost pro blízké sociální okolí,
- přijatelnost pro širší sociální okolí a společnost,
- srozumitelnost pro komunikační partnery, kteří neovládají danou komunikační techniku,
- kompatibilita systému s gramatickými pravidly jazyka,
- stimulující charakter pro aktivity,
- stimulující charakter pro oční kontakt,
- stimulující charakter pro optimální komunikační vztah,
- umožnění komunikace na dálku,
- rozsah spektra zobrazených předmětů a pojmů,
- trvalost symbolického vyjádření,
- zabezpečení taktilně-kinestetické zpětné vazby,
- fyzická dostupnost,
- možnost přenosu systému AAK,

- zatížení paměti při učení,
- vyhovující úroveň jazykových předpokladů,
- osvojení metodiky a symbolického systému (výcvik, čas, stupeň obtížnosti, praxe),
- náklady.

Výše zmíněná hlediska lze označit jako tzv. pedocentrická, zaměřená na osobnost dítěte se ZP či KV, jakož na potenciálního uživatele AAK.

4.2.2 Aplikace forem AAK užívaných dětmi se ZP a KV do praxe

U osob se zrakovým a kombinovaným postižením mohou být v klasické či modifikované podobě využívány v podstatě všechny výše zmíněné systémy AAK.

Modifikace spočívá v úpravě velikosti komunikačních symbolů, vzdálenosti mezi komunikujícími, v osvětlení a nasvícení komunikačního prostoru, v ozvučení komunikačních pomůcek, ve využití technických pomůcek (zvětšovací lupy, SW pro jedince se zrakovým postižením, atp.).

V maximálně možné míře se u jedinců se ZP a KV snažíme zapojovat a využívat všechny nižší i vyšší kompenzační činitele a s jejich využitím komunikovat ať již standardním způsobem či s podporou AAK.

Logopedická intervence u dětí se ZP a KV by měla být vzhledem k prognostickému vývoji zahájena již v raném věku. V současné době je raná intervence poskytována dětem se ZP a KV ve věku od 0 do 3 let a jejich rodinám pracovníci Společnosti pro ranou péči. Ty doporučují začít využít AAK v rámci rané intervence u dětí se ZP a KV nejen za účelem rozvoje komunikačních kompetencí, ale současně i jako stimulačního prostředku v oblasti kognitivních a motorických schopností dítěte, a to s ohledem i na perspektivu následného rozvoje komunikace standardním způsobem tzn. s využitím řeči (Schlosser, 2003).

Současně by měla AAK u dětí s KV raného věku sloužit k podpoře rozvoje jejich sociálních a komunikačních kompetencí (Kunová, Skalová, 2005).

V procesu zavádění AAK je velmi důležitá role komunikačního partnera, který musí umět rozpoznat snahu uživatele AAK o komunikaci a reagovat na ni a udržet ji po určitou dobu, což v praxi znamená, že uživatelům AAK nesmíme pokládat pouze otázky typu ano/ne a negativní otázky, důležité je pokládat jen jednu otázku a dát druhé osobě dostatek času na odpověď, umožnit jí uskutečnit výměnu komunikačních rolí (Schlosser, 2003).

V praxi se při realizaci terapeutického plánu s použitím prostředků AAK užívá jejich vhodné kombinace, tak aby byl překonán rozpor mezi porozuměním řeči a možností se vyjádřit.

Komunikace na bázi AAK pak slouží k usnadnění života dítěte se ZP a KV v rodině, k jeho participaci na edukačním a pracovním procesu (Laudová, 1994).

Za tímto účelem, jakož i za účelem osvojení si metodiky AAK je třeba projít určitým odborným výcvikem, jehož by se měli účastnit všichni členové nejbližšího sociálního okolí dítěte, perspektivně také osoby z širšího sociálního okolí (Janišová, 1992).

Již v raných fázích vývoje dítěte s výrazně narušenou expresivní složkou řeči podporujeme vytváření intuitivních způsobů komunikačního chování ze strany rodičů i dítěte jako je např. oční kontakt, úsměv, dotek, pohyb. Do každodenních aktivit dítěte zařazujeme jednoduché hry s využitím gest, jež odpovídají slovnímu sdělení. Jako motivačního činitele používáme zvukové hračky, vhodné je také dítěti sestavit první jednoduchou komunikační knihu obsahující fotografie lidí a věcí, jež je obklopují (popř. zmenšeniny reálných předmětů či jejich reliéfní obrázky). V přímém kontaktu s dítětem kombinujeme verbální i nonverbální způsob komunikace, věci v jeho okolí pojmenováváme a současně je označujeme i manuálním znakem, využíváme přirozených gest. Gesta postupně zavádíme i k symbolům, jež obsahuje komunikační kniha, později do vět i krát-kých příběhů, využíváme her založených na akci a reakci (Kunová, Skalová, 2005).

Důležitým komunikačním prostředkem netechnického charakteru usnadňující komunikaci osobám se ZP a KV je komunikační tabulka. Tabulky jsou koncipovány a v průběhu intervence modifikovány s ohledem na aktuální potřeby jejich uživatele (Reynolds, Fletcher-Jansen, 2000).

Organizace symbolů v ploše tabulky (popř. v prostoru) je založena na pohybových a zrakových možnostech uživatele, zohledňuje také jeho jazykové potřeby. Tyto faktory ovlivňují volbu velikosti tabulky, její umístění, velikost a umístění symbolů, barevný kontrast atp. Podle svých možností pak osoba se ZP a KV symbol identifikuje (Laudová, 2003).

Tabulky pak mohou být organizačně uspořádány schematicky (jedná se o životopisné uspořádání tabulky), taxonomicky (uspořádání je založeno např. na určitém systému kategorií), sémanticko-syntakticky (uspořádání je založeno na využití gramatických zákonitostí), abecední (užívá výrazy seřazené dle abecedy), podle frekvence nejčastěji užívaných pojmů. Organizační uspořádání tabulky musí vždy odpovídat potřebě jejich uživatele a snadné orientaci při práci s tabulkou (Blackstonová in Laudová, 2003).

AAK lze optimálně využít zejména k podpoře rozvoje lingvistických, operačních, sociálních a strategických kompetencí u dítěte se ZP a KV.

Naplnění lingvistické kompetence vyplývá ze schopnosti jedince adekvátně ovládnout rodný jazyk (zejména slovní zásobu a gramatická pravidla) a osvojit si kódy (znaky/symboly)

nezbytné pro komunikaci na bázi AAK. Lingvistické kompetence jedince se ZP a KV se budují na základě řečové a jazykové stimulace v přirozeném prostředí, kde má také dítě prostor k expresivnímu vyjádření.

Operační kompetence jsou považovány za motorické a kognitivní dovednosti, jež jsou potřebné k signalizaci vzkazu a k ovládnutí technických dovedností důležitých pro obsluhu systému AAK. Do této oblasti patří také vytváření slovní zásoby v podobě symbolů, dostupnost grafických materiálů a pomůcek, zajištění servisu pomůcek, atp.

AAK také výrazně podporuje rozvoj sociálních kompetencí jedince. Ty jsou prezentovány např. schopností zahájit, udržet a ukončit konverzaci, schopností udržet rovnováhu mezi vlastní produkcí řeči a nasloucháním, dále např. ve schopnosti navázat odpovídající oční kontakt.

Osvojení si strategických kompetencí pak svědčí o určité flexibilitě uživatele AAK, neboť se v podstatě jedná o kompenzační kompetence v oblasti komunikace, jež spočívají např. v úpravě komunikačního stylu jedince v různých komunikačních situacích, v jeho schopnosti přejít z jednoho komunikačního modu na druhý (gesta X tabulka), popř. použít jiný způsob vyjádření, pokud mu jeho komunikační partner nerozumí (Light in Light, Binger, 1998).

4.2.3 Technická podpora aplikace systémů AAK u dětí se ZP a KV

Ke komunikaci osob s výrazně narušenou expresivní složkou řeči, tedy i specifické skupiny osob s ZP či KV, slouží nejenom samotné alternativní a augmentativní komunikační systémy, ale i různé neelektronické i elektronické komunikační pomůcky.

U dětí se ZP či KV jsou vhodně využitelné pomůcky s hlasovým výstupem. Jejich ovládání je třeba individuálně modifikovat s ohledem na motorické možnosti uživatele. Optimální způsob ovládání pomůcky s hlasovým výstupem, popř. PC lze zajistit standardně horní končetinou či např. hlavou, bradou, kolenem, ukazovátkem umístěným v hlavové objímce na hlavě, světelným paprskem umístěným na brýlích, zvukem, dechem, atp. (Novák, 1997).

Za nejelementárnější zařízení usnadňující ovládání počítače lze považovat **velkoplošná externí mikrospínačová tlačítka a senzorové spínače**. Do skupiny tzv. speciálních spínačů lze zařadit např. **IntegraSwitch** – spínač fungující na principu nádechu a výdechu. Pomocí tohoto spínače mohou i lidé s těžkým postižením hybnosti ovládat komunikační zařízení, softwarové programy i adaptované hračky (www.petit-os.cz/adapt_tlac.htm).

Dále je to ústy ovládaná myš **IntegraMouse**, která funkčně plnohodnotně nahrazuje standardní počítačovou myš. Funguje na principu nádechu a výdechu přes náustek, kurzor myši je pak ovládán minimálním pohybem úst uživatele.

Kromě ergonomických myší lze lidem se ZP se současně narušenou motorikou horních končetin usnadnit ovládání počítače pomocí **upravené myši s funkcemi pravého i levého tlačítka vyvedenými do externích spínačů**, popř. s využitím tzv. **trackballů**, jež lze charakterizovat v podstatě jako obrácené myši, pohyb kurzoru na obrazovce počítače je ovládán pohybem kuličky, která je ústřední součástí trackballu (www.itaac.com).

Další možností ovládání počítače je **senzorová (doteková) klávesnice** umožňující ovládání pohybů kurzoru nahoru, dolů, doprava, doleva a obsahující funkce „Enter“ a „Escape“.

A dále i **velkoplošné klávesnice** (např. *BigKeys LX*, *MID ME-DIUM* a *MID BIG*). Jedná se o klávesnice s velkými klávesami (délka hrany klávesy je 2-4 cm) K jejich snadnějšímu ovládání přispívá přehlednější rozmístění kláves a jejich redukce (chybí numerická část klávesnice, klávesy lze umístit abecedně za sebou) (www.petit-os.cz/klavesnice.htm).

Zejména u malých dětí se zrakovým a KV lze k usnadnění ovládání počítače využít také **dotekovou obrazovku = "TouchScreen"**. Multimediální softwarové aplikace tak společně s dotekovou obrazovkou vytvářejí komunikační prostředek jednoduše ovladatelný i neškoleným uživatelem. Pomocí dotekové obrazovky lze ovládat všechny programy, jež jsou ovladatelné myší (www.petit-os.cz/dotek_obraz.htm).

Mezi technické pomůcky fungující na bázi AAK řadíme také **komunikátory**. Nejjednodušším typem komunikátoru je tzv. ručičkový komunikátor, jenž je zpravidla propojen s externím velkoplošným tlačítkem. Komunikátor lze tvarově i funkčně připodobnit k hodinám s jednou ručičkou, která opisuje kružnici, po jejímž obvodu jsou umístěny symboly. V momentě, kdy chce jedinec s poruchou hybnosti identifikovat symbol na obvodu, zmáčkne spínač a ručička komunikátoru se zastaví. Tento typ komunikátoru slouží především k edukačním účelům a nácviku řízeného výběru.

Mnohem širší uplatnění mají komunikátory, pomocí nichž lze vyvolat jednoduchý vzkaz. Ty nejelementárnější lze charakterizovat jako velkoplošná tlačítka s hlasovým výstupem. Do těchto zařízení lze nahrát jeden nebo i více hlasových vzkazů (podle typu zařízení). V případě záznamu více vzkazů se jejich řada postupně generuje nebo zaznívají v určeném pořadí, a to vždy po dalším stisku tlačítka. K některým komunikátorům lze připojit i externí tlačítka.

Dalším typem komunikátoru je **AdVOCAt 8**, jenž disponuje osmi podúrovněmi pro osm různých komunikačních tabulek (tedy celkem 64 záznamy). Délka jednoho záznamu je cca sedm sekund a lze ovládat i jeho hlasitost. Ke komunikátoru lze také připojit osm externích tlačítek pro ovládání jednotlivých polí.

V praxi se také setkáváme s tzv. „**talkery**“. Jedná se o tabulkové komunikátory pracující v podstatě na principu komunikačních tabulek netechnického charakteru (www.itaac.com).

K rozvoji komunikačních dovedností osob s výrazně narušenou expresí řeči lze využít také některé softwarové programy. Jedná se např. o program „*1 Klávesou*“, jehož cílem je umožnit komunikaci lidem s těžkým tělesným postižením a se současně narušenou expresivní složkou řeči. *1 Klávesou* představuje program, pomocí kterého lze psát texty pomocí jedné klávesy popř. jednoho externího spínače. Program v podstatě pracuje na principu rozlišení krátkého a dlouhého stisku, kdy pomocí krátkého stisku je zajištěn pohyb kurzoru po jednotlivých klávesách a dlouhým stiskem se provádí výběr klávesy. Určení délky „krátkého stisku“ lze individuálně upravit. Předdefinovat lze také funkci „extra dlouhého stisku“, pomocí které se lze vrátit o jedno pole zpět a provést např. úpravu textu. Výstupem tohoto programu je textový dokument, jenž je možné vytisknout, poslat e-mailem či přečíst s využitím syntetické řeči (Menšík, 2006).

Dále je to program „*Usnadnění*“, jenž k identifikaci objektů využívá tzv. principu scanování (www.petitos.cz/progr_ovl_PC.htm).

K dalším podobně využitelným programům patří např. program „*Jet voice*“, umožňující ovládání počítače hlasem, a to s využitím dvou zvukových podnětů, jež lze přednastavit i na neverbální podněty (http://www.fugasoft.cz/myvoice.htm#o-progru_mu).

K tvorbě komunikačních tabulek lze využít např. program *Boardmaker* disponující do češtiny převedenou databází tří tisíc barevných symbolů. Jedná se o program vytvořený firmou Mayer Johnson sídlící v USA, jenž byl pro tuzemské potřeby transformován pracovníci Centra pro alternativní a augmentativní komunikaci v Praze do českého jazyka. Dále je to program *Altík*, pomocí kterého lze z fotografií, obrázků, piktogramů, slov či jiných speciálních znaků tvořit vlastní komunikační tabulky s využitím vlastních či předdefinovaných šablon.

Program *AC Keyboard* pracuje pod operačním systémem Windows 95 a disponuje také hlasovým výstupem (CS Voice). Jedná se o program, v jehož databázi jsou uloženy komunikační tabulky, jejichž komunikační symboly jedinec s poruchou hybnosti identifikuje za přímého využití osobního počítače (notebooku), a to s využitím principu scanování a programu „*Usnadnění*“ nebo programu „*1 klávesou*“ (Informační materiály CAAK Praha).

Lze tedy konstatovat, že počítače spolu s příslušnými speciálně upravenými hardwarovými i softwarovými komponenty, jakož i spolu s dalšími elektronickými pomůckami reprezentovanými zejména komunikátory, představují pro jedince se ZP a KV novou dimenzi podpory komunikace, vzdělávání, pracovní i společenské integrace.

4.2.3 Sociální aspekty užití prostředků AAK u žáků se ZP a KV

Komunikace člověka s ostatními lidmi je jednou z jeho nejdůležitějších životních potřeb. Neschopnost dorozumět se mluvenou řečí se tak zpravidla stává handicapem, který ovlivňuje téměř všechny oblasti života člověka. U dětí a žáků se zrakovým a kombinovaným postižením se snížená, nedostatečná či neexistující schopnost verbálně komunikovat stává často překážkou při jejich dalším vývoji, při jejich socializaci a edukaci (Cséfalvay, Gúthová in Cséfalvay a kol., 2002). Proces socializace, který vytváří optimální osobnostní a sociální identitu jedince se ZP a KV, jenž preferuje akceptaci postižení a posiluje normalitu osobnosti, je ohniskem procesu integrace. U dětí se ZP a KV se současně narušenou expresí řeči vždy dáváme přednost posílení těch oblastí osobnosti, které přímo nesouvisí s jeho postižením, což přispívá k posílení kompenzačních mechanismů jedince. Podle Vygotského je důležité se nesoustředit na postižení, ale na jeho kompenzaci, na to co má člověk dělat, aby postižení překonal (Moniga, 1997).

V praxi to znamená, že některé osoby se ZP a KV vstupují do komunikace jen s minimálním počtem osob (nejčastěji se členy rodiny a pracovníky pomáhajících profesí), a to navíc často pouze s omezeným komunikačním repertoárem. Často se pak setkáváme s jedinci, kteří v oblasti komunikace rezignují, maladaptují se a komunikují pouze na bázi nonverbálních odpovědí na otázky ve smyslu ano/ne, zřídka jsou iniciátory komunikačního aktu, přestanou si uvědomovat, že mohou aktivně ovlivnit chování lidí a dění kolem sebe (Light, Binder in Cséfalvay a kol., 2002).

K zabránění vzniku popř. k odstranění vznikajícího či již vzniklého komunikačního deficitu či handicapu slouží systémy alternativní a augmentativní komunikace, které umožňují jedincům s výrazně narušenou komunikační schopností v důsledku ZP, popř. dalších průvodních a přidružených poruch a postižení, vyjádřit své pocity a přání, samostatně rozhodovat o svém životě, zapojit se do činností v rámci edukačního a pracovního procesu a především stát se aktivními a rovnoprávnými účastníky komunikace (Kubová, 1996).

Rozvoj aplikace AAK lze u dítěte se ZP či KV v prostředí vzdělávacích institucí podpořit např. zařazením předmětu „komunikační dovednosti“ do rámcového vzdělávacího programu školy. Cílem takového předmětu by mělo být nejenom podpořit rozvoj komunikace a komunikačních schopností žáka se ZP či KV, ale zejména rozvíjet funkčnosti komunikace mezi dítětem se ZP a KV, učitelem a jeho spolužáky.

Dalším významným faktorem, jenž může výrazně podpořit rozvoj komunikačních a sociálních kompetencí jedince se ZP či KV perspektivy jeho integrovatelnosti, je asistent pedagoga. Ten podle Vyhlášky č. 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními

vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných má pomáhat žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti a při komunikaci s žáky, jakož i při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a s komunitou, ze které žák pochází.

Metody AAK lze aktuálně považovat za nedílnou součást výchovné rehabilitace jedinců se ZP či KV, neboť spolu s dalšími speciálněpedagogickými intervencemi směřují k optimalizaci jejich rozvoje.

Metody AAK plní v rámci výchovné rehabilitace jedinců se ZP či KV stimulační, kompenzační, rehabilitační, jakož i edukační cíle.

Stimulační funkce užití systémů AAK se u dětí se ZP a KV demonstruje zejména v oblasti rozvoje dílčích komunikačních, motorických a sociálních kompetencí těchto jedinců.

Komunikaci s podporou systémů AAK u dětí se ZP a KV lze v podstatě chápat jako kompenzaci tradičního verbálního projevu.

Rehabilitační funkci mají systémy AAK pro uživatele se ZP a KV ve sféře jeho psychické podpory a osobnostního rozvoje, jež je velmi úzce propojena s oblastí sociálního začlenění takového jedince do společnosti.

Edukační cíle jsou pak zaměřeny zejména na vybavení uživatele AAK se ZP či KV adekvátním množstvím poznatků tak, aby byl schopen zapojit se do pracovního a společenského života a zajistit si tak přiměřenou kvalitu života bez zbytečné závislosti na okolí (Ludíková a kol., 2005).

Cílem, jenž má být aplikací metod AAK u dítěte se ZP a KV naplněn, je jeho úspěšná integrace do společnosti. Ve smyslu podpory integrace osob s postižením se vyjádřil již v roce 1929 Vygotskij „Je třeba spojit vzdělávání defektních a zdravých, speciální školu s běžnou, děti vychovávat společně. Tím budeme vychovávat postižené a převychovávat zdravé“ (Vygotskij in Mikulajová, 1997, s.76-77).

Integraci lze považovat za současný trend péče o osoby se specifickými potřebami. Nejedná se tedy pouze o integraci „škol-skou“, ale celospolečenskou. Řada aktivit určených pro jedince s kombinovanými vadami je realizována formou otevřeného nabídkového systému. Konstrukce těchto služeb formou otevřené nabídky dává jedincům s kombinovanými vadami, jedince se ZP nevyjímaje, možnost výběru a současně i předpokládá jejich aktivní participaci na vlastním integračním procesu.

V rámci socializace jedinců se ZP a KV, jejich integrace a inkluze sehrává klíčovou roli odpovídající legislativa, včasná odborná péče, zajištění poradenských služeb, vytvoření odpovídajících možností pro vzdělávání a následnou přípravu na povolání, tvorba pracovních

míst, zamezení izolace od společnosti, fungování různých zájmových, profesních či jiných seskupení, fungující spolupráce všech zúčastněných, včetně samotného klienta. Ve všech momentech se musí jednat o týmovou spolupráci založenou na jednotné filozofii přístupu k osobám s kombinovanými vadami (Ludíková a kol., 2005).

AAK se tedy beze sporu podílí na rozvoji sebepojetí a sebeuvědomění dětí se ZP a KV, je prostředkem podpory jejich socializace, edukace a integrace, prostředkem jenž lze využít k celkové podpoře rozvoje jejich osobnosti.

POUŽITÁ LITERATURA

- ALM, N. a kol. *Prediction and conversational momentum in an augment-tative communication system*. Dundee: University of Dundee, Department of Mathematics and Computer Science, 1992.
- BANDŽUCHOVÁ, I. K využití metod alternativní a augmentativní komunikace u dětí se závažným postižením vývoje řečových schopností. *Diagnostika a terapie poruch komunikace*, 2002, roč. V., č.2, s.2-24.
- BEEROVÁ, E. Aktuální stav užívání prostředků alternativní a augment-tativní komunikace. *Speciální pedagogika*, 2005, roč. XV., č. 2. s. 104-113. ISSN 1211-2720.
- BOCKWEG, C. Use of Blissymbols in daily life. In *Communication in Shared World – 5th Eastern and Central European Regional Augmentative and Alternativě Communication Conference. Program and Book of Abstracts*. Budapešť: Hungarian Bliss Foundation, 2005, s.30-31. ISBN 936-219-598-1.
- BUBENÍČKOVÁ, M., HRUBANTOVÁ, H., MARČÍKOVÁ, L. Logope-dická péče v Dětském centru Paprsek. In *Česká logopedie 1997*. Praha: Makropulos, 1997. ISBN 80-86003-21-3.
- CSÉFALVAY, Z., VLIET, L., GÚTHOVÁ, M. Augmentatívna a laterna-tívna komunikácia jako ponúka pomoci pre nehovoriacu populáciu. *EFETA – otvor sa*, 2002, s. 104-111. ISSN 1335-1397.
- GADLINOVÁ, M. Komunikace dětí s kombinovaným postižením. In *Ra-ná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením. Vybrané příspěvky z kurzu „Poradce rané péče“*. Praha: Středisko rané péče Praha - Haštalská 27, 1998. ISBN 80-238-3267-0.
- JANIŠOVÁ, M. Augmentatívna a alternativna komunikácia. *Ročenka Efety*, 1992, s. 19-22. ISSN 0323-1879.
- JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: PdF MU, 2003. ISBN 80-210-3204-9.
- JENNISCHE, M. An introduction to Blissymbolics. In *Communication in Shared World – 5th Eastern and Central European Regional Augmen-tative and Alternativě Communication Conference. Program and Book of Abstracts*. Budapešť: Hungarian Bliss Foundation, 2005, s. 55-56. ISBN 936-219-598-1.
- JONÁŠKOVÁ, V. Alternativní a augmentativní komunikace osob s fy-zickým handicapem. In VALENTA, M a kol. *Sborník III. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami*. Olomouc: VUP, 2002, s. 219-224. ISBN 80-244-0547-4.

- KALMAN, S. Theoretical comparison of normal, disturbed and augmented communication. In *Communication in Shared World – 5th Eastern and Central European Regional Augmentative and Alternativě Communication Conference. Program and Book of Abstracts*. Budapešť: Hungarian Bliss Foundation, 2005, s. 60-62. ISBN 936-219-598-1.
- KLENKOVÁ, J. Řeč dětí s DMO. In KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 2000, s. 33-39. ISBN 80-85931-88-5.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KNAPCOVÁ, M. Výměnný obrázkový komunikační systém. *Speciální pedagogika*, 2003, roč. XIII., č. 3, s. 199-203. ISSN 1211-2720.
- KNAPCOVÁ, M. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. Praha: IPPP ČR, 2005. ISBN 80-86856-07-0.
- KRAHULCOVÁ, B. Nové směry logopedické péče. *Speciální pedagogika*, 1997, roč. VII., č. 1, s. 1-8. ISSN 0862-1632.
- KRAHULCOVÁ, B. Role alternativní komunikace v integračním procesu zdravotně postižených. In *Sborník Integrace – znamení doby*. Praha: UK, 1998. ISBN 80-7184-691-0.
- KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.
- KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: TECH-MARKET, 1996. ISBN 80-902134-1-3.
- KUBOVÁ, L. *Piktogramy. Metodická příručka*. Praha: TECH - MARKET, 1997. ISBN 80-86114-00-7.
- KUBOVÁ, L., PAVELOVÁ, Z., RÁDKOVÁ, Z. *Znak do řeči*. Praha: TECH-MARKET, 1999. ISBN 80-86114-23-6.
- KUBOVÁ, L., HEMZÁČKOVÁ, K. Alternativní a augmentativní komunikace, využití poznatků z Dánska. In *Česká logopedie 1999*. Praha: Makropulos, 2000, s. 87-92. ISBN 80-86-003-38-3.
- KUBOVÁ¹, L. Alternativní a augmentativní komunikace těžce mentálně postižených osob. In VALENTA, M. a kol. *Sborník II. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami*. Olomouc: VUP, 2002. ISBN 80-244-0389-7.
- KUBOVÁ², L. Komunikace lidí s těžkým mentálním postižením. In *Děti a my*, 2002, roč. 32, č. 2, s. 37. ISSN 0323-1879.
- KULIŠŤÁK, P. a kol. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
- KUNOVÁ, A., SKALOVÁ, P. Support of communication skills in early intervention. In *Communication in Shared World – 5th Eastern and Central European Regional Augmentative*

- and Alternativě Communication Conference. Program and Book of Abstracts.* Budapešť: Hungarian Bliss Foundation, 2005, s.69-70. ISBN 936-219-598-1.
- KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku.* Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8.
- LAUDOVÁ, L. Alternativní a augmentativní komunikace. In *Česká logopedie 1994.* Praha: Makropulos, 1994, s. 89-92. ISBN 80-901776-7-0.
- LAUDOVÁ, L. Alternativní a augmentativní komunikace. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie.* Praha: Portál, 2003, s. 561-576. ISBN 80-7178-546-6.
- LIGHT, J.-C., BINGER, C. *Building Communicative Competence with individuals Who Use Augmentative and Alternative Communication.* Illinois: Paul H. Brookers Publishing Co., Inc., 1998. ISBN 1-55766-324-6.
- LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady.* Olomouc: VUP, 2005. ISBN 80-244- 1154-7.
- MAYER-JOHNSON – kol. autorů *Introduction to the Picture Communication Symbols.* Solana Beach: Mayer-Johnson, Inc., 2001. ISBN 138415-50-1.
- MAŇKOVÁ, V. Využívání metodiky AAK u dětí s poruchami komunikačních zručností. *EFETA-otvor sa*, 2000, s. 126-131. ISSN 1335-1397.
- MENŠÍK, J. 1 Klávesou. In *Sborník INSPO 2006. Internet a informační systémy pro osoby se specifickými potřebami.* Praha: Kongresové centrum, 11. března 2006.
- MIKULAJOVÁ, M. Vygotský dnes. In LECHTA, V., MATUŠKA, O., ZÁSZKALICKY *Nové cesty k postihnutým lidem.* Bratislava: LIEČREH GÚTH, 1997, s. 62- 77. ISBN 80-967-383-7-2.
- MONIGA, S. Sociální a školní integrace. In LECHTA, V., MATUŠKA, O., ZÁSZKALICKY *Nové cesty k postihnutým lidem.* Bratislava: LIEČREH GÚTH, 1997, s. 259 – 268. ISBN 80-967-383-7-2.
- NOVÁK, J. *Využití výpočetní techniky pro zdravotně postižené.* Brno: Paido, 1997. ISBN 80-85931-44-3.
- PAVELOVÁ, Z., RÁDKOVÁ, I. Znak do řeči. *Speciální pedagogika*, 2000, roč. X., č. 4-5, s. 221-227. ISSN 1211-2120.
- REYNOLDS, C.R., FLETCHER-JANZEN, E. *Consise Encyklopedia of Special Education a Reference for the Education of the Handicapped and Other Exceptional Children and Adults.* New York: John Wiley&Sons, Inc., 2000. ISBN 0-471-39261-8.
- ROUTNEROVÁ, M., BERÁNEK, J. HŘEBÍKOVÁ, M. *Základy neuro-fyziologie pro speciální pedagogii. Facilitace ontogenetického vývoje.* Praha: IPPP ČR, 2002.

SCHLOSSER, R.W. *The efficacy of augmentative and alternative communication*. London: Academic, 2003. ISBN 0126256675.

SOURALOVÁ, E. *Vzdělávání hluchoslepých II*. Praha: Scientia, 2000. ISBN 80-7183-226-X.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.

VAŠEK, Š. *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapiencia, 2003. ISBN 80-968797-0-7.

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

VÍTKOVÁ, M. Metoda bazální stimulace a její využití při edukaci žáků s těžším postižením a více vadami. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: VUP, 2005, s. 223-251.

WARRICK, A. *Communication without speech: augmentative and alter-native communication around the world*. Toronto: ISAAC Press, 1998. ISBN 0968418600.

Seznam dalších pramenů

<http://web.quick.cz/caak> [12.02.2005]

www.petit-os.cz/adapt_tlac.htm [29.03.2005]

www.blissymbolics.org/about.shtml[25.01.2006]

<http://www.pecs.com/page5.html>[14.03.2006]

<http://www.fugasoft.cz/myvoice.htm#o-programu>[21.05.2006]

www.itaac.com [25.05.2006]

www.petit-os.cz/klavesnice.htm[29.03.2005]

www.petit-os.cz/dotek_obraz.htm[29.03.2005]

www.petit-os.cz/komunikatory.htm[29.03.2005]

www.petit-os.cz/progr_pro_ovl:PC.htm [29.03.2005]

Informační materiály SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na augmentativní a alternativní komunikaci, Tyršova 13, 12000 Praha 2 – „Výukové počítačové programy pro děti, programy pro logopedy, programy pro komunikaci“.

Informační materiály (propagační) CAAK Praha.

5 MOŽNOSTI VÝCHOVY A VZDELÁVANIA DETÍ A MLÁDEŽE S VIACNÁSOBNÝM POSTIHNUTÍM

V posledných rokoch sa stále väčšia časť špeciálnej pedagogiky venuje práve osobám s viacnásobným, resp. kombinovaným postihnutím. Rýchly rozvoj v oblasti medicínskych vied umožňuje udržať pri živote aj novorodencov s ťažkými vrodenými chybami a ochoreniami, s kriticky nízkou pôrodnou hmotnosťou a pod. Kvalita ranej diagnostiky a následnej starostlivosti, či už lekárskej alebo špeciálnopedagogickej je v dnešnej dobe na dostatočne vysokej úrovni na to, aby mohli aj deti s ťažkým a kombinovaným postihnutím vykročiť do života.

Možností vzájomného pôsobenia viacerých postihnutí či narušení je veľké množstvo, čo znamená, že nie je možné dostatočne presne charakterizovať skupinu osôb s viacnásobným postihnutím. Pokiaľ by sme tak chceli urobiť, museli by sme vymenovať všetky možné kombinácie postihnutí, ochorení a narušení a charakterizovať všetky možné symptómy a ich dôsledky pre jednotlivca. Množstvo informácií by potom bolo také rozsiahle, že by sme vlastne iba vymenovali a nie charakterizovali.

Opísať teda skupinu viacnásobne postihnutých z hľadiska ich možností výchovy a vzdelávania, z hľadiska starostlivosti, či už zdravotnej, sociálnej alebo psychologickej je veľmi náročné.

V tejto časti textu by sme sa preto chceli venovať iba jednej zo skupín zdravotne postihnutých, a to osobám s kombinovaným postihnutím, kde sú prejavy telesného postihnutia jedným z primárnych znakov.

Na začiatok považujeme za vhodné charakterizovať osoby s telesným postihnutím a následne pripojíme charakteristiku viacnásobného postihnutia v kombinácii práve s telesným postihnutím.

5.1 Charakteristika osôb s poruchou hybnosti

Telesné postihnutie charakterizujeme ako poruchu hybnosti alebo mobility s rôznorodou etiológiou pôsobiacou počas tehotenstva (prenatálne), počas pôrodu (perinatálne) alebo

v období po pôrode (postnatálne). A to buď do jedného roku života dieťaťa alebo získané po prvom roku života dieťaťa.

Porucha hybnosti je zapríčinená postihnutím, poruchou alebo ochorením pohybového ústrojenstva jedinca, t.j. kostí, kĺbov, šliach, svalov, cievneho a nervového zásobenia, pokiaľ sa toto prejavuje poruchou mobility.

Prečo je práve prvý rok života dieťaťa takým dôležitým medzníkom? Z psychologického hľadiska dochádza vo vývine dieťaťa v čase prechodu z kojeneckého do batolacieho obdobia k veľkým zmenám nielen v psychických funkciách, ale aj v súvisiacich motorických schopnostiach dieťaťa. Takáto rýchla zmena v motorických zručnostiach dieťaťa ovplyvňuje jeho schopnosť samostatným pohybom získavať väčšie množstvo rozmanitých podnetov, ktoré ovplyvňujú jeho psychický vývin a zároveň motivujú dieťa k ďalšej motorickej aktivite. Ako sa tento aktivizačný kruh uzatvára, zvyšujú sa schopnosti a zručnosti dieťaťa podporujúce jeho psychomotorický vývin a možnosti na posunutie sa do ďalšieho vývinového obdobia.

Podľa kritéria doby vzniku rozdeľujeme teda telesné postihnutie na vrodené a získané pred alebo po prvom roku života dieťaťa. Podľa toho potom môžeme usudzovať na možnosť vzniku izolovaného alebo naopak kombinovaného postihnutia, pričom sa tieto dva stavy od seba diametrálne líšia najmä v nárokoch dieťaťa na špeciálno-pedagogickú, zdravotnú a liečebnú starostlivosť či individuálny prístup vo výchove a vzdelávaní.

Z ohľadom na špecifické prejavy klientov / žiakov môžeme hovoriť v rámci somatopédie (pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených) o troch základných skupinách klientov / žiakov:

1. osoby s telesným postihnutím,
2. osoby choré,
3. osoby zdravotne postihnuté.

V každej z týchto troch základných skupín sa starostlivosť o klientov / žiakov zameriava v prvom rade na zachovanie zdravia v čo najvyššej možnej miere, na liečebnú rehabilitáciu poškodených orgánov alebo funkcií. V tejto oblasti sa jednotlivé skupiny nelíšia v nárokoch na zdravotnícku starostlivosť o nič viac, než je to v bežnej populácii u pacientov zdravotníckych zariadení.

Čo sa však týka výchovy a vzdelávania, sociálnej či pracovnej rehabilitácie, existujú medzi osobami telesne postihnutými, chorými a zdravotne oslabenými podstatné rozdiely v nárokoch na špecializovanú starostlivosť a služby.

5.1.1 Osoby s telesným postihnutím

Telesným postihnutím sa rozumejú také nápadnosti v pohybových schopnostiach, ktoré majú značný vplyv na kognitívne, emocionálne a sociálne výkony (Gruber, Lendl, in Vítková, 1998).

V somatopédii už pre určenie osoby ako telesne postihnutej nie je rozhodujúcim kritériom sematické poškodenie, ale miera dopadu somatických zvláštností na výchovno-vzdelávacie a socializačné zručnosti jedinca a jeho možnosti kompenzácie.

telesné postihnutia podľa prejavov, etiológie, či podľa už spomínanej doby vzniku tvoria veľmi rôznorodú skupinu. Táto je v odbornej literatúre ďalej klasifikovaná nasledovne.

Získané telesné postihnutia sa môžu deliť na:

- získané po úraze,
- získané po chorobe.

Podľa Vítkovej (1998) sú to:

- centrálna a periférna obrny,
- deformácie,
- amputácie a malformácie.

Podľa Hewarda a Orleanskeho (in Valenta, 2003) sa jedná o poruchy:

- ortopedické,
- neurologické.

Podľa návaznosti na ďalšie poruchy alebo postihnutia sa telesné postihnutie môže definovať ako primárna porucha, kedy je telesné postihnutie a s tým spojená porucha hybnosti priamo závislé na priamom orgánovom alebo funkčnom poškodení hybného aparátu tak, ako sme ho charakterizovali už vyššie.

Sekundárna porucha hybnosti vzniká ako následok nedostatočnej stimulácie v oblasti motoriky ako dôsledok obmedzenia, choroby alebo inej poruchy. príkladom môže byť vážne ochorenie srdca (nedomykavosť chlopní, ischemická choroba srdca atď.), kedy sa nadmerný pohyb stáva kontraindikáciou pri liečbe ochorenia kardiovaskulárneho systému.

Podľa stupňa telesného postihnutia môžeme osoby s takýmto obmedzením deliť na:

- osoby mobilné, ktoré sú schopné samostatného pohybu,
- osoby čiastočne imobilné, ktoré pre samostatný pohyb potrebujú využívať ortopedické a kompenzačné prostriedky, ako sú napr. barle rôzneho typu, chodítka a pod.
- osoby imobilné, ktoré pre svoj pohyb využívajú invalidný vozík, a to tak mechanický, ako aj elektrický. Veľmi zjednodušene potom môžeme konštatovať, že osoby

používajúce elektrický vozík sú často vážnejšie telesne, prípadne kombinovane postihnuté.

Podľa stupňa telesného postihnutia sa môžu veľmi všeobecne poruchy hybnosti deliť taktiež na ľahké, stredné a ťažké. Toto vymedzenie je však iba orientačné a nie je vhodné ho používať pri uzatváraní diagnózy dieťaťa s telesným postihnutím.

Pre ľahšiu orientáciu v jednotlivých možných druhoch telesného postihnutia teraz uvádzame stručný prehľad klasifikácie telesných postihnutí podľa porúch jednotlivých častí tela tak, ako ich uvádza Bendová (in Ludíková, 2005).

5.1.1.1 Vrodené telesné postihnutia:

- a. vrodené poruchy tvaru lebky (brachycefalie, skalocefalie, trigonocefalie, turicefalie, plagiocefalie),
- b. vrodené poruchy veľkosti lebky (makrocefalus, mikrocefalus, hydrocefalus),
- c. ďalšie vrodené poruchy v lebečnej a orofaciálnej oblasti (anencefalus, rásztep lebky, pery, čeľuste, podnebia),
- d. vrodené deformity chrbtice (krčná hyperlordóza, zväčšená hrudná kyfóza, plochý chrbát, zväčšená bederná lordóza),
- e. vrodené poruchy chrbtice (rásztep chrbtice /spina bifida/ meningokéla, mielokéla, meningomielokéla),
- f. vrodené poruchy horných a dolných končatín (amélie, dismélie, fokomélie, arachnodaktilie, syndaktilie, polydaktilie, pes equinovarus congenitus /vrodená noha kosovitá/, pes calcaneus congenitus /vrodená noha hákovitá/, pes adductus /vrodená noha kosá/, plochá noha, luxatio coxae congenita /vrodené vykĺbenie bedrového kĺbu/, genua valga, vara, recurvata /defotmity kolenných kĺbov/),
- g. vrodené rastové odchýľky (achondroplázia, akromegálie, akromikrie, gigantizmus, nanizmus, hemihypertrofia),
- h. centrálna a periférna obrna (detská mozgová obrna - DMO).

5.1.1.2 Získané telesné postihnutia

- a. Získané deformity chrbtice a hrudníku (skolióza, zväčšená krčná lordóza, zväčšená hrudná kyfóza, zväčšená bederná lordóza),
- b. získané deformity končatín (plochá noha),
- c. získané telesné postihnutia po poškodení CNS úrazom:

- 1) (kontúzia mozgu /spojená so spasticou paraparézou či hemiparézou, diplopiou, fatickými poruchami, poúrazovou epilepsiou/,
 - 2) tetraplegia – kvadruplegia /vzniká na základe porušenia až prerušenia miechy v oblasti krčnej chrbtice, primárne spôsobuje poruchu hybnosti horných a dolných končatín, sekundárne spôsobuje poruchy respirácie, cievne, metabolické, kožné, vylučovacie a sexuálne problémy/,
 - 3) paraplégia / spôsobená poškodením miechy v hrudnej, bedrovej alebo rížovej oblasti miechy, dôsledkom je primárne ovplyvnenie hybnosti a citlivosti dolných končatín, ako sekundárne prejavy je možné v miernejšej forme pozorovať obdobné problémy ako u tetraplegie/,
- d. získané telesné postihnutia po úrazovom poškodení periférnych nervov (axonotmesis, neurotmesis, paresis plexus brachialis /obrna svalov ramenného pletenca/),
- e. amputácie horných a dolných končatín (primárne, sekundárne, terciárne),
- f. telesné postihnutia získané po ochoreniach:
- 1) akútne reumatizmus /dôsledkom je postihnutie hybnosti, ochorenia srdca/,
 - 2) chorea minor - tanec sv. Víta /dôsledkom je narušenie CNS – tiky grimasy, záškľby končatín, poruchy reči a grafomotoriky/,
 - 3) chronický (vleklý) kĺbny reumatizmus /dôsledkom je obmedzenie hybnosti v kĺboch, utlmenosť a spomalená reaktivita/,
 - 4) Perthesova choroba /dôsledkom je obmedzenie hybnosti spôsobené zápalovým ochorením hlavice stehennej kosti/,
 - 5) myopatia – progresívna svalová dystrofia / dôsledok je postupné obmedzenie hybnosti v dôsledku znižovania svalovej sily a výkonnosti svalov celého tela vrátane srdcového svalu – zmena svalových vlákien na menejcenné tukové a väzivové tkanivo/.

5.1.2 Komplexná starostlivosť o osoby s telesným postihnutím

Pod pojmom komplexná starostlivosť rozumieme poskytovanie všetkých potrebných služieb a starostlivosti o samotnú osobu s postihnutím, ako aj o jej rodinu s ohľadom na naplnenie jej špecifických potrieb výchovno-vzdelávacích, socializačných či integračných, liečebných či pracovných.

Podľa toho môžeme taktiež charakterizovať odborníkov z rôznych rezortov, ktorí poskytujú komplexnú starostlivosť osobám s postihnutím.

Pokiaľ by sme sa zamerali primárne na osoby s telesným postihnutím, hovorili by sme o tzv. komplexnej, resp. komprehenzívnej rehabilitácii, ktorá v sebe zahŕňa 4 základné zložky:

1. zložku liečebnej rehabilitácie, ktorú tvoria postupy používané v bežnej liečebnej intervencii ako je farmakologická či chirurgická liečba. Okrem toho sú súčasťou liečebnej rehabilitácie nasledovné metódy:
 - a. fyzikálna rehabilitácia (masáže, vodoliečba, termoterapia, fototerapia, balneoterapia, magnetoterapia, speleoterapia atď.),
 - b. liečebná telesná výchova, ktorá môže byť skupinová alebo individuálna so zameraním na zlepšenie funkcie motoriky hrubej, ako aj jemnej (Vojtova metóda, Bobathových metóda, Kabatova metóda, orofaciálna stimulácia, metóda podľa Petöho) ako aj fyzickej kondície.
 - c. ergoterapia – liečba pracovnou činnosťou, kde hlavným cieľom je zlepšenie motoriky a hybnosti klienta a práca je prostriedkom k dosiahnutiu pozitívnej zmeny. Je teda dôležitý proces pracovnej činnosti, zamestnania klienta a nie výsledok vo forme výrobku.
 - d. animoterapie, ktoré ako prostriedok zlepšovania fyzického stavu, motoriky a hybnosti klienta využívajú pozitívne liečebné účinky niektorých zvierat, vzťahu k týmto zvieratám a starostlivosti o ne. Patria sem hipoterapia (kone), canisterapia (psy), kedy sa prostredníctvom zdieľania, živočíšneho tepla a bezpodmienečného prijatia klienta zvierat'om dosahuje uvoľnenie napätia, zvýšenie relaxačného účinku a zlepšenie vnímania. Taktiež sa využíva rytmus srdca či prirodzený pohyb zvierat'a, ktorý najmä u koní nahrádza či podporuje fyziologické pohyby klienta s telesným postihnutím, uvoľňuje spasticitu svalov, šliach a kĺbov a pomáha správne držaniu tela. Psychologickým účinkom takejto terapie je zvyšovanie sebadôvery, samostatnosti a príjemných pocitov spojených s bezpodmienečným prijatím bez ohľadu na závažnosť postihnutia klienta.
 - e. špecifické terapie, napr. muzikoterapia, arteterapia, psychoterapia atď., ktoré zlepšujú psychické ako aj fyzické schopnosti a funkcie organizmu klienta s telesným postihnutím, pričom využívajú hudbu, rytmus, umenie a jednotlivé umelecké prejavy a techniky či psychologické prostriedky.
2. zložku sociálnej rehabilitácie, ktorá má za úlohu pomôcť klientovi s telesným postihnutím prijať prejavy svojho stavu, zmieriť sa v najvyššej možnej miere s dôsledkami a naučiť sa žiť spolu so svojim postihnutím. Ďalšou veľmi dôležitou úlohou je potom schopnosť takto postihnutého človeka integrovať sa do spoločnosti,

naučiť sa zastať nároky, ktoré na neho jeho okolie a celá spoločnosť kladie a teda byť sociálne schopný a zručný, s čím súvisia aj napr. komunikačné zručnosti, sebaobsluha, samostatnosť v každodenných činnostiach atď. Metódami sociálnej rehabilitácie sú:

- a. reedukácia (rozvoj poškodenej funkcie a ostatných schopností),
 - b. kompenzácia (náhrada poškodenej, postihnutej funkcie alebo orgánu inou nepoškodenou funkciou alebo orgánom),
 - c. akceptácia (prijatie života s postihnutím, ako aj orientácia na spoločnosť a akceptovanie osôb s postihnutím ako jej rovnocenných členov),
3. zložku pedagogickej (výchovno-vzdelávacej) rehabilitácie, ktorá sa zameriava na umožnenie získania vhodného vzdelania a výchovy pre osoby s postihnutím, pričom využíva najmä prostriedky v zmysle reedukácie celej osobnosti klienta. Je doménou najmä špeciálnej pedagogiky a využíva špeciálnopedagogické prostriedky, metódy a postupy individuálne prispôbované jednotlivcom s rôznym druhom a stupňom zdravotného postihnutia. Základom procesu reedukácie je úsilie o obnovu normálneho vývinu osobnosti. Tento proces je dlhodobý, začína už v útlom detstve dieťaťa s postihnutím a prelína sa celým jeho životom. Podľa toho potom môžeme veľmi zjednodušene vymenovať oblasti, v ktorých má aj zložka pedagogickej rehabilitácie svoje miesto:
- a. raná starostlivosť – včasná intervencia,
 - b. školská edukácia – v špeciálnopedagogických inštitúciách ako aj v integrovaných podmienkach,
 - c. profesné vzdelávanie a celoživotné vzdelávanie, ktoré umožňuje nájsť zodpovedajúcich, vhodných pracovných príležitostí a pripravuje klienta na úspešné zaradenie pracovného procesu.
4. zložku pracovnej rehabilitácie, ktorá by mala v maximálnej miere nadväzovať na zložku pedagogickú a rozširovať možnosti osôb so zdravotným postihnutím v rámci úspešného zaradenia do pracovného procesu. U osôb s vrodeným postihnutím sa prostriedky pracovnej rehabilitácie sústreďujú na určenie vhodného pracovného uplatnenia a následnú prípravu na povolanie. U osôb so získaným telesným postihnutím, a to najmä získaným v dospelosti, kedy už daný jednotlivec mal vytvorené pracovné podmienky a návyky, alebo mal dokončenú prípravu na povolanie, sa pracovná rehabilitácia zameriava na znovuučinenie vhodných pracovných činností a nájsť potenciálneho zamestnania. Zároveň je cieľom príprava jednotlivca so zmenenými pracovnými schopnosťami na nové zamestnanie, pracovné zaradenie

a tiež úprava či príprava pracovného miesta, či poučenie zamestnávateľa a budúcich spolupracovníkov, čím sa zvýši pravdepodobnosť úspešného zaradenia jednotlivca s telesným postihnutím nielen do pracovného procesu, ale najmä do pracovného kolektívu.

5.1.3 Špecifiká výchovy a vzdelávania žiakov s telesným postihnutím

Možnosti výchovno-vzdelávacieho pôsobenia na deti s telesným postihnutím prechádza v posledných rokoch aj v Českej republike zmenami súvisiacimi s tendenciami a princípmi individualizovaného vzdelávania v integrovaných podmienkach.

Sú to práve deti s telesným postihnutím, u ktorých sa predpokladá vzhľadom na často neporušený intelekt a psychické možnosti a schopnosti, že budú schopné vzdelávať sa v bežných školách pre majoritnú populáciu a to bez väčších nárokov na špeciálne prístupy a prispôsobovanie sa prostredia školy či okolia.

Je však veľkou chybou domnievať sa, že deti s telesným postihnutím sú vlastne „iba“ pohybovo znevýhodnené a teda nič nebráni ich úplnému a bezproblémovému vzdelávaniu spolu s intaktnými rovesníkmi.

Ak však charakterizujeme skupinu telesne postihnutých zistíme, že mnohorakosť prejavov, dôsledkov a problémov spojených s druhom, stupňom či dobou vzniku telesného postihnutia vytvárajú z takto zdravotne postihnutých osôb veľmi širokú a rôznorodú skupinu osôb, najmä čo sa týka nárokov na špeciálnu starostlivosť a prispôsobovanie podmienok okolia, rodiny i samotného jedinca s telesným postihnutím.

Považujeme preto za potrebné zdôrazniť, že i keď to nie je práve „moderný“ názor, sú školy pre deti a mládež s telesným postihnutím stále jednou z dôležitých súčastí výchovno-vzdelávacieho systému pre osoby s telesným postihnutím.

Z toho dôvodu na tomto mieste uvádzame prehľad školských inštitúcií pre osoby s telesným postihnutím v podmienkach Českej republiky tak, ako to uvádza Jonášková (in Müller, 2004). Systém škôl pre deti a mládež s telesným postihnutím rozdeľuje podľa veku a školskej inštitúcie na zariadenia pre obdobie predškolského veku detí s telesným postihnutím:

- materské školy,
- materské školy pre telesne postihnutých,

školské zariadenia pre obdobie školského veku detí a mládeže s telesným postihnutím sú to:

- základné školy,
- základné školy pre telesne postihnutých,
- základné školy praktické pre telesne postihnutých,

- základné školy špeciálne pre telesne postihnutých,

školské zariadenia pre mládež s telesným postihnutím existujú:

- gymnáziá, obchodné akadémie, rôzne stredné školy, odborné učilištia, odborné školy a praktické školy,
- gymnáziá pre telesne postihnutých, obchodné akadémie pre telesne postihnutých, stredné školy pre telesne postihnutých, odborné školy pre telesne postihnutých, odborné učilištia pre telesne postihnutých a praktické školy pre telesne postihnutých.

Z tohto delenia vyplýva už zmieňovaná skutočnosť, že pre deti a mládež s telesným postihnutím je výchovno-vzdelávací proces realizovaný tak na pre ne špecializovaných školách, ako aj na bežných typoch škôl.

Špeciálne triedy – sú zriaďované pri bežných ako aj pri špeciálnych školách a to vtedy, pokiaľ nie je v danej oblasti (mesto, dedina, okres atď.) dostatočný počet žiakov s postihnutím, ktorí by vyžadovali špeciálnopedagogické metódy vzdelávania a kedy riaditeľ danej školy súhlasí so zriadením špeciálnej triedy v jeho škole. V takomto prípade sa jedná o tzv. miestnu integráciu, kedy sú žiaci so špecifickými edukačnými potrebami vzdelávaní podľa špeciálnopedagogických zásad, metód a prostriedkov, avšak ich zaradením do špeciálnej triedy pri bežnej škole majú možnosť počas prestávok a v mimo vyučovacom čase prichádzať do styku s intaktnými rovesníkmi a zvyšovať tak svoje komunikačné a sociálne kompetencie potrebné pre neskoršiu integráciu do spoločnosti.

Najmä u detí a mládeže s telesným postihnutím je veľmi častý stav, kedy jednotlivec nie je schopný vzhľadom na vážnosť svojho zdravotného stavu zúčastňovať sa výchovno-vzdelávacieho procesu v škole. Vtedy je možné, aby riaditeľ danej školy oslobodil žiaka od dochádzania do školy a zabezpečil mu individuálne vyučovanie v domácom prostredí v potrebnom rozsahu. Pokiaľ nemá škola právnu subjektivitu, zabezpečuje individuálne vyučovanie príslušný školský úrad. V oboch prípadoch však musia byť pre dieťa vytvorené priaznivé podmienky v domácom prostredí, čo majú za úlohu práve zákonní zástupcovia dieťaťa.

Výchovno-vzdelávací proces u detí a mládeže s telesným postihnutím je špecifický najmä nárokmi jednotlivca na pripravené bezbariérové prostredie, ako aj na odborné znalosti a schopnosti pedagógov a to nie len v špecializovaných školách pre telesne postihnutých, ale najmä v bežných školách s integrovanými vzdelávanými žiakmi s telesným postihnutím.

Základný cieľ výchovy a vzdelávania sa u jednotlivcov s telesným postihnutím veľmi úzko spája s cieľom rehabilitačným, pričom tento cieľ môžeme chápať podľa toho, ako sme komplexnú rehabilitáciu charakterizovali už vyššie.

Aby sme teda vedeli určiť podmienky pre efektívne vzdelávanie a výchovu jednotlivcov s telesným postihnutím v rôznych podmienkach, musíme špecifikovať aspoň všeobecné požiadavky, či zásady na pripravené prostredie, personál a okolie jednotlivca, s ktorými pri výchovno-vzdelávacom procese prichádza do styku a ktoré ovplyvňujú nielen jeho školské výkony.

Ako uvádza Jonášková (in Müller, 2004), špeciálne školy pre telesne postihnutých sa líšia od bežných škôl v týchto niekoľkých oblastiach:

- úpravou pracovného prostredia,
- nižším počtom žiakov v triedach s dôsledným individualizovaným prístupom,
- náročnou didaktickou technikou,
- tvorbou špeciálno-pedagogickej dokumentácie podľa druhu a stupňa poruchy hybnosti,
- modifikáciou obsahu učiva,
- použitím špeciálnych pomôcok a zariadení,
- uplatňovaním špeciálno-pedagogických metód a prostriedkov pri práci.

Pri integrovanom vzdelávaní však nestačí pripraviť vyhovujúce, bezbariérové prostredie. Rovnako dôležitým predpokladom pre úspešné vzdelávanie je odborná príprava pedagógov, ktorí budú integrovaného žiaka s telesným postihnutím vzdelávať a tiež príprava okolia, t.j. spolužiakov a ich rodičov na fakt, že sa spolu s nimi v triede bude vzdelávať telesne postihnutý žiak.

Nezastupiteľné miesto pri integrovanom vzdelávaní majú práve rodičia, či rodina žiaka s telesným postihnutím. Je práve ich úlohou zvládnuť veľký tlak, vyvíjaný zo strany školy. Týka sa to najmä schopnosti rodičov spolupracovať so školou, s pedagógmi pri vzdelávaní žiaka s telesným postihnutím, úpravy domáceho prostredia na prípravu žiaka do školy a ochoty venovať svojmu dieťaťu dostatok času, pochopenia a trpezlivosti v náročných situáciách spojených s vysokými nárokmi vzdelávacími. Zároveň sú však na rodičov kladené nároky výchovné, a to v oblasti prípravy dieťaťa s telesným postihnutím na nároky okolia a spoločnosti na jeho schopnosti zaradiť sa do kolektívu spolužiakov, vyrovnáť sa im v psychických schopnostiach a vedomostiach, naučiť sa akceptovať svoju poruchu a žiť s ňou kvalitný a plnohodnotný život v najväčšej možnej miere.

Integrované vzdelávanie teda nie je zamerané iba na získavanie školských vedomostí zručností a návykov, ale v rovnakej miere na zvyšovanie sociálnych zručností, komunikačných kompetencií a samostatnosti v rozhodovaní, sebaobsluže a schopnosti

efektívne sa vyrovnávať s náročnými, záťažovými životnými situáciami spojenými s reflektovaním nárokov spoločnosti na jednotlivca s telesným postihnutím ako jej rovnoprávneho člena.

5.2 Osoby choré

Choroba je porucha rovnováhy organizmu s jeho prostredím s dôsledkami v anatomických a funkčných zmenách v organizme. Býva spôsobená vonkajšími ako aj vnútornými príčinami, ktoré narušujú správne fungovanie a rovnováhu ľudského organizmu.

Ochorenia sa podľa dĺžky trvania a podľa závažnosti prejavov delia na:

Akútne ochorenia – vyznačujú sa náhlym začiatkom, rýchlym priebehom a obmedzenou dobou trvania. Typické akútne ochorenie prichádza náhle v období plného zdravia, pričom mu predchádzajú iba krátke obdobia predzvestných príznakov.

Krátkodobé akútne ochorenie je najmenej náročné na liečbu, obvykle je dostatočná ambulantná intervencia a domáca liečba.

Dlhodobé akútne ochorenie si už častejšie vyžaduje dlhodobú alebo opakovanú hospitalizáciu v zdravotníckom zariadení.

Dlhodobé ochorenia – môžu byť recidivujúce alebo chronické.

Recidivujúce ochorenie sa opakuje minimálne trikrát ročne a viac v tzv. medziobdobí (obdobie bez príznakov) sa neprejavujú žiadne anatomické ani funkčné zmeny postihnutého orgánu alebo funkcie.

Chronické ochorenie sa vyznačuje dlhodobým, dlhotrvajúcim často celoživotným priebehom, pričom príznaky ochorenia sú vo väčšej či menšej miere prítomné stále. Každé ochorenie je charakterizované určitým súborom príznakov – symptómov, ktoré môžu byť nešpecifické, t.j. vyskytujú sa u viacerých odlišných ochorení a neurčujú bližšie typ konkrétneho ochorenia. (napr. bolesti hlavy, nevoľnosť, znížený alebo zvýšený krvný tlak, nešpecifikované záchvaty atď.).

Špecifické príznaky alebo symptómy toho ktorého ochorenia sú dôležité práve pri diferenciálnej diagnostike, čím umožňujú stanovenie správnej diagnózy a následnej odpovedajúcej intervencie, či už lekárskej alebo špeciálno-pedagogickej.

Súbor symptómov špecifických ako aj nešpecifických označujeme ako syndróm.

Pre jednoduchšiu orientáciu v možných ochoreniach detského veku, ktorých výskyt zaraďuje detských pacientov medzi klientov / žiakov somatopédie, uvádzame na tomto mieste prehľadnú klasifikáciu ochorení podľa telových systémov, tak, ako ich rozdeľuje Bendová (in Ludíková, 2005).

5.2.1 Klasifikácia ochorení podľa jednotlivých telových systémov

- a. ochorenia nervového systému (epilepsia, encefalitis, encefalomyelitis, meningoencefalitis, myelitis, atď.),
- b. ochorenia kardiovaskulárneho systému (myokarditída, hemoragia, ischemická choroba srdca, arterioskleróza, vrodené vady srdca /u niektorých vrodených porúch napr. Downovho syndrómu sú súčasťou špecifickej symptomatológie/ atď.),
- c. metabolické poruchy (fenilketonúria, galaktozémia, glikogenóza, mukopolilipidóza, obezita, Tayova-Sachsova choroba, Hurlerova choroba, atď.),
- d. poruchy endokrinného systému (žliaz s vnútornou sekréciou) (diabetes mellitus, Basedowa choroba, Fröhlichov syndróm atď.),
- e. ochorenia imunitného systému (alergie, ochorenia autoimunitného systému /napr. Addisonova choroba, reumoidná artritída/, AIDS atď.),
- f. onkologické ochorenia:
 - malígne /zhubné/ nádory – karcinóm, sarkóm,
 - benígne /nezhubné/ nádory – myom, fibrom, lipom,
 - leukémia.
- g. duševné a psychické poruchy (psychopatie, psychózy, sexuálne deviácie /exhibicionizmus, incest, sadizmus, masochyzmus, pedofília, transvestitizmus/, syndróm CAN),
- h. ochorenia gastrointestinálneho traktu (psychogéne zvracanie, mentálna anorexia, bulímia, cystická fibróza, celiakia, vredová choroba žalúdka, zápal slepého čreva, atď.),
- i. ochorenia dýchacieho ústrojenstva (laryngitída, bronchitída, pneumónia, astma atď.),
- j. infekčné ochorenia (hepatitída typu A, B, C, rubeola, mononukleóza, TBC, variola, parotitída atď.),
- k. ochorenia urogenitálneho traktu (glomerulonefritída, atrézia močovodu, nefrotický syndróm atď.),

5.2.2 Špecifiká výchovy a vzdelávania žiakov s ochorením

Deti a mládež s ochorením akéhokoľvek druhu, sú častejšie posudzovaní z hľadiska zdravotného a z hľadiska možnosti liečby a následného zlepšenia zdravotného stavu, než z hľadiska výchovy a vzdelávania. Je však potrebné myslieť i na zložku výchovno-vzdelávaciu, tak, aby bol zachovaný vyvážený vývin osobnosti ako celku.

Preto sú pre deti a mládež s ochorením, ktoré sú umiestnené v niektorom zo zdravotníckych zariadení (nemocnica, liečebňa), vytvárané školy pri týchto zdravotníckych zariadeniach, ktoré prostredníctvom odborného pedagogického personálu zabezpečujú prepojenie výchovno-vzdelávacieho procesu v tzv. kmeňovej škole a škole pri zdravotníckom zariadení.

Na základe toho teda rozlišujeme školy pri nemocnici, prípadne špeciálne školy pri nemocnici (pre deti s ochorením v kombinácii s mentálnym postihnutím) a tiež školy pri detskej liečebni, či špeciálne školy pri detskej liečebni.

V oboch špecializovaných školských zariadeniach je hlavným cieľom dopĺňať zdravotnícku starostlivosť špeciálno-pedagogickým pôsobením a vyrovnávať tak oneskorovanie vo vzdelávaní detí a mládeže s ochorením, ktoré sú často alebo dlhodobo hospitalizované. Zároveň je veľmi dôležitou úlohou týchto škôl odpútanie dieťaťa od jeho zdravotných problémov a pomoc pri prekonávaní záťažových situácií spojených so závažnými, bolestivými, či invazívnymi liečebnými zákrokmi.

V organizácii ako aj zameraní výchovno-vzdelávacieho procesu v školách pri nemocniciach a školách pri liečebniach existujú určité zásadné rozdiely vyplývajúce z dĺžky pobytu a pomeru zdravotníckej či pedagogickej orientácie starostlivosti o dieťa s ochorením.

V školách pri nemocniciach je hlavným cieľom starostlivosti o dieťa s ochorením, často akútnym, okamžité riešenie závažného zdravotného stavu, prípadne udržanie dieťaťa na živu. To znamená že hospitalizované dieťa je vystavované častým a náročným liečebným procedúram a špeciálno-pedagogické pôsobenie sa zameriava skôr na odvedenie pozornosti od nepríjemných zážitkov a bolestivých liečebných zákrokov.

Hospitalizácia dieťaťa v tomto zdravotníckom zariadení je z pravidla v porovnaní s ostatnými zdravotníckymi zariadeniami kratšia. Z uvedených dôvodov je logické, že vzdelávanie v takomto školskom zariadení nebude zamerané na získavanie nových poznatkov či vedomostí, ale skôr na udržanie už získaných poznatkov a zmiernenie následkov hospitalizácie na psychiku dieťaťa.

Po ukončení hospitalizácie je dieťa vo väčšine prípadov doliečované v detských liečebniach, kde je režim vo väčšej miere orientovaný aj na pedagogické, či špeciálno-pedagogické

pôsobenie na dieťa. Proces získavania nových poznatkov a vedomostí postupne prevyšuje nad liečebnou starostlivosťou, alebo je rovnocenne zastúpený v dennom režime žiaka – pacienta.

Školy pri zdravotníckych zariadeniach môžeme rovnako deliť podľa veku žiakov a tiež podľa druhu postihnutia dieťaťa (dieťa s ochorením alebo dieťa s ochorením a mentálnym postihnutím, resp. dieťa viacnásobne postihnuté).

Pre presnejšiu orientáciu v systéme škôl pri zdravotníckych zariadenia pre deti a mládež s ochorením uvádzame opäť ich klasifikáciu podľa Jonáškovvej (in Müller, 2004).

Pri zdravotníckych zariadeniach ako sú nemocnice a detské liečebne, môžu byť zriaďované špeciálne školy:

- pre deti choré predškolského veku hospitalizované v nemocnici,
 - špeciálne materské školy pri nemocnici,
- pre deti choré predškolského veku hospitalizované v detskej liečebni,
 - špeciálne materské školy pri detskej liečebni,
- pre deti choré školského veku hospitalizované v nemocnici,
 - špeciálna základná škola pri nemocnici,
 - základná škola praktická pri nemocnici,
 - základná škola špeciálna pri nemocnici,
- pre deti školského veku hospitalizované v detskej liečebni,
 - špeciálna základná škola pri detskej liečebni,
 - základná škola praktická pri detskej liečebni,
 - základná škola špeciálna pri detskej liečebni.

Zriaďovanie špeciálnych škôl pre deti a mládež choré s mentálnym postihnutím je možné zriaďovať takéto školy pri zdravotníckych zariadeniach, v praxi sa s nimi však nestretávame. Jednotlivé prípady vzdelávania takto kombinovane postihnutých detí sú riešené prostredníctvom individuálneho vzdelávania, prípadne vytvorením špeciálnej triedy pri zdravotníckom zariadení.

5.3 Osoby zdravotne oslabené

Zdravotné oslabenie je stav zníženej odolnosti voči ochoreniam a škodlivým vplyvom prostredia, či už vnútorného alebo vonkajšieho, s tendenciou k recidíve. Ide o ohrozenie zdravotného stavu v dôsledku nevhodného klimatického prostredia, ako aj sociálneho prostredia, najmä však nevhodným denným režimom či nesprávnou životosprávou.

Zdravotné oslabenie je tiež charakterizované ako určité obdobie po ochorení, kedy sa telo dostáva do „pôvodnej formy“ – t.j. stav rekonvalescencie.

zdravotní oslabení také môže byť určité období po nemoci, kdy se tělo dostává do původního stavu, „formy“

Pre zdravotne oslabené deti a mládež sa preto zriaďujú detské ozdravovne, ktoré poskytujú klientom liečebno-preventívnu starostlivosť v priaznivých klimatických podmienkach s použitím primeraných liečebných prostriedkov, liečebnej rehabilitácie, vhodnej výživy a výchovno-vzdelávacej starostlivosti.

Osobu, resp. dieťa so zdravotným oslabením diferencujeme vzhľadom k jednotlivým kategóriám detských ozdravovní, v ktorých sú stanovené špecifické indikácie.

horské ozdravovne – sú určené pre deti s chronickými chorobami dýchacích ciest a to v štádiu, kedy zdravotný stav dieťaťa môže byť priaznivo ovplyvnený klimatickým pobytom v horskom prostredí a vhodným režimom. Taktiež je tu poskytovaná starostlivosť rekonvalescentom po ťažkých alebo dlhotrvajúcich ochoreniach, u ktorých dochádza k značnému oslabeniu organizmu a tiež deťom s ťažším stupňom anémie, u ktorých horská klíma priaznivo ovplyvňuje tvorbu červených krviniek.

nížinné a podhorské ozdravovne – tu sa zotavujú deti opakovane choré, najmä z častými zápalmi dýchacích ciest, u ktorých je nebezpečenstvo prechodu ochorenia do chronického stavu. Taktiež rekonvalescenti po akútnych ochoreniach a chirurgických zákrokoch, u ktorých dochádza k oslabeniu organizmu a ku zníženiu odolnosti voči škodlivým vplyvom prostredia.

Pre umiestnenie dieťaťa so zdravotným oslabením do detskej ozdravovne platia určité výberové kritériá, podľa ktorých nie je možné prijať do ozdravovne dieťa, ktoré má nasledovné problémy:

- akútne a chronické ochorenie,
- zdravotný stav, pre liečbu ktorého nie je daná ozdravovňa indikovaná,
- prenosné kožné a pohlavné ochorenia,

- psychózy a duševné poruchy, mentálne postihnutie (pokiaľ nie je pri detskej ozdravovni možnosť zabezpečiť špeciálne vzdelávanie takto postihnutého dieťaťa),
- závažné poruchy hybnosti, ktoré vo vysokej miere obmedzujú dieťa v jeho sebaobsluhy a v pohybe (tu je dôležité brať do úvahy možnosti toho ktorého zariadenia a posudzovať jednotlivé prípady veľmi individuálne).

5.3.1 Špecifiká výchovy a vzdelávania žiakov so zdravotným oslabením

Žiaci so zdravotným oslabením sú rovnako ako žiaci chorí v období bez príznakov vzdelávaní v bežných školských zariadeniach. V období zhoršenia zdravotného stavu, či prevencie je im potom po určitý čas poskytovaná pedagogická starostlivosť spolu so zdravotnou starostlivosťou v ďalšom type škôl pri zdravotníckom zariadení.

Pri detských ozdravovniach sa teda rovnako ako pri nemocniciach či detských liečebniach zriaďujú školy, resp. iné školské zariadenia (detské kluby a družiny).

Úloha škôl pri detských ozdravovniach má na rozdiel od škôl pri nemocniciach či detských liečebniach nielen funkciu ozdravnú, ale na rovnakej úrovni s ňou aj funkciu vzdelávaciu, ktorá má v takomto zariadení aj preventívny charakter. Znamená to, že škola poskytuje dieťaťu so zdravotným oslabením možnosť vzdelávať sa a upevňovať staré ako aj nové učivo vo väčšej miere než ostatné školy pri zdravotníckych zariadeniach, čím preventívne pôsobí proti preťažovaniu dieťaťa po jeho návrate do kmeňovej školy a tým predchádza opätovnému zhoršeniu jeho zdravotného stavu.

Výchovno-vzdelávacia zložka komplexnej rehabilitácie je teda v detských ozdravovniach rovnako dôležitá ako zložka liečebná.

Rovnako ako u škôl pri nemocniciach či detských liečebniach, delíme školy pri detských ozdravovniach podľa veku klientov týchto zariadení a tiež podľa druhu zdravotného postihnutia („čisté“ zdravotné oslabenie, alebo jeho kombinácia s mentálnym postihnutím).

A to na školy:

- pre deti zdravotne oslabené v predškolskom veku,
 - špeciálna materská škola,
- pre deti a mládež so zdravotným oslabením v školskom veku,
 - špeciálna základná škola,
 - základná škola praktická,
 - základná škola špeciálna. (Jonášková, in Müller, 2004)

Čo sa týka škôl pre deti s kombináciou s mentálnym postihnutím, je situácia v praxi identická ako u škôl pri ostatných zdravotníckych zariadeniach tak, ako sme ju opísali vyššie.

5.4 Viacnásobné postihnutie v spojení s telesným postihnutím, chorobou alebo zdravotným oslabením

V dôsledku pokroku v medicínskych oboroch sa v posledných rokoch stále zriedkavejšie stretávame s „čistými formami“ jednotlivých druhov zdravotného postihnutia. Platí to najmä pre prípady vrodených postihnutí, kedy je najčastejšou príčinou porucha vzniknutá v pre-, peri-, alebo rane postnatálnom období vývinu dieťaťa. Poruchy, ktoré vznikajú v raných štádiách vývinu dieťaťa, sú často zapríčinené poruchou v oblasti CNS. Čím rozsiahlejšie, alebo včasnejšie získané je takéto poškodenie či postihnutie, tým pravdepodobnejší je výskyt ťažkého alebo kombinovaného postihnutia u dieťaťa po narodení.

Výskyt kombinovaných postihnutí u osôb s primárnym telesným postihnutím, ochorením alebo zdravotným oslabením je o to vyšší, že ide o veľmi heterogénnu, širokú skupinu. Za viacnásobné postihnutie potom môžeme považovať aj kombinácie viacerých na sebe nezávislých telesných postihnutí s rôznou etiológiou, či dobou vzniku, prípadne spojenie telesného postihnutia a vážnejším ochorením a pod.

Taktiež prípady, kedy závažné primárne ochorenie (napr. metabolické alebo poruchy endokrinného systému) môže (napr. následkom neskorého stanovenia správnej diagnózy a následného oneskoreného nástupu efektívnej liečebnej intervencie) vytvárať závažné stavy, kedy toto primárne ochorenie podmieňuje vznik sekundárneho zdravotného postihnutia rôzneho druhu a stupňa.

Väčšina syndrémov, s ktorými sa u novorodencov stretávame, je potom práve kombináciou zdravotných postihnutí rôzneho druhu a stupňa s ochoreniami, často charakterizovanými ako špecifické prejavy daného syndrómu.

Je preto nanajvýš dôležité a aktuálne zaoberať sa nie len charakteristikou jednotlivých druhov zdravotných postihnutí, ale aj možnosťami ich vzájomného kombinovania a následkom toho vznikajúcich rôznorodých viacnásobných postihnutí so širokou škálou individuálnych prejavov.

5.4.1 Charakteristika viacnásobného / kombinovaného postihnutia

Vašek charakterizuje viacnásobné postihnutie ako „multifaktoriálne, multikauzálne a multisymptomatologicky podmienený fenomén, ktorý je dôsledkom súčinnosti participujúcich postihnutí či narušení. Ich interakciou a vzájomným prekrývaním vzniká tzv.

synergetický efekt, t.j. nová kvalita postihnutia – odlišná od jednoduchého súčtu postihnutí a narušení“. (in Vašek, Vančová, Hatos a kol., 1999, s.5)

Zjednodušene by sme mohli povedať, že viacnásobné postihnutie je spojením minimálne dvoch postihnutí, ochorení, alebo narušení, kedy ich vzájomným pôsobením na osobnosť jednotlivca vzniká nová kvalita psychických, fyzických ako aj sociálnych prejavov a osobnosti jednotlivca, ktoré sa realizujú v rámci bežných aktivít, ako aj pri pedagogických a špeciálnopedagogických činnostiach.

5.4.1.1 Etiológia viacnásobného postihnutia s primárnym telesným postihnutím

Z pohľadu somatopédie ako pedagogicky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených je viacnásobné postihnutie spravidla vrodenu alebo včasne získanou poruchou s nejasnou alebo multifaktoriálnou etiológiou. Príčiny vzniku viacnásobného postihnutia môžu pôsobiť v rôznych štádiách vývinu jednotlivca, čím vznikajú menej alebo viac závažné kombinácie rôznych porúch, postihnutí, narušení a ich prejavov. Najčastejšie sa spájajú s poškodením CNS (hlavne mozgu). Preto je väčšina viacnásobných postihnutí s primárnym telesným postihnutím spojená aj s deficitom v psychickej / kognitívnej oblasti (s mentálnou retardáciou).

Okrem spojenia telesného a mentálneho postihnutia môžeme v rámci viacnásobného postihnutia hovoriť aj o kombinácii dvoch a viacerých telesných postihnutí, alebo porúch s rôznou etiológiou, prípadne s rôznou dobou vzniku.

Každé telesné postihnutie sa potom môže spájať taktiež s rôznymi ochoreniami jednotlivých telesných sústav. Telesné postihnutie tu môže vznikať úplne nezávisle na ochorení, alebo byť jeho sekundárnym dôsledkom v oblasti poruchy hybnosti.

Podľa toho aké poruchy alebo narušenia či ochorenia sa navzájom kombinujú, prípadne aký stupeň jednotlivé postihnutia majú, môžeme viacnásobné postihnutie deliť veľmi zjednodušene na ľahší stupeň a na ťažší stupeň.

S ľahším stupňom viacnásobného postihnutia sú to osoby, ktoré:

- sú schopné relatívne samostatného zvládania každodenných situácií,
- pre ktoré je integrácia do bežného života možno ľahšia,
- pre ktoré môže byť kvalita života lepšia prostredníctvom vzťahov s okolím,
- ktoré majú zvýšené šance nájsť vhodné zamestnanie na otvorenom trhu práce.

S ťažkým stupňom viacnásobného postihnutia sú to osoby, ktoré:

- majú veľmi obmedzené možnosti výchovy a vzdelávania, ako aj školskej integrácie a integrácie do spoločnosti,
- majú veľké problémy so zvládaním základných životných situácií, každodenných praktických činností ako je starostlivosť o domácnosť, sebaobsluha atď.

5.4.1.2 Detská mozgová obrna ako diagnóza viacnásobného postihnutia

Detská mozgová obrna je jednou z najčastejšie uvádzaných porúch pri charakterizovaní telesného postihnutia v detskom veku.

Môžeme ju definovať ako poškodenie CNS, resp. mozgu, ktoré vzniklo v pre-, peri, alebo rane postnatálnom období vývinu dieťaťa a ktoré sa prejavuje poruchou hybnosti.

Tým, že etiológia vzniku DMO sa spája s poškodením CNS v raných štádiách vývinu dieťaťa, veľmi často sa porucha hybnosti kombinuje s ďalšími poruchami alebo narušeniami. Hĺbka postihnutia a možnosti kombinácií rôznych postihnutí alebo ochorení sú determinované šírkou poškodenia CNS, najmä mozgu. V raných štádiách vývinu CNS je totiž práve mozog veľmi háklivý na poškodenie, často potom dochádza k poškodeniu veľkej časti mozgu, čo ovplyvňuje mozgové centrá motoriky, zraku, sluchu, či reči a prejavuje sa to následným kombinovaným postihnutím.

Čím rozsiahlejšie je poškodenie mozgu, tým pravdepodobnejšie je spojenie DMO s mentálnym postihnutím rôzneho stupňa, v závislosti na dobe pôsobenia škodlivých vplyvov. Čím skôr teda dôjde vo vývine k poruche CNS, tým závažnejšie sú stupne mentálneho postihnutia a tým častejšie sa DMO spája tiež so sensorickými poruchami, ochoreniami alebo psychickými poruchami.

DMO sa teda spája najčastejšie s týmito poruchami či postihnutiami:

- mentálne postihnutie (vyskytuje sa u 2/3 detí s DMO, pričom 1/3 má ľahký stupeň a 1/3 má stredný až ťažký stupeň MP),
- epilepsia (cca u 50% detí s DMO a to tak parciálne, ako aj generalizované záchvaty),
- hydrocefalus,
- poruchy sluchu (približne 1 prípad na 14 – 31 detí s DMO),
- poruchy zraku (strabizmus, hemianopsie /výpadok polovice zorného poľa oboch očí/),
- poruchy reči (dysartrie, anartrie – narušenie dýchania /respirácie/, fonácie a artikulácie),
- abnormálne pocity a poruchy citlivosti (hyposenzitivita, astereognózia),

- rastové problémy (zaostávanie telesného rastu, oneskorený vývin sekundárnych pohlavných znakov – najmä pri poškodení mozgových centier, ktoré kontrolujú rast a vývin organizmu). (Bendová in Ludíková, 2003)

Klasifikácia DMO

Podľa klinických prejavov členíme DMO na formu spastickú a nespastickú. Autori Kapounek a Lesný uvádzajú pri delení DMO ako tretiu formu Ľahkú mozgovú dysfunkciu.

Spastická forma:

Spastická forma je charakteristická zvýšením svalovým tonusom (napätím), ktoré zasahuje kostrové, ako aj mimické svaly. Rozdeľujeme ju na:

- hemiparetickú formu (poškodenie polovice tela vo vertikálnom smere vzhľadom na poškodenie ľavej alebo pravej hemisféry mozgu),
- obojstrannú hemiparetickú formu (poškodenie v oboch hemisférach mozgu – poškodenie jednotlivých polovic tela nie je súmerné /rovnaké, závisí na rozsahu poškodenia jednotlivých hemisfér mozgu.),
- diparetickú formu (poškodenie jednej polovice tela v horizontálnom smere, najčastejšie postihuje dolné končatiny),
- kvadruparetickú formu (postihnutie sa prejavuje na celom tele, resp. na všetkých končatinách, je to následok komplexného poškodenia mozgu s následkami aj v psychických schopnostiach dieťaťa /mentálne postihnutie, poruchy zmyslov atď./).

Nespastická forma:

Nespastická forma je charakteristická zníženým svalovým napätím. Delí na:

- formu hypotonickú (znížené svalové napätie, znížená reflexivita až areflexivita, doprevádzaná často hyposenzitivitou a ťažšími stupňami mentálneho postihnutia, je typická pre kojenecký vek dieťaťa s DMO, v neskoršom veku sa môže meniť na formu spastickú alebo dyskinetickú),
- forma dyskinetická (prejavuje sa nepotlačiteľnými mimovoľnými pohybmi, ktoré sú spôsobené poškodením určitých špecifických častí mozgu),
- dyskinézy sa prejavujú vo forme:
 - atetoidných pohybov (pomalé vlnité, hadovité, krúživé pohyby, ktoré vznikajú pri každom malom podnete, ale aj spontánne),

- choreatických pohybov (prudké, neusporiadané pohyby značnej intenzity, ale malého rozsahu),
 - balistických pohybov (rýchle pohyby spravidla celých končatín s veľkou amplitúdou),
 - myoklonických pohybov (drobné záškľby svalstva),
- mozočková forma.

Detská mozgová obrna by podľa vyššie uvedených symptómov mohla byť jedným zo syndrómov spájajúcich sa s viacnásobným postihnutím.

Najčastejšie je však aj napriek častým kombináciám s ďalšími poruchami označovaná „iba“ za telesné postihnutie a deti s týmto postihnutím sú vzdelávané najčastejšie v školských zariadeniach pre deti s telesným postihnutím. V prípade kombinácie s mentálnym alebo sensorickým postihnutím sú potom vzdelávané ako deti integrované v škole pre deti s telesným postihnutím podľa individuálneho vzdelávacieho plánu.

5.4.1.3 Niektoré ďalšie syndrómy

Mnoho syndrómov prejavujúcich sa rozsiahlymi poruchami a ťažkými stupňami rôznych druhov postihnutí sa spájajú tak s mentálnym ako aj s telesným postihnutím. Je veľmi ťažké určiť, ktoré z postihnutí je primárne, avšak vzhľadom k závažnosti komplikácií vo vývine dieťaťa, ktoré sa spájajú s mentálnym postihnutím, sa mentálne postihnutie udáva častejšie ako primárne. porucha hybnosti potom môže vznikáť aj sekundárne ako dôsledok ochorení rôznych telesných sústav, ktoré sú súčasťou symptomatologického obrazu daného syndrómu.

Napriek tomu, že telesné postihnutie či ochorenie tu nie je primárnym prejavom, je závažným spôsobom komplikuje starostlivosť o takéto dieťa. Považujeme preto za zaujímavé informovať čitateľa aj o takto postihnutých osobách.

Downov syndróm

Morbus Down je postihnutie najčastejšie spájané s mentálnym postihnutím. Vzhľadom na kombináciu veľkého množstva symptómov prejavujúcich sa telesným postihnutím, poruchami hybnosti primárnymi, alebo sekundárnymi, uvádzame aj toto postihnutie ako viacnásobné postihnutie v kombinácii s telesným postihnutím.

Downov syndróm je inak nazývaný aj Trizómia 21, čo je dané etiológiou tohto postihnutia. Príčinou Downovho syndrómu je chromozómová porucha, pri ktorej existuje nadbytočný chromozómový materiál chromozómu č. 21.

Ľudia s Downovým syndrómom majú typické telesné znaky:

- sploštenú tvár,
- šikmo položené oči,
- kožný záhyb na vnútornom očnom kútiku,
- malé nízko položené uši,
- široké ruky s krátkymi prstami a neprerušovanú fisúru na rukách.

Mávajú svalovú slabosť (hypotóniu), ktorá je nápadná najmä u bábätiak. Rastú pomalšie a dosahujú telesnú výšku, ktorá leží pod priemerom. Telesná hmotnosť je v prvých rokoch väčšinou podpriemerná, po puberte je typický sklon k silnému prírastku hmotnosti. V 40% - 60% sa vyskytujú rozličné srdcové chyby. Anomálie tráviaceho traktu existujú v približne 10%. Často sa vyskytuje narušená funkcia štítnej žľazy. Kvôli odchýlkam v imunitnom systéme často dochádza k infekciám horných dýchacích ciest a k zápalom stredného ucha. Leukémie sa vyskytujú o niečo častejšie než u ľudí bez Downovho syndrómu.

Vývoj ľudí s Downovým syndrómom prebieha celkovo spomalene. Znametné je to pri vývoji reči ale aj pri vývoji motoriky. Intelektuálne schopnosti sú znížené, pričom stupeň je veľmi variabilný. Len malá časť ľudí s Downovým syndrómom je duševne ťažko postihnutá (menej než 10%).

Patauov syndróm

Patauov syndróm označuje veľmi ťažké viacnásobné postihnutie, ktoré je spôsobené trizómiou 13. chromozomálneho páru. Podľa toho sa tiež označuje ako Trizómia 13, alebo D1-Trizómia. Toto postihnutie sa častejšie vyskytuje u chlapcov a je kombináciou viacerých veľmi závažných porúch.

Charakteristickým znakom dieťaťa s Patauovým syndrómom je prekríženie ukazováka cez prostredník na oboch rukách. Z telesných postihnutí sa u Patauovho syndrómu vyskytujú nasledovné:

- najťažšie formy rázštepú podnebia,
- spomalený celkový rast tela dieťaťa,
- zväčšený zátylok,
- choroby srdca,
- kŕče,
- polydaktília,
- malé alebo úplne chýbajúce oči.

Deti s týmto syndrómom sú veľmi vážne psychomotoricky oneskorené, čo znamená, že k ťažkým ochoreniam sa pripája mentálne postihnutie.

Najčastejšie sa deti s Patauovým syndrómom dožívajú 3 – 6 mesiacov, časté je tiež ukončenie tehotenstva spontánnym potratom. Do dnešného dňa je známy iba jediný prípad, kedy dieťa s Patauovým syndrómom prežilo, dnes má 17 rokov.

Edwardsov syndróm

Ide o ťažké viacnásobné postihnutie prejavujúce sa poruchami telesných proporcií, ako aj ťažkým poškodením vnútorných orgánov. Častosť výskytu tohto postihnutia je 1:3000 živo narodeným deťom, pričom trikrát častejšie postihuje dievčatá, než chlapcov. Edwardsov syndróm je zapríčinený trizómiou 18. chromozomálneho páru.

Symptomatológia je nasledovná:

- hlava je nepomerne menšia a záhlavie prečnieva príliš dozadu,
- charakteristické sú nevýrazná brada a chybné položené uši,
- defekty očí,
- rázštep pier a podnebia,
- vrodené chyby srdca,
- defekty kostry v oblasti hrudníku, rebier,
- zlá poloha prstov na ruke, kedy je ukazovák položený cez 3. a 4. prst ruky, čo spôsobuje veľmi zvláštne zavretú päšť u dieťaťa, príležitostne chýba palec,
- typické sú výrazné defekty na nohách dieťaťa (noha kosá, hákovitá a pod.), defekty pozdĺžnej klenby nohy a prstov,
- poruchy vývinu pohlavných orgánov u chlapcov.

U detí s Edwardsovým syndrómom sú veľmi výrazné nielen prejavy telesného postihnutia a ochorení, či porúch vnútorných orgánov, ale aj zjavné mentálne zaostávanie. Už počas tehotenstva sú pohyby dieťaťa zriedkavé a nedostatočné. V čase pôrodu sú tieto deti nezrelé, majú nízku pôrodnú hmotnosť a problémy s príjmom potravy. Svalstvo je nedostatočne vyvinuté a slabé.

Hlasové prejavy detí s Edwardsovým syndrómom sú veľmi slabé, reakcie na vonkajšie podnety (napr. tóny, dotyky atď.) sú tiež oslabené.

Edwardsov syndróm je jedno z najťažších kombinovaných postihnutí, pričom deti s týmto syndrómom sa dožívajú niekoľkých dní až týždňov, maximálne však 2 mesiacov.

5.4.2 Výchova a vzdelávanie detí a mládeže s viacnásobným postihnutím v kombinácii s telesným postihnutím

Cieľom výchovno-vzdelávacieho procesu u detí a mládeže s viacnásobným postihnutím je komplexný rozvoj osobnosti dieťaťa, kompenzácia jeho nedostatočne vyvinutých alebo úplne chýbajúcich schopností a zručností a príprava takéhoto jednotlivca na integráciu do spoločnosti v najširšom zmysle slova.

Výchovno-vzdelávacie pôsobenie musí vychádzať z poznania individuálnych osobitostí a charakteristík toho ktorého dieťaťa a z na to nadväzujúcich potrieb výchovno-vzdelávacích, liečebných či sociálnych (komunikačných).

Pokiaľ by sme brali v úvahu rozdelenie viacnásobného postihnutia podľa Vančovej na ľahký stupeň a ťažší stupeň, môžeme povedať, že jednotlivci s ľahším stupňom viacnásobného postihnutia sú schopní efektívne sa vzdelávať v rovnakých podmienkach ako jednotlivci s „jednoduchým“ postihnutím. To znamená, že sú pre nich vhodné tak zariadenia v systéme špeciálneho školstva, ako aj bežné školy s možnosťou integrovaného vzdelávania. Vždy je však nutné vypracovanie individuálneho vzdelávacieho plánu, podľa ktorého je potrebné postupovať pri výbere metód, prostriedkov, kompenzačných technológií, úpravy učiva, ako aj hodnotenia školských výkonov žiaka.

U jednotlivcov s ťažkým stupňom viacnásobného postihnutia sa ciele a možnosti výchovy a vzdelávania často odvíjajú aj od progresívnosti a prognózy postihnutia. Dôraz sa kladie najmä na zlepšenie kvality života takejto osoby, na zlepšenie a zachovanie dobrého zdravotného stavu, zvyšovanie kompetencií v oblasti sebaobsluhy, samostatnosti, komunikácie atď., ktoré sú dôležitým predpokladom socializácie postihnutého jednotlivca do spoločnosti.

Získavanie nových vedomostí a zručností sa teda viaže viac na zvládanie každodenných situácií, orientáciu v okolí atď. a na „trénovanie“ a udržiavanie už získaných schopností, zručností a vedomostí.

Zariadenia poskytujúce výchovu a vzdelávanie ťažko či viacnásobne postihnutým deťom a mládeži sú zväčša v systéme sociálnej starostlivosti, resp. ako zariadenia v systéme špeciálneho školstva. Zväčša ide o základné školy špeciálne a praktické školy, hlavne triedy s rehabilitačným programom. (Pre žiakov hluchoslepých sú to potom školy pre deti nevidiace, alebo nepočujúce, podľa toho, ktoré postihnutie je primárne alebo ktorý zmysel je ťažšie poškodený.)

V každom prípade musí mať každý jednotlivец s viacnásobným postihnutím vypracovaný podrobný individuálny vzdelávací plán, ktorý zahŕňa:

- anamnézu a diagnózu dieťaťa vo vzťahu k možnostiam výchovy a vzdelávania,
- úpravu učebných materiálov a modifikáciu učiva v rámci vymedzenia časového trvania individuálnej pedagogickej starostlivosti,
- podklady pre úpravu školského prostredia v rámci zníženia počtu žiakov v triede,
- možnosti osobnej alebo pedagogickej asistencie,
- možnosti kompenzácie,
- vyjadrenie spolupráce s ďalšími odborníkmi v starostlivosti o dieťa s viacnásobným postihnutím,
- zásady hodnotenia žiaka,
- vyjadrenie spolupráce s rodinou dieťaťa a úlohy rodičov v procese vzdelávania.

5.4.2.1 Systém školských zariadení

Systém školských zariadení pre deti a mládež s viacnásobným postihnutím v kombinácii s telesným postihnutím je veľmi podobný systému vzdelávania detí a mládeže s telesným postihnutím.

Ako uvádza Bendová (in Ludíková, 2005), edukácia viacnásobne postihnutých prebieha v štátnych, neštátnych špeciálnopedagogických zariadeniach a v bežných školských zariadeniach.

Sú to pre predškolský vek - materské školy pre telesne postihnutých, materské školy pri zdravotníckych zariadeniach (tak, ako sme ich uviedli vyššie v texte), materské školy špeciálne, detské rehabilitačné stacionáre a bežné materské školy.

Pre deti školského veku s viacnásobným postihnutím v kombinácii s telesným postihnutím sú to - základné školy pre telesne postihnutých, základné školy pri zdravotníckych zariadeniach, špeciálne školy pre deti s mentálnym postihnutím, základné školy určené pre deti s viacnásobným postihnutím ako aj bežné základné školy.

Sekundárne vzdelávanie tejto skupiny zdravotne postihnutých je realizované na – stredných školách pre telesne postihnutých (tak, ako sme ich uviedli vyššie v texte), praktických školách pre telesne postihnutých a v integrovaných podmienkach na bežných stredných školách.

5.4.2.2 Metódy špeciálno-pedagogickej práce s osobami s viacnásobným postihnutím

Aby sme boli schopní aspoň všeobecne určiť možnosti a metódy práce s deťmi a mládežou s viacnásobným postihnutím, uvádzame na tomto mieste výčet metód špeciálno-pedagogickej práce s touto skupinou klientov, ktoré uvádza Vašek podľa viacerých autorov.

Sú to tieto metódy:

- „metóda viacnásobného opakovania informácie (umožňuje čo najpresnejšie prijať informáciu),
- metóda nadmerného zvýraznenia informácie (napr. predmet – pozadie),
- metóda multisenzorického sprostredkovania (možnosť prijímania informácie viacerými zmyslami),
- metóda optimálneho kódovania (zostavovanie znakov, grafém a pod. tak, aby boli čo najľahšie rozriešiteľné),
- metóda sprostredkovania náhradnými komunikačnými systémami (pri absencii hovorenej reči),
- metóda modifikácie kurikula (formálna a obsahová úprava obsahu edukácie),
- metóda intenzívnej motivácie (vyvolať čo najväčšiu motiváciu pre žiadané aktivity),
- metóda algoritmizácie kurikula (rozloženie väčších celkov na menšie v logickej následnosti),
- metóda sprostredkovania – so zapojením kompenzačných prostriedkov (podľa druhu a stupňa postihnutia),
- metóda postupnej symbolizácie (od reálnych predmetov cez umenšenie, k obrazom – symbolom),
- metóda zapojenia náhradných kanálov (napr. pri absencii vizuálneho kanálu, taktilné apod.),
- metóda pozitívnej psychickej tonizácie (snaha o vytvorenie psychickej pohody pre žiaka),
- metóda používania kompenzačných prostriedkov,
- metóda využívania inštrukčných médií.“ (Vašek, Vančová, Hatos a kol., 1999, s. 34-35)

Jednotlivci s viacnásobným postihnutím sú čo sa týka prejavov a následne edukačných potrieb veľmi heterogénnou skupinou a je preto potrebné aj všeobecné špeciálno-pedagogické metódy práce s deťmi s postihnutím individuálne prispôbovať špecifickým potrebám toho ktorého žiaka / študenta.

5.4.2.3 Zásady výchovy a vzdelávania osôb s viacnásobným postihnutím

Špeciálno-pedagogické zásady sa dajú chápať tiež ako kroky, či podklady k dodržaniu špeciálno-pedagogického, individuálneho prístupu k osobám s postihnutím. Práve kvôli náročnosti práce s viacnásobne postihnutými jedincami na schopnosť odborníkov zachovávať za každých okolností prísne individualizovaný prístup a postupy, je podľa nás vhodné zmieniť sa aj o všeobecných špeciálno-pedagogických edukačných zásadách.

Uvádzame ich taktiež podľa Vaška (in Vašek, Vančová, Hatos a kol., 1999, s.35-36):

- „zásada rešpektovania osobnosti žiaka (rešpektovanie osobnostných rysov jedinca),
- zásada individuálneho prístupu (na základe špeciálnopedagogickej diagnostiky),
- zásada od pasívneho k aktívnemu (napr. pri rozvíjaní hybnosti a pod.),
- zásada komplexnosti (súčinnosti terapie, edukácie a sociálnej starostlivosti),
- zásada názornosti (pojmy konkretizovať predmetmi, obrazmi a pod.),
- zásada primeranosti (veku, postihnutiu, individuálnym osobitostiam),
- zásada psychickej pohody (zážitok úspešnosti, aby žiak počas edukácie zažil úspech),
- zásada reflexnosti (každá reakcia je dôsledkom stimulu),
- zásada akceptácie dieťaťa (jeho želaní, potrieb, túžob a pod.),
- zásada cieľavedomosti (plánovitosti, všetky aktivity musia mať ciele zamerané),
- komunikability (čo najskôr a najefektívnejšie komunikovať),
- zásada trvanlivosti (u detí s kombinovanými chybami nastáva vyhasínanie podmienených reflexov),
- zásada sústavného poznávania individuálnej osobitosti žiaka (diagnostiky).“

Charakteristika skupiny osôb s viacnásobným postihnutím je neľahké úloha. Je potrebné myslieť na individuálne schopnosti a zručnosti každého jednotlivého dieťaťa a nenechať sa zlákať jednoduchosťou a rýchlosťou všeobecného, avšak často nič nehovoriaceho opisu „najčastejších symptómov“. Pokiaľ chceme efektívne pracovať s osobami s viacnásobným postihnutím, musíme dbať na individuálny a veľmi ľudský prístup zdôrazňujúci schopnosti a kvality daného jednotlivca, ktoré je možné rozvíjať. Ako odborníci však musíme vedieť aj o nedostatkoch, aby sme ich mohli odstraňovať a zlepšovať tak kvalitu života samotných jednotlivcov s viacnásobným postihnutím ako aj ich rodín a blízkych.

POUŽITÁ A ODPORUČENÁ LITERATÚRA

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1154-7

MÜLLER, O. a kol. *Dítě se speciálními potřebami v běžné škole*. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-244-0231-9

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

VALENTA, M. a kol. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0763-9

VANČOVÁ, A. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaienta, 2002. ISBN 80-967108-7-X

VÁŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G. a kol. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaienta, 1999. ISBN 80-967180-4-5

6 ŽÁK SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

Minulé století je nazýváno stoletím technického a vědeckého pokroku, také v posledních dvaceti letech se tento pokrok žene vpřed mílovými kroky. Neobyčejný rozvoj je možno zaznamenat i v oblasti péče o osoby se sluchovým postižením, například na poli technických pomůcek pro sluchově postižené (digitální sluchadla, kochleární a kmenové implantáty, apod.), jež každým dnem více a více zkvalitňují možnosti vnímání zvuku po všech stránkách tak, aby se co nejvíce přiblížilo přirozenému sluchovému vnímání. Nicméně, pokrok se netýká pouze oblasti techniky, ale lze jej spatřovat také ve výchově a vzdělávání osob se sluchovým postižením. Nová doba přináší do péče o osoby se sluchovým postižením principy demokratizace a plurality – jinak řečeno – možnosti výběru z množství alternativ v souladu s konkrétními potřebami dítěte. Každý člověk je jedinečnou osobností – také děti a žáci se sluchovým postižením jsou individuality a jako takové potřebují individuální přístup, který je zajištěn právě četností variant možné péče. Různorodost se promítá do možnosti výběru technických pomůcek (různé druhy sluchadel, implantáty, množství různorodých kolektivních pomůcek,...), komunikační strategie (audio-orální, vizuálně-motorické či jejich varianty), způsobu vzdělávání (na speciální škole při možnosti výběru z přístupů: orálního, totální komunikace, bilingválního nebo na běžné škole v rámci individuální nebo skupinové integrace) apod.

Stále více dětem se sluchovým postižením se tak v rámci integrace dostává výchovy a vzdělání na běžných školách v místě bydliště. Integrované vzdělávání žáků se sluchovým postižením má svá pozitiva i negativa. Na jedné straně není dítě ve věku, který je důležitý pro jeho citový a sociální rozvoj, vytrženo z rodinného kruhu a umístěno do internátní školy vzdálené i stovky kilometrů. Na druhé však při nepřekonání komunikační bariéry mezi rodiči a dítětem, nemusí dojít k optimálnímu sociálnímu a citovému rozvoji ani v případě, že zůstane v domácím prostředí a dochází do běžné mateřské a později základní školy. Úspěch školní integrace dítěte se sluchovým postižením nezávisí pouze na samotném dítěti, ale na mnoha dalších faktorech jako je včasné odhalení sluchového postižení, rodinné zázemí, včasná speciálněpedagogická péče odborníka, ale i v rodině, informovanost běžné školy a ochota měnit zaběhnuté postupy – osobnost učitele, jeho další vzdělávání, jeho sebereflexe, informovanost spolužáků integrovaného žáka se sluchovým postižením atd. Nastíněná témata jsou součástí dalších kapitol této práce.

6.1 Klasifikace sluchového postižení

Osoby se sluchovým postižením tvoří velmi heterogenní skupinu. Emmerová a Gregory (2001, s. 10) uvádí: „Neslyšící děti pochopitelně netvoří homogenní skupinu a při diskuzi o jejich vzdělávání se nemůže brát v úvahu pouze ztráta sluchu, nýbrž celá řada dalších faktorů. Relevantní je i jejich kulturní, sociální a rodinné zázemí, rozvoj osobnostní i kognitivní.“

Na žáka se sluchovým postižením můžeme tedy pohlížet z lékařské perspektivy - zvažujeme hloubku jeho postižení nebo jinak řečeno velikost tzv. ztráty sluchu v dB. Řídíme se klasifikací WHO (World Health Organization – Světová zdravotnická organizace), která dělí ztráty sluchu následovně:

„Ztráta :

0 dB – 25 dB **normální sluch,**

26 dB – 40 dB **lehká nedoslýchavost,**

41 dB – 55 dB **střední nedoslýchavost,**

56 dB – 70 dB **středně těžké postižení sluchu,**

71 dB – 90 dB **těžké postižení sluchu,**

91 dB – více dB **velmi závažné sluchové postižení.**“ (Hrubý, 1998, s.55)

Nicméně, pouhá velikost sluchové ztráty nám pro práci s dítětem nestačí. Při lékařském pohledu dále hodnotíme druh sluchového postižení: **převodní, percepční nebo smíšená porucha** (Hložek, 1995). Každý z těchto typů se totiž vyznačuje odlišnostmi ve sluchovém vnímání. Převodní typ znamená poruchu v převodu zvuku z vnějšího prostředí až do středního ucha. Nikdy nevede k těžkým sluchovým ztrátám hlubším než 60 dB a tedy praktické nebo úplné hluchotě. Janotová a Svobodová (1998) udávají, že se jedná o kvantitativní poruchu slyšení, kdy osoba s touto poruchou celkově hůře vnímá hlasitost zvuků, ale je schopna vnímat všechny základní elementy řeči. Percepční porucha je lokalizována v oblasti od vnitřního ucha, sluchového nervu až po mozkové centrum pro sluch. Je kvalitativní poruchou sluchu, při které nedoslýchavý vnímá zvuky deformovaně (slyší, ale nerozumí), a to především vysoké tóny (např. sykavky).

Medicínský pohled se upírá také na kmitočtové pásmo, ve kterém vzniká sluchová ztráta. Žák se sluchovým postižením může dobře vnímat hluboké tóny tzn. tóny o nízkých frekvencích, ale omezeně, deformovaně nebo téměř vůbec nevnímá vysoké tóny (o vysokých frekvencích)

nebo naopak. Pro vnímání řeči jsou nejdůležitější tóny v kmitočtovém pásmu od 300 do 3000 Hz (Hložek, 1995). Žáci se sluchovou ztrátou právě na těchto kmitočtech budou mít velmi pravděpodobně enormní obtíže s vnímáním řeči a následně i s její produkcí.

Velmi závažným faktorem ovlivňujícím celkový vývoj dítěte se sluchovým postižením je čas, a to konkrétně doba vzniku sluchové ztráty, ale také doba zjištění sluchové ztráty a nástup speciálněpedagogické péče. Pro dítě a jeho další vývoj je velmi důležité, aby vzdálenost mezi těmito dobami byla co nejkratší. Sluchová ztráta může být **vrozená nebo získaná**. V případě získaného sluchového postižení hovoříme o **osobách ohluchlých** (Edelsberger, 2000). U těchto osob je kritická doba vzniku sluchového postižení, jež je důležitá především pro jazykový, kognitivní a sociální rozvoj. Moores (In Freeman, 1992) rozlišuje osoby se sluchovým postižením v souvislosti s dobou vzniku postižení na **prelingválně a postlingválně ohluchlé**. Hranice mezi těmito obdobími je určena ukončením osvojení základů mateřského jazyka, které spadá přibližně do 7 roku věku dítěte. Přístup k pre- a postlingválně ohluchlému žákovi bude diametrálně odlišný. Dalo by se konstatovat, že výchova a vzdělávání prelingválně ohluchlého dítěte se blíží více výchově a vzdělávání vrozeně neslyšícího žáka.

Pro výchovu a vzdělávání žáka se sluchovým postižením je stěžejní jeho preferovaná komunikační strategie, a to buď **vizuálně-motorická** za užití znakového jazyka nebo **audio-orální** při využití zbytků sluchu, amplifikace, odezírání a mluveného slova. 90 až 95% neslyšících dětí se rodí slyšícím rodičům (Macurová, 2005). Statistická vyhodnocení zahraničních výzkumů udávají, že pouze 3% neslyšících dětí pochází z rodiny, kde jsou oba rodiče neslyšící a pouze dalších 7% má neslyšícího alespoň jednoho z rodičů (Lynas In Fraser, 1992). Mateřský jazyk slyšících rodičů je mluvený jazyk, a to nedává neslyšícímu dítěti možnost naučit se v kritickém věku jazyk přirozeným způsobem. Rodiče po zjištění sluchové ztráty vybírají jazyk, kterým budou s dítětem komunikovat a dítě jej bude pravděpodobně upřednostňovat i v dalším životě. Rodiče musí zvažovat velké množství faktorů, nemělo by se jednat pouze o pragmatický výběr toho pro ně nejsnazšího způsobu komunikace (Emmerová, Gregory, 2001). Přestože se neslyšící děti stejně jako slyšící děti rodí s vrozenou vnitřní dispozicí pro jazyk (tzv. teorie nativismu), tak skutečnost, že nejsou v období kritickém pro rozvoj jazyka, kognitivní, sociální a komunikační rozvoj vystaveny pro ně přirozeně přístupné komunikaci, způsobuje, že nemají prostor k rozvoji této dispozice. Na osoby se sluchovým postižením lze pohlížet i z perspektivy kulturní odlišnosti – jako na kulturní a jazykovou minoritu. Myšlenka kulturní a jazykové odlišnosti osob se sluchovým postižením se v České republice v poprvé objevila 80. letech 20. století a její původ lze

vystopovat v USA. Rozlišují se **neslyšící** jako skupina pacientů, jež má postižený sluch a **Neslyšící** jako lidé se sluchovým postižením komunikující ve znakovém jazyce a považující se za kulturní a jazykovou minoritu. Do skupiny Neslyšících nespádají pouze osoby s velmi těžkou sluchovou ztrátou, ale všechny osoby se sluchovým postižením i bez sluchového postižení (např. slyšící děti neslyšících rodičů), které se považují za součást kulturní a jazykové minority. Rozdíl mezi neslyšícími a Neslyšícími lze tedy vidět ve dvou různých přístupech k hluchotě a osobám se sluchovým postižením. První přístup upřednostňuje medicínské hledisko, kdy se odborníci snaží o nápravu sluchu neslyšících za pomoci kompenzačních pomůcek. Druhý přístup je lingvistický, který uznává přirozený způsob komunikace Neslyšících a respektuje jejich kulturu. Cílem druhého přístupu je, aby Neslyšící uměli myslet a dorozuměli se.

Samotná výše uvedená klasifikace sluchového postižení a zařazení osob se sluchovým postižením v souladu s ní není ovšem při výchově a vzdělávání žáků se sluchovým postižením dostačující. Při práci s osobami se sluchovým postižením je nutné posoudit i další faktory ovlivňující jejich osobnost, je potřebné zhodnotit úroveň **rozvoje kognitivních a sociálních schopností**. Intelekt žáka se sluchovým postižením může působit jako kompenzační činitel při vyrovnávání handicapu způsobeného komunikační bariérou. Pro rozvoj sociální stránky osobnosti je zásadní **rodinné prostředí** dítěte se sluchovým postižením, jež více než u běžné populace determinuje výsledné sociální chování dítěte a jeho orientaci v mravních hodnotách, které jsou z velké většiny předávaných prostřednictvím jazyka.

6.2 Etiologie sluchového postižení

Po diagnostikování sluchového postižení se odborníci snaží zjistit jeho příčinu. Bohužel u sluchového postižení je etiologie neznámá až v 68% (Souralová, 2004).

Příčiny je možno stejně jako u dalších typů postižení dělit na:

- *Prenatální* – prodělané onemocnění matky (zarděnky, spalničky, toxoplasmosa apod.), požití ototoxických látek a léků matkou (betakaroten, některá antibiotika, antidepresiva, analgetika, diuretika apod.), do těchto příčin lze zařadit (i když poněkud zjednodušeně nahlíženo) i dědičná a genetická sluchová postižení.
- *Perinatální* – komplikace během porodu.
- *Postnatální* – prodělané nemoci dítěte (opakované záněty středního ucha, meningitida, příušnice), úrazy hlavy,...

6.3 Komunikace osob se sluchovým postižením

Jak již bylo uvedeno výše, můžeme osoby se sluchovým postižením rozdělit do dvou skupin podle upřednostňovaného způsobu komunikace. Jedna skupina komunikuje tzv. audio-orálně (k produkci jazyka používá hlasitou řeč a k recepci jazyka amplifikaci zvuku pomocí kompenzačních pomůcek a odezírání) a druhá vizuálně-motoricky (za použití českého znakového jazyka, znakované češtiny, prstové abecedy). V této kapitole podrobněji přiblížíme prostředky komunikace u uvedených skupin.

6.3.1 Hlasitá řeč

Děti se lehkým až středně těžkým sluchovým postižením si osvojují řeč obdobně jako intaktní vrstevníci napodobením mluvních vzorů z okolí, přičemž využívají zesílení zvuků pomocí kompenzačních pomůcek. V rámci speciálněpedagogické péče jsou rozvíjeny problematické oblasti a řeč z formálního i obsahového hlediska.

U dětí s těžkou ztrátou sluchu se řeč nevyvíjí jako u intaktních dětí, ale její vývoj je buď omezený, přerušovaný nebo opožděný, což závisí na velikosti, době vzniku, době diagnostikování sluchové ztráty, včasnosti speciálněpedagogické péče, kombinaci s dalším postižením apod. (Krahulcová, 2003). U těchto dětí je pro rozvoj řeči nutná logopedická péče.

6.3.2 Amplifikace zvuku

Pro vnímání zvuku je u všech osob se sluchovým postižením, které mají alespoň zbytky sluchu, kritické zesílení zvuku pomocí kompenzačních pomůcek, jež můžeme členit do dvou základních skupin – individuální (jako jsou osobní zesilovače, sluchadla, kochleární implantát, apod.) a kolektivní (kolektivní zesilovače na principu indukční smyčky, FM radiových vln, infračerveného záření).

6.3.2.1 Sluchadla

Sluchadla jsou kompenzačními pomůckami pro osoby s lehkým až těžkým sluchovým postižením. Funkcí sluchadel je příjem zvuku mikrofonem, zesílení a úprava zvukového signálu podle konkrétní sluchové ztráty a následné vedení do reproduktoru, jež je umístěn přímo ve zvukovodu. Jejich včasná indikace dětem, co nejdříve po diagnostikování sluchové ztráty, současné kvalitní nastavení odborníky a speciálněpedagogická péče umožňují rozvoj sluchové percepce a diskriminace, fonematického sluchu, mluvené řeči, myšlení atd.

Sluchadla můžeme členit podle dvou základních hledisek. Podle konstrukce je lze rozdělit na kapesní, závěsná, brýlová sluchadla a sluchadla do boltece a do zvukovodu. Podle způsobu, kterým zpracovávají signál, je možno sluchadla rozčlenit na analogová, analogová digitálně programovatelná a digitální.

6.3.2.2 Osobní zesilovače

Osobní zesilovače jsou variantou ke sluchadlům pro osoby, které z různých důvodů dávají přednost jednodušším kompenzačním pomůckám.

6.3.2.3 Kochleární implantát

Kochleární implantát je elektronická smyslová náhrada, jejíž jedna část je operativně umístěna do hlemýždě ve vnitřním uchu (Potměšil, 1999). Implantát obchází poškozené vláskové buňky a stimuluje elektrickými impulzy přímo sluchový nerv. Slyšení s implantátem může být odlišné od běžného, ale umožňuje mnoha lidem komunikovat orální cestou, a to i při použití běžného telefonu. (www.nidcd.nih.gov)

Fungování kochleárního implantátu je založeno na myšlence, že se ve vnitřním uchu v blízkosti voperovaných elektrod zachovalo dostatečné množství vláken sluchového nervu vhodných ke stimulaci. Elektrody stimulují tato vlákna, která vydají neutrální impulzy, jež jsou vedeny do mozku, který je rozpozná jako zvuk. (www.utdallas.edu)

6.3.2.4 Kolektivní zesilovače (sluchadla)

Jedná se o zesilovací soupravy, které pracují na různých principech. Většinou jsou používány ve školách pro sluchově postižené, a to pro žáky, kteří mají dostatečné zbytky sluchu využitelné pro výchovu a vzdělávání (Potměšil, 1999). Dále mohou být a jsou používány při integrovaném vzdělávání žáka se sluchovým postižením na běžné škole.

Mohou fungovat na principu: *indukční smyčky, FM radiových vln, infračerveného záření.*

Hlavním účelem použití těchto zařízení je zesílení právě toho zvukového signálu, který je momentálně pro osobu se sluchovým postižením důležitý (www.hearinglossweb.com).

Všechny tyto systémy jsou tvořeny jedním nebo několika mikrofony, které jsou spojeny s centrální jednotkou. Centrální jednotka kontroluje systém a zpracovává zvukový signál. Všichni uživatelé jsou vybaveni přijímačem, které přijímá vysílaný signál a vysílá ho do sluchátek, sluchadla nebo KI (www.hearinglossweb.com).

6.3.3 Odezírání

„Odezírání hlásek, mluvené řeči a metajazykových prostředků reprezentuje přijímání informací zrakově a chápání jejich obsahu na základě pohybů mluvidel, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného“ (Krahulcová, 2003, s. 193).

Odezírání se kvalitativně nevyrovná sluchu. Dovednost odezírání nesouvisí se stavem sluchu jedince. Osoba se sluchovým postižením může, ale nemusí mít vrozené vlohy pro odezírání a v důsledku toho se může, ale také nemusí naučit dobře odezírat. Strnadová (1998, s. 6) udává: „Průměrný neslyšící člověk tedy nemá k odezírání o nic větší vlohy než průměrný slyšící člověk.“

Kvalita odezírání závisí na mnoha faktorech, které jsou většinou děleny na vnitřní (týkající se přímo osoby se sluchovým postižením) a vnější (prostředí, ve kterém komunikace probíhá).

Vnější faktory

- přirozená artikulace mluvčí osoby – ne příliš rychlá, ale ani pomalá, mírně zvýrazněná (pouze 30-40% z mluvené řeči je viditelných),
- světelné podmínky – nejlepší je přirozené denní světlo, světelný zdroj by měl vždy osvětlovat tvář mluvčího,
- vzdálenost mezi mluvčím a odezírající osobou – mezi 0,5 – 4 m,
- absence překážek mezi mluvčím a odezírající osobou – gestikulující ruce, potrava, žvýkačka, vousy, cigareta apod.
- navázání zrakového kontaktu, atd.

Vnitřní faktory

- věk ztráty sluchu – u osob, které přišly o sluch v průběhu života a mají tak určitou sluchovou zkušenost, je větší pravděpodobnost, že budou při odezírání úspěšné, nelze totiž odezírat neznámá slova,
- věk osoby se sluchovým postižením a dosažená úroveň v tréninku odezírání,
- kvalita zraku, mentální úroveň,
- momentální zdravotní a psychický stav odezírající osoby – únava, nemoc, rozrušení apod. snižují kvalitu odezírání,
- dosažená úroveň vývoje řeči, znalost jazyka po formální i obsahové stránce,
- sociální úroveň a sociální zkušenost se situací, ve které odezírání probíhá, apod.

6.3.4 Prstová abeceda (daktylní abeceda)

Jedná se o slovní vizuálně-motorickou komunikační formu, při které se užívá různých poloh a postavení prstů k vyjádření písmen, jež se dále skládají do slov.

Existují tři základní typy:

- *jednoruční* – používá se poloh a postavení prstů jedné ruky,
- *dvouruční* – použití obou rukou,
- *daktyl do dlaně* – využívá se pro osoby hluchoslepe při hmatové komunikaci.

Prstová abeceda se používá především pro doslovný převod slov v případech, kdy je nutná formální přesnost – například při seznamování s novým pojmem, pro přesnost při používání názvů ulic, míst, firem apod. či jmen a příjmení. Prstová abeceda je doplňkem komunikace, nelze jí použít samostatně.

6.3.5 Český znakový jazyk

Český znakový jazyk je prostředkem verbální komunikace a jako takový je srovnatelný s mluvenými jazyky. Je jazykem nevokálním, na rozdíl od mluveného jazyka je tvořen, jak je uvedeno v zákoně o znakové řeči č.155/1998, prostřednictvím specifických vizuálně-pohybových prostředků jako jsou tvary, pozice a pohyby rukou, mimika, pozice hlavy a horní poloviny těla. Český znakový jazyk je považován za plnohodnotný jazyk, neboť splňuje všechna kritéria přirozeného jazyka, jakými jsou znakovost, systémovost, produktivnost, svébytnost a historický rozměr. Také je ustálen po stránce lexikální i gramatické.

6.3.6 Znakovaná čeština

Znakovaný český jazyk je umělým komunikačním systémem vytvořeným s cílem usnadnit komunikaci mezi slyšícími a neslyšícími. Z českého znakového jazyka si vypůjčuje znaky, které nadále používá v souladu s gramatickými pravidly českého jazyka – dochází zde k doslovnému překladu z mluveného jazyka do znaků. V některých případech jako např. pro vyjádření flexe českého jazyka je pro přesnost převodu mluveného českého jazyka využívána prstová abeceda. Znakování je současně doprovázeno tichou nebo hlasitou artikulací českého jazyka.

6.4 Školní integrace

Školní integrace, jako společné vzdělávání intaktních žáků/studentů s žáky/studenty s postižením, je pojem rozpoznáný v České republice v posledních dvou desetiletích. Školní integrace je považována za fenomén novodobého moderního vzdělávání. V České republice byla zakotvena v legislativě již v roce 1991 ve vyhlášce č. 291/1991 o základní škole, která dává školám *možnost přijmout žáka/studenta s postižením*.

Nový školský zákon č. 561/2004 Sb. přináší významnou změnu do integrovaného vzdělávání na základních školách. Od chvíle, kdy vstoupil v platnost je povinností tzv. spádové školy umožnit žákovi/studentovi s postižením plnit zde povinnou školní docházku.

V běžné mateřské³ a základní škole se tak stále častěji setkáváme i s žáky se sluchovým postižením. Laická veřejnost i učitelé běžných škol si však často neuvědomují, že integrace právě těchto žáků je jednou z nejobtížnějších. Na první pohled se dítě se sluchovým postižením neodlišuje od běžné populace dětí stejného věku. Až bližší seznámení s dítětem odkrývá všechny komplikace, které sebou nese sluchové postižení a jím způsobená komunikační bariéra.

6.4.1 Přednosti a negativa integrace u žáků se sluchovým postižením

Základních škol pro sluchově postižené v České republice je omezené množství, každá ze škol se také dále odlišuje preferencí přístupu k výchově a vzdělávání – v současnosti se většina škola hlásí k totální komunikaci, některé k orálnímu vzdělávání, méně pak k bilingválnímu vzdělávání. V důsledku tak stojí rodina před volbou, zda vybrat pro své dítě optimální způsob komunikace a vzdělávání na internátní škole vzdálené mnoho kilometrů nebo přihlásí své dítě do spádové školy, kde dítě nemusí uspět, a to nejen v důsledku svých schopností, ale především na základě dalších faktorů ovlivňujících úspěšnost integrace.

Integrovaný žák zůstává v přirozeném prostředí rodiny i běžné školy, následkem čehož se předpokládá, že i jeho citový, sociální a komunikační vývoj bude více přirozený než v prostředí internátní školy pro sluchově postižené. Hledá si přátele mezi intaktními spolužáky, udržuje kamarádské vztahy v místě bydliště a neodcizuje se rodině, tak jako v případě dojíždění do internátní školy (Pulda, 2000). Hrozí zde však možnost, že jej intaktní žáci běžné školy nepřijmou, nepodaří se mezi nimi překonat komunikační bariéru a tak

³ Mateřské školy nemají ze zákona povinnost přijmout žáka se zdravotním postižením, protože časově nespádají do období povinné školní docházky.

zůstane žák se sluchovým postižením osamocen a nebude mít možnost identifikace s prostředím, ve kterém vyrůstá.

Při splnění všech podmínek pro úspěšnou integraci vykazují integrovaní žáci se sluchovým postižením lepší školní výsledky, jsou stavěni před běžné každodenní úkoly a problémy, s nimiž se často v izolovaném prostředí internátu neseťkávají. Nicméně, nesplnění podmínek pro úspěšnou integraci (prostředí školy, připravenost učitele, spolužáků, soustavná práce v rodině, spolupráce s odborníky apod.– viz níže) dochází k frustraci žáka se sluchovým postižením, pocitům neúspěchu, méněcennosti, vydělení ze skupiny vrstevníků, menšímu osvojení učiva a celkově k zaostávání vývoje žáka se sluchovým postižením.

V běžné škole se žák setkává s přirozenými mluvnými vzory, které může napodobovat. Internátní škola pro sluchově postižené, která preferuje orální vzdělávání mu nemůže poskytnout tak rozsáhlou škálu mluvních vzorů, neboť mluvená řeč spolužáků se sluchovým postižením vykazuje nepřesnosti a není tudíž vhodná k napodobení. Mluvní vzory učitelů jsou vhodné, ale tématicky, obsahově i formálně neodpovídají věku žáka. Tato skutečnost je překonána v běžné škole, kde jsou naopak mluvní vzory spolužáků pro žáka se sluchovým postižením navýsost vhodné, neboť přinášejí jazyk odpovídající jeho věku.

Běžná škola klade na všechny žáky stejné požadavky, žáka se sluchovým postižením nevyjímaje. Důsledkem může být nepřiměřené zatížení žáka se sluchovým postižením. Učitel běžné musí zvládnout uspokojit potřeby žáka se sluchovým postižením a zároveň se plně věnovat všem ostatním žákům a to v počtech, které jsou na internátních školách nemyslitelné, což se mu nemusí vždy dařit. Učitel musí přistupovat k žákovi se sluchovým postižením individuálně, ale zároveň jej svým přístupem nehandicapovat a nedávat mu pocit, že je jiný než ostatní spolužáci. Hrozí totiž nebezpečí, že spolužáci sluchově postiženého žáka z přehnaně ochrannářského přístupu učitele vycítí odlišnost žáka se sluchovým postižením a nepřijmou jej mezi sebe. Naopak učitel internátní školy má prostor věnovat se dostatečně individuálně každému žákovi a je to považováno za standard.

6.4.2 Podmínky úspěšné integrace žáků se sluchovým postižením

Podmínky či požadavky, které ovlivňují dosažení úspěchu při integraci žáků se sluchovým postižením lze rozdělit do tří hlavních skupin podle toho na koho jsou kladeny: je to jednak žák, dále pak rodina žáka a v neposlední řadě musí určité podmínky splnit i běžná škola.

6.4.2.1 Žák

Velikost sluchové ztráty, ač by se zdálo, že je nejdůležitějším činitelem při rozhodování o zařazení do běžné školy a pro úspěšnost integrace, není ve skutečnosti zdaleka nejdůležitější. Závažnější je, jak dobře je sluchová ztráta kompenzována vhodnými sluchadly, jak žák se sluchovým postižením dokáže využít sluchadla a jak kvalitně díky nim dokáže vnímat a rozumět řeči (Janotová, Svobodová, 1998).

Předpokladem pro zařazení do základní školy je, že dítě dokáže ovládat svá sluchadla, že rozpozná, kdy dochází baterie a dokáže je vyměnit, ví, kdy je vhodné sluchadla sundat (např. při tělocviku) apod.

Brzké zjištění sluchového postižení a následná včasná speciálněpedagogická péče zaměřená na rozvoj sluchového vnímání, kompenzačních smyslů a řečovou výchovu jsou nutným předpokladem pro zařazení dítěte se sluchovým postižením do běžné základní školy. Je vhodné, pokud uvažujeme o integrovaném vzdělávání, zařadit dítě i do běžné mateřské školy. Zde nejsou na dítě ještě kladeny takové požadavky jako na základní škole a lze rozpoznat, do jaké míry se vypořádalo se svým sluchovým postižením a zda a jak rozumí neznámým mluvčím či při skupinových hrách svým vrstevníkům i učitelům apod.

V mateřské škole je také možné posoudit dosaženou sociální úroveň dítěte se sluchovým postižením, jeho adaptibilitu a emoční zralost. U některých dětí se sluchovým postižením se může projevit zvýšený strach z neznámého prostředí způsobený nepřekonanou komunikační bariérou a neschopností vychovatelů (rodičů, prarodičů, učitelek v mateřské škole,...) vysvětlit mu okolnosti právě probíhající situace. Slyšící děti díky tzv. nezáměrnému učení znají mnoho důležitých informací týkajících se každodenního života (např. z oblasti vzdělávání – co je to škola, kdo a kdy tam dochází, kdy končí, co se tam děje apod.), aniž by jim musely být speciálně vysvětleny. Situace u dětí se sluchovým postižením je odlišná, díky své sluchové ztrátě nemohou tyto informace nabýt mimoděk a musí jim být všechny dostatečně a přesně vysvětleny. Dítě se sluchovým postižením může být také více bázlivé při styku s neznámými lidmi, v důsledku minulé zkušenosti, kdy nerozumělo nebo mu nebylo rozuměno. Stejně tak negativní zkušenosti s dětmi stejného věku mohou vést k neochotě komunikovat s intaktními vrstevníky v běžné mateřské škole. Vyšetření školní zralosti nebo vyšetření odborníky ze speciálněpedagogického centra mohou a nemusí tyto problémy objevit, proto se jeví vhodné, zařadit dítě již do běžné mateřské školy, kde se většina těchto komplikací samovolně projeví.

Nesmíme také zapomínat na intelekt dítěte a jeho kognitivní schopnosti. Předpokladem je, že intelekt dítěte se sluchovým postižením je v normě. Vyšší intelekt dítěte mu pomáhá překonat

komunikační bariéru (např. doplňuje na základě zkušeností informace při odezírání, apod.) i další překážky, s kterými se musí v běžné škole musí potýkat a s nimiž by se nesetkal ve škole internátní. Do běžné školy je možno zařadit i žáka s kombinovaným postižením, i když se to stává výjimečně. Je však nutné, více než u samotného sluchového postižení, individuálně zvažovat všechny důsledky, které kombinace postižení přináší žákovi, rodině i škole. (Janotová, Svobodová, 1998)

6.4.2.2 Rodina

Rodiče nebo pečující osoby mají právo rozhodovat o dítěti, ale všechna rozhodnutí by měla být zájmu dítěte. Závažné rozhodnutí na rodiče dítěte se sluchovým postižením čeká již záhy poté, co je diagnostikována sluchová ztráta, často ještě v době, kdy se vyrovnávají se skutečností, jež přinesla diagnóza (viz Řičan, Krejčířová, 2006, s. 69) a často v době, kdy ještě nechápou dalekosáhlé dopady svého rozhodnutí. V tomto období velmi záleží na odbornících – lékařích (pediatr, audiolog, foniatr,...), speciálních pedagogích (surdoped, logoped), psychologích, jež by měli rodinu maximálně podpořit v jejím nelehkém rozhodnutí při výběru komunikační strategie pro své dítě, které ovlivní jeho celý další život. Rodiče jsou také v posledních deseti letech stále častěji postaveni před možnost voperování kochleárního implantátu. Informovanost rodičů je pro obě vzájemně související rozhodnutí kritická.

Ať se rodiče rozhodnou jakkoli, čeká je vždy mnoho práce při překonávání různorodých potíží. Pokud se rozhodnou pro vizuálně-motorickou komunikaci, tak se budou muset sami začít učit znakový jazyk nebo některou z jeho variant tak, aby mezi nimi a dítětem mohla probíhat plnohodnotná přirozená komunikace, na jejímž základě se bude dítě rozvíjet po všech stránkách (komunikační, sociální, kognitivní apod.) obvyklým způsobem. Pokud se rozhodnou pro komunikaci audio-orální, tak by měli být připraveni na to, že budou muset s dítětem soustavně pracovat na rozvoji sluchu a řeči. Pokud se následně rozhodnou pro integrované vzdělávání, měli by vědět, že pro úspěch dítěte bude potřeba jejich aktivní spolupráce při přípravě dítěte do školy, při dalším rozvíjení sluchu a řeči, a to především po obsahové stránce či tzv. předučování dítěte (dítě se učí např. nové pojmy v předstihu před ostatními spolužáky, aby se vyrovnal jeho handicap).

Rodina by měla zajistit i kvalitní využití volného času dítěte v mimoškolních aktivitách, při kterých bude mít dítě po mentálně náročné aktivitě spojené se školním vyučováním a přípravou na školu šanci odreagovat se a rozvíjet své další např. fyzické či umělecké schopnosti.

6.4.2.3 Škola

Podmínky pro úspěch integrace žáka se sluchovým postižením lze dále rozčlenit do tří podskupin: prostředí školy, spolužáci žáka a jejich rodiny, a učitelé žáka.

Prostředí školy

Nejsnadněji dosažitelnými požadavky, které by měla splnit škola, která chce integrovat žáka se sluchovým postižením jsou technické zabezpečení školy a výukových prostor, které bude navštěvovat žák se sluchovým postižením. Mělo by se vhodně přizpůsobit následující:

- zasedací pořádek – výběr vhodného místa pro žáka/studenta se sluchovým postižením,
- uspořádání lavic – nejvhodnější se jeví uspořádání do podkovy tak, aby žák viděl současně na učitele i spolužáky, což často nelze realizovat v důsledku počtu žáků ve třídě. Janotová, Svobodová (1998) udávají, že poté je vhodné, aby integrovaný žák seděl v druhé až čtvrté lavici v blízkosti místa, kde učitel vykládá,
- osvětlení třídy,
- akustické podmínky ve třídě – např. koberce bránící nadměrnému hluku při posouvání lavic a židlí,
- použití speciálních pomůcek, jako jsou například FM pojítka – kdy učitel má vysílač a žák s sluchovým postižením přijímač a zvuk je touto cestou bez rušení veden přímo do sluchadla, nevýhodou je skutečnost, že v tento moment žák přichází o další zvuky z prostředí třídy apod.

Škola by dále měla zajistit učitelům podmínky pro vypracování a plnění individuálního vzdělávacího plánu sestaveného podle speciálních potřeb žáka se sluchovým postižením. To znamená, že by škola měla:

- zajistit možnost logopedické péče,
- umožnit individuální doučování,
- snížit počet žáků ve třídě s integrovaným žákem,
- zaměstnat asistenta pedagoga apod.

Spolužáci a jejich rodiče

Spolužáci a jejich rodiče by měli být včas informováni o skutečnosti, že do jejich třídy bude integrován žák se sluchovým postižením. Rodiče spolužáků by měli být dopředu poučeni o druhu postižení integrovaného žáka a jeho důsledcích tak, aby se předešlo zbytečným obavám o vzdělání jejich dětí založených často na strachu z neznámého.

Spolužákům informovanost o postižení integrovaného žáka umožní s ním lépe komunikovat, akceptovat jeho přítomnost a přijmout jej do třídního kolektivu bez předsudků a obav.

Učitelé

Třídní učitel by měl před akceptováním faktu, že bude vzdělávat žáka se sluchovým postižením, získat odborný přehled o problematice osob se sluchovým postižením a specifikách jejich výchovy a vzdělávání, a to buď absolvováním vzdělávacího kurzu zaměřeného na danou oblast nebo samostudiem příslušné odborné literatury a zdrojů.

Učitel bude při výchově a vzdělávání žáka se sluchovým postižením spolupracovat se speciálním pedagogem (logopedem nebo surdopedem) ze speciálněpedagogického centra, které má jeho integrovaného žáka se sluchovým postižením v evidenci a společně s rodinou a mateřskou školou žáka připravuje na vzdělávání v běžné škole a i během povinné školní docházky bude spolupracovat při sestavení a následně i plnění jeho individuálního vzdělávacího plánu. Z tohoto důvodu by měl učitel speciálněpedagogické centrum navštívit, o žákovi se informovat a domluvit se na budoucí spolupráci. Učitel by se měl s žákem seznámit několik měsíců před jeho nástupem do školy (poprvé již při zápisu do školy) tak, aby si mohl v předstihu alespoň orientačně připravit doplňující výukové materiály a pomůcky, a aby žák nepřicházel do zcela neznámého prostředí.

V dostupné literatuře nebo od speciálního pedagoga, který by jej měl vést a podporovat v práci s žákem se sluchovým postižením, by měl získat informace o faktorech ovlivňujících komunikaci s žákem se sluchovým postižením pomocí odezírání, využívání zbytků sluchu a mluvené řeči, které je potřeba dodržovat (viz odezírání, mluvená řeč,...).

Učitel by měl dále pamatovat na následující:

- dodržování zrakového kontaktu – vyčkat až žák se sluchovým postižením bude sledovat tvář mluvčího – učitel na sebe může upozornit, a to tak, že se dostane do zorného pole žáka, dotkne se žáka nejlépe na paži nebo rameni nebo požádá jiného žáka v blízkosti žáka se sluchovým postižením, aby na učitele upozornil, učitel by neměl k žákovi se sluchovým postižením přistupovat zezadu,
- délka koncentrace při odezírání je omezená, odezírání je velmi únavným způsobem recepcí informací - učitel by měl rozdělit čas vyučovací hodiny do menších oddílů a střídat typy aktivit, apod.
- žák/student se sluchovým postižením nemůže ve stejnou dobu vnímat zrakem řeč učitele a zapisovat si poznámky – doporučuje se dávat žákům se sluchovým

postižením souhrn látky probírané ve vyučovací hodině dopředu nebo určit žáka, od kterého si bude integrovaný žák kopírovat poznámky,

- učitel by měl pamatovat na to, že žák se sluchovým postižením mu nebude rozumět, pokud bude mluvit otočen zády k žákům, např. když píše na tabuli,
- učitel by neměl při výkladu chodit po třídě a v případě, že používá učebnici nebo nějaké jiné materiály by měl pamatovat, že by tyto neměly narušit zrakový kontakt mezi ním a integrovaným žákem,
- žák/student se sluchovým postižením neslyší nebo nerozumí odpovědím na otázky svých spolužáků – vždy musí nejprve zjistit, kdo odpovídá a zaměřit na tuto osobu svoji pozornost (proto je vhodné, aby učitel volal žáky jménem a umožnil integrovanému žákovi volnější pohyb v lavici), i tak může mít integrovaný žák problém s porozuměním, protože není zvyklý odezírat všem spolužákům,
- učitel by neměl náhle měnit téma hovoru - při odezírání si žák musí mnoho informací doplnit ze znalosti kontextu a ze zkušenosti s probíraným tématem, náhlá změna tématu mu toto znemožní a žák se tak přestane orientovat hovorů,
- učitel by se žáka neměl ptát, zda mu rozuměl, ale použít kontrolní otázky k zjištění porozumění nebo si od žáka vyžádat krátké zopakování nebo shrnutí vysloveného,
- je vhodné, aby všechny důležité informace týkající se zadávání domácích úkolů, stanovování termínů testů, výletů, exkurzí, pomůcky potřebné pro výuku např. výtvarné výchovy apod. byly zapsány na tabuli.

Speciální pedagog nebo rodič žáka se sluchovým postižením by měl učitele seznámit s nasazováním a sundáváním sluchadel či případně částí kochleárního implantátu, s výměnou baterií a řešením běžně vznikajících provozních problémů (např. pískání sluchadla). Také by měl být poučen o použití dalších kompenzačních pomůcek, se kterými je možno se setkat při výuce (FM pojítka, indukční smyčka,...).

6.4.3 Zařazení žáka se sluchovým postižením do běžné základní školy

Rozhodnutí o integrovaném vzdělávání dítěte se sluchovým postižením na běžné základní škole musí předcházet dlouhodobá diagnostika, na které se podílí tým odborníků – foniatr, audiolog, logoped, psycholog, surdoped apod.. Hodnocení vhodnosti dítěte se sluchovým postižením pro integrované vzdělávání probíhá již od chvíle zjištění sluchové ztráty a pokračuje i po aktuálním zařazení dítěte do běžné školy. V tento moment se však již zaměřuje na úspěšnost zařazení žáka a na možnost jeho případného přeřazení na základní školu pro sluchově postižené, přičemž možnost přechodu do „speciální“ školy by měla být samozřejmostí.

Každý jedinec je ve všech ohledech individualitou, stejně tak každé dítě se sluchovým postižením je odlišné a proto by i diagnostika dítěte měla probíhat vysoce individuálně. U dítěte se sluchovým postižením se diagnostika nezaměřuje pouze na zjištění velikosti sluchové ztráty, ale na mnoho dalších aspektů týkajících se dítěte.

Psycholog se při zvažování vhodnosti integrace zaměřuje na zjištění intelektu dítěte (jež by měl být pro dosažení úspěchu při integraci v normě), na jeho sociabilitu a adaptibilitu, citovou a sociální zralost, volní a výkonové (paměť, pozornost, apod.) vlastnosti dítěte a motivovanost dítěte. Měl by také zhodnotit motivaci rodičů pro výběr integrace, zda pouze nevolí momentálně nejjednodušší řešení a uvědomují si složitost situace svého dítěte a jsou odhodláni s ním pracovat, maximálně jej podporovat a spolupracovat se školou i poradenským pracovištěm, jež má žáka ve své evidenci.

Dítě se sluchovým postižením by mělo být od diagnostikování sluchové ztráty v péči speciálních pedagogů (logopedů, surdopedů), kteří s ním provádějí řečovou a sluchovou výchovu (rozvíjejí řeč po formální i obsahové stránce, stimulují a rozvíjejí jeho sluchové vnímání) a nacvičují odezírání. Protože se však jedná o děti ve věku od jednoho roku (díky současným metodám odhalení sluchové ztráty někdy i mladší) je nutné, aby speciální pedagogové vedli rodiče k rozvíjení řeči i sluchu dítěte především v domácím prostředí. Na základě pravidelného setkávání a výkonů dítěte by měl logoped usoudit, zda je dítě po jazykové stránce připraveno na výuku v běžné základní škole a zda má předpoklady k dalšímu zdárnému rozvoji, který bude podporován následnou speciálněpedagogickou péčí.

Dítě se sluchovým postižením by si mělo již raném věku zvykat na celodenní použití sluchadel. V době před nástupem do běžné základní školy by mělo také samostatně zvládnout základní manipulaci se sluchadly – nasadit a sundat si je, případně regulovat hlasitost a vyměnit baterie.

Samozřejmostí před přijetím dítěte se sluchovým postižením do základní školy obecně je posouzení jeho školní zralosti.

6.4.4 Žák se sluchovým postižením v běžné základní škole

Žák se sluchovým postižením čelí při příchodu na základní školu stejným problémům jako intaktní žáci - musí si zvyknout pracovat po stanovenou dobu, zaměřit pozornost, přijmout autoritu učitele a poslouchat jej, být do určité míry samostatný apod. Díky svému postižení bude ovšem muset zvládnout i další komplikace jako je začlenění do kolektivu intaktních spolužáků a komunikace s nimi, a to nejen ve výuce, ale i mimo výuku např. o přestávkách,

kdy je ve škole značný hluk a komunikace probíhá ve skupinách (odezírát lze lépe při dialogu, při rozhovoru ve skupině je kvalita odezírání nižší).

Ve výuce bude mít žák se sluchovým postižením nejspíše největší potíže v českém jazyce. Janotová a Svobodová (1998) udávají, že se sluchová ztráta projeví především při výuce čtení, která v současné době probíhá analyticko-syntetickou metodou, jež staví na rozlišování jednotlivých elementů řeči (hlásky, slabiky, slova) sluchem. Pro žáka se sluchovým postižením je velmi obtížné sluchem i při optimální kompenzaci výkonným sluchadlem rozeznávat tyto izolované části řeči. Při poslechu se totiž opírá také o kontext výpovědi, který při vyslovování izolovaných slov chybí.

Čtení je pro osoby se sluchovým postižením jedním z mála dostupných zdrojů informací, z tohoto důvodu by měly být ke čtení vedeny. Přes veškeré komplikace se žák se sluchovým postižením naučí technicky číst. Problém tkví však v riziku, že nepostoupí na vyšší úroveň čtení – čtení s porozuměním tzn. čtení, při němž rozumí obsahu napsaného a získává tak prostřednictvím textu informace.

Další oblastí, ve které se projeví sluchová ztráta, jsou diktáty, a to především diktáty izolovaných slov (Janotová, Svobodová, 1998). V první řadě je třeba si uvědomit, že žák se sluchovým postižením nemůže ve stejnou dobu vnímat diktovaný text za podpory odezírání a zapisovat jej. Při diktátech se musí tedy z velké části spolehnout pouze na sluch, což způsobuje specifické chyby, které nejsou ve spojení s procvičovaným gramatickým jevem. Běžně ve slovech vynechává hlásky, které není schopen sluchem zachytit. Stává se, že část slova nebo i celé slovo, kterým nerozuměl, doplní tak, aby dávala věta logický smysl. Na druhou stranu se někdy natolik soustředí na zachycení diktovaného textu, že věnuje menší pozornost gramatické správnosti.

V matematice mají integrovaní žáci se sluchovým postižením podle Janotové a Svobodové (1998) problémy se záměnou číslovek (dvě, devět, pět,...) a především se slovními úlohami. Slovní úlohy jsou postaveny na znalosti jazyka a nepatrné jazykové nuance mění význam celé úlohy. Učitelé by se měli s integrovaným žákem důsledněji věnovat porozumění zadání slovních úloh a při hodnocení matematických dovedností by neměli sklouznout k hodnocení chyb v porozumění českému jazyku.

Dalším obtížným vyučovacím předmětem, o kterém by uvažoval i laik neznalý této problematiky v intencích jeho nevhodnosti pro žáky se sluchovým postižením, je hudební výchova. Nicméně, není vhodné zavrhnout celý předmět, výuka by měla být individuálně přizpůsobena schopnostem žáka. Jednou z možností je, zaměřit se na vnímání rytmu a jeho

vyjádření pohybem či bicími hudebními nástroji nebo rozvíjet vnímání zvuků různých nástrojů pomocí vnímání chvění apod.

Komplikace pro žáka se sluchovým postižením mohou nastat i v tělesné výchově. V první řadě, sluchové ústrojí leží v blízkosti ústrojí rovnováhy a tak se občas stává, že někteří z žáků se sluchovým postižením mají problémy i s rovnováhou, což se projeví především v hodinách tělesné výchovy. Při mnoha pohybových a hrových aktivitách se doporučuje v zájmu bezpečnosti odložit sluchadlo nebo vnější části kochleárního implantátu, tak aby se drahá pomůcka nerozbila nebo při nárazu nezranila žáka. Integrovaný žák tak ztrácí nad situací sluchovou kontrolu, na kterou je zvyklý. S touto skutečností by měl počítat učitel, ale také spolužáci integrovaného žáka, kteří by měli akceptovat příležitostnou zmatenost integrovaného žáka.

Přechod na 2. stupeň běžné základní školy se také nevyhne určitým potížím. Ve výukovém plánu přibývají nové, většinou odborné, předměty. Každý nový předmět má svoji odbornou terminologii, kterou musí žáci v počátcích ovládnout, aby se mohli nadále v předmětu orientovat. To přináší žákům se sluchovým postižením mnoho zátěže při osvojení velkého počtu neznámých pojmů.

Většinu nových předmětů učí „neznámí“ učitelé, na jejichž řečový projev si musí žák se sluchovým postižením zvyknout. Tito učitelé by měli být informováni, jak s žákem se sluchovým postižením komunikovat a pracovat. Měli by se seznámit se všemi pravidly, která by se měla při výuce ve třídě, kde je integrován žák se sluchovým postižením dodržovat.

Školní integrace žáků se sluchovým postižením je sice vcelku nesnadný, ale stále častěji se objevující fenomén. Je nutné pečlivě zvážit individuální předpoklady každého dítěte se sluchovým postižením pro zařazení do běžné školy, na čemž by se měl podílet celý tým odborníků.

Úspěšná školní integrace je však jedním z důležitých kroků v procesu socializace (integrace do společnosti) osoby se sluchovým postižením. Úspěšně integrovaný žák se sluchovým postižením má do budoucnosti předpoklady pro navazování přátelství v intaktní společnosti, pracovního uplatnění v oblasti svého skutečného zájmu (osoby se sluchovým postižením vzdělávané ve „speciálních“ školách mají velmi omezenou možnost výběru profese danou právě malým množstvím oborů na středních školách a učilištích pro sluchově postižené), hledá si životního partnera mezi slyšícími, atd.

6.5 Kombinované postižení se sluchovým postižením

Pokrok na poli medicíny přináší množství nových léků a postupů, které zkvalitňují náš život a zachraňují stále více lidských životů. Tento pokrok může však mít i ambivalentní dopady, a to v případě záchrany lidských bytostí za cenu jejich trvalého těžkého zdravotního postižení. Příkladem je stále se posunující hranice záchrany předčasně narozených dětí, z nichž velké procento v důsledku příchodu na svět před ukončením prenatálního vývoje trpí některým druhem zdravotního postižení, v horším případě i jejich kombinací.

Vliv na vzrůstající počet dětí s některým typem zdravotního postižení a s kombinovaným postižením může mít také zhoršující se životní prostředí, ve kterém žijeme a vliv škodlivých látek, které se vyskytují v naší bezprostřední blízkosti.

Ludíková (2005) konstatuje, že dřívější koncepce péče o osoby s kombinovaným postižením, jež nahlížela na kombinaci postižení jako na jejich pouhý součet, kdy se při péči o jedince s kombinovaným postižením využívala kombinace postupů a metod podle jednotlivých postižení, je již překonána. V současnosti je kombinované postižení chápáno jako zcela nová kvalita, která vyžaduje odlišný přístup ve všech směrech.

6.5.1 Sluchové postižení v kombinaci se zrakovým postižením – hluchoslepota

Asi nejznámějším postižením, na kterém se podílí i postižení sluchu je hluchoslepota tzn. duální smyslové postižení. Tomuto postižení je však věnována jiná kapitola této publikace.

Za zmínku ovšem stojí lehčí postižení zraku. Zrakové vnímání je pro osoby se sluchovým postižením základním kompenzačním činitelem, je využíváno všemi osobami se sluchovým postižením při odezírání a proto by mělo být systematicky rozvíjeno. Jedinci se sluchovým postižením by se měli o svůj zrak dobře starat, dodržovat zrakovou hygienu a každá zraková vada by měla být vhodně korigována.

6.5.2 Sluchové postižení v kombinaci s mentálním postižením

U kombinace těchto dvou postižení se jako kritická jeví diferenciální diagnostika. Je tomu tak ze dvou základních důvodů. Především, v minulosti a u laické veřejnosti někdy i v současnosti jsou osoby se sluchovým postižením považovány za mentálně postižené. Příčinou může být nedostatečná informovanost intaktní populace, která považuje deformovaný řečový projev osob se sluchovým postižením za manifestaci mentálního postižení. Dále také, všichni jedinci se sluchovým postižením, ty s velmi těžkým sluchovým

postižením nevyjímaje, byli v minulosti vzdělávání především orálním způsobem. Velký důraz byl kladen zejména na rozvoj hlasité mluvené řeči a odezírání a obecný cíl vzdělávání tzn. dosažení určitého penza vědomostí, dovedností, návyků apod. byl poněkud opomíjen. Osoby se sluchovým postižením byly také ochuzeny o příjem informací ze svého okolí – intaktní společnost nevěděla, jak s nimi komunikovat, noviny používaly (a stále používají) příliš komplikovaný jazyk, v televizi neexistovalo tlumočení a ani skryté titulky. Neinformovanost o pro běžnou veřejnost základních událostech a nedostatečný rozhled, utvrzovaly „zdravou“ populaci v domnění, že se jedná o osoby s mentálním postižením. Toto přesvědčení v některých lidech bohužel přetrvává, což může to být způsobeno uzavřeností komunity neslyšících zapříčiněnou negativními zkušenostmi z minulosti.

Diferenciální diagnostika je také důležitá při odhalování lehčích sluchových ztrát, které jsou obecně obtížněji rozpoznatelné, a to někdy natolik, že je žák s lehkým sluchovým postižením, které nebylo diagnostikováno, považován za mentálně postiženého. V domácím prostředí se u dítěte neprojeví žádné problémy, mluví bez známky vady, rozvíjí se po všech stránkách přiměřeně věku. Někdy se ovšem stane, že neslyší, co mu rodiče říkají. Je to však často přičítáno přílišné zaujatosti pro činnost, které se momentálně věnuje nebo neochotě poslouchat – neposlušnosti. Po nástupu do školy začne mít dítě problémy, je často unavené, má potíže s učením, nezvládá školní zátěž, nemá kamarády mezi spolužáky apod. Zpočátku lze tyto symptomy považovat za adaptační těžkosti. Pokud však přetrvávají, je na místě zvažovat vyšetření odborníkem, který by měl rozpoznat příčinu takového stavu.

Při kombinovaném postižení sluchu a rozumových schopností, je na místě individuální přístup. Je nutné co nejlépe kompenzovat sluchovou ztrátu výkonným sluchadlem. Kochleární implantace dítěte s kombinovaným postižením je diskutovaným tématem. V minulosti bylo mentální postižení jednoznačnou kontraindikací této operace, v současné době záleží na individuálním zhodnocení možnosti využití implantátu dítětem a jeho předpokládaného přínosu pro celkový rozvoj dítěte.

Stěžejní při péči o dítě s touto kombinací postižení je rozvoj funkčního komunikačního systému, přičemž výběr prostředků komunikace by měl odpovídat velikosti sluchové ztráty a hloubce mentálního postižení. Také další výchova a vzdělávání se bude odvíjet právě od míry obou postižení, a proto je doporučováno zařadit takové dítě do „speciální“ školy, která je připravena vyrovnat se s jeho specifickými potřebami za pomoci speciálních metod a postupů.

6.5.3 Sluchové postižení v kombinaci s tělesným postižením

Sluchové postižení se vyskytuje v kombinaci s tělesným postižením převážně v případech vrozených postižení, kdy je postižena centrální nervová soustava a tedy sluchové centrum nebo dráha sluchového nervu, např. u diskynetické formy dětské mozkové obrny (Ludíková, 2005). Mnohdy je však toto postižení dále komplikováno mentálním postižením.

U tohoto typu kombinovaného postižení je opět důležitým faktorem hloubka jednotlivých postižení, od níž se odvíjí zaměření speciálněpedagogické péče. Je nutné vybrat a soustavně pracovat na vybudování vhodné komunikační strategie. U tělesných postižení, jejichž příznakem je zvýšený nebo snížený svalový tonus, je rozhodování o komunikační strategii ztíženo faktem, že tyto mohou bránit rozvoji mluvené řeči, ale zároveň neumožňovat ani dostatečný pohyb horních končetin pro komunikaci znakovým jazykem. Případné přidružení mentálního postižení vede k rozhodnutí o komunikaci pomocí některé z forem alternativní nebo augmentativní komunikace.

6.5.4 Sluchové postižení v kombinaci s poruchou chování

Na první pohled se dítě se sluchovým postižením neodlišuje od běžné populace stejného věku, na druhý lze v chování a projevech některých dětí se sluchovým postižením rozeznat typické odlišnosti od normy. Psychosociální stránka dítěte se formuje pod vlivem jeho okolí, v raném dětství ji ovlivňuje rodinné prostředí, které má na její výsledný obraz největší vliv, dále škola, přátelé, širší prostředí apod.

Nejzásadnějším důsledkem těžké sluchové ztráty je komunikační bariéra. Nevhodná volba komunikačního systému v raném věku dítěte, který není dostatečně funkční pro zajištění obvyklého rozvoje dítěte pro strážce psychické a sociální a uspokojení jeho komunikačních potřeb, zpomaluje a narušuje rozvoj jeho psychosociální stránky.

Pravidla chování a společenské normy jsou předávány z generace na generaci přes funkční verbální komunikaci. Děti se sluchovým postižením, které nepřekonalý komunikační bariéru, nemají možnost zvitřit si normy chování a regulovat v souladu s nimi své chování. Mnohdy tedy nechápou, které chování je vhodné a které ne a v důsledku toho ani nepocítují stud či vinu ve chvíli, kdy jednájí pro majoritní společnost neobvyklým způsobem.

Situace se může komplikovat dále v průběhu školní docházky, a to jak při integrovaném vzdělávání v běžné základní škole, tak ve škole pro sluchově postižené. Pokud není komunikace v běžné škole funkční a integrovaný žák není plně přijatý svými spolužáky a je jimi považován za odlišného či nenormálního, neakceptuje své postižení a postupně přijme

názor okolí za svůj. Na základě pocitu méněcennosti, odlišnosti a nepřijetí může integrovaný žák reagovat agresivně a nepřátelsky. Situace není jednoduchá ani v případě vzdělávání na škole pro sluchově postižené. Zde se dostává do společnosti osob se stejným postižením, jež mu mohou předat své negativní zkušenosti s intaktní populací, které v něm vyvolají podobný obranný postoj vůči slyšící veřejnosti jako při nepřijetí na běžné škole.

6.5.5 Sluchové postižení v kombinaci s narušením komunikační schopnosti

Surdopedie – obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním osob se sluchovým postižením má s logopedií – oborem zabývajícím se narušenou komunikační schopností společnou historii. Jednou z oblastí, které se logopedie od svých počátků věnuje je právě oblast rozvoje mluvené řeči po stránce formální i obsahové u osob se sluchovým postižením. Narušení komunikace je symptomem sluchového postižení, proto je v logopedii řazeno do symptomatických poruch řeči.

Péče logopedů a surdopedů o jedince se sluchovým postižením se tedy v mnoha oblastech doplňuje. Práce logopedů s dítětem se liší podle stupně sluchového postižení a také podle doby jeho vzniku. U dětí s lehkou sluchovou ztrátou se věnuje především korekci nedostatků v řeči, které mohou případně vzniknout v důsledku sluchové ztráty. Výstavba mluvené řeči po stránce formální i obsahové je pak cílem jejich práce v případě dětí s těžkým prelingválním sluchovým postižením, které mají předpoklady pro úspěch v audio-orální komunikaci. Přístup se bude odlišovat u dětí s postlingválním sluchovým postižením, u kterých se jejich pozornost zaměří na udržení a rozvoj již uchopené řeči.

POUŽITÁ LITERATURA

- EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-8602-276-5
- EMMEROVÁ, J. GREGORY, S. *Problémy vzdělávání sluchově postižených*. Praha: UK, 2001. ISBN 80-730-8003-6
- FRASER, B. *Hearing impairments*. In GULLIFORD, R. UPTON, G. *Special educational needs*. Londýn, 1992.
- FREEMAN, R.D. *Tvé dítě neslyší?* Praha: FRPSP, 1992.
- HLOŽEK, Z. *Základy audiologie*. Olomouc: UP, 1995.
- HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 2. díl*. Praha: Septima, 1998. ISBN 80-7216-075-3
- JANOTOVÁ, N. SVOBODOVÁ, K. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. Praha: Septima, 1998. ISBN 80-7216-050-8
- KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-2460-329-2
- LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1154-7
- MACUROVÁ, A. *An introduction to principles of language teaching*. In JANÁKOVÁ, D. *Proceedings 2004 Teaching English to deaf and hard-of-hearing students at secondary and tertiary levels education in the Czech Republic*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-8686-125-2
- POTMĚŠIL, M. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Fortuna, 1999.
- PULDA, M. *Integrovaný žák se sluchovým postižením v základní škole*. Brno: MU, 2000. ISBN 802102481X
- ŘÍČAN, P. KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-2471-049-8
- SOURALOVÁ, E. *Dítě se sluchovým postižením*. In MÜLLER, O. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-244-0131-9
- STRNADOVÁ, V. *Hádej co říkám aneb odezíráni je nejisté umění*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 1998. ISBN 80-9030-350-1

Zdroje

www.nidcd.nih.gov,

www.utdallas.edu,

www.hearinglossweb.com,

Zákon o znakové řeči č.155/1998, MŠMT, Praha: 1998.

ZÁVĚR

Vychovávat a vzdělávat zrakově a kombinovaně postižené děti na základních školách společně s intaktními vrstevníky, je otázka na kterou se snažil na legislativní úrovni vyřešit v publikaci vícekrát zmiňovaný Školský zákon 561/2004 Sb. tím, že toto právně umožnil a vlastně i nařídil. Avšak legislativa se již neptá zda to učitelé zvládnou, a to ani ne tak po stránce lidské – psychické, ale především po stránce profesionální.

Pro všechny učitele z Olomouckého kraje, kteří se rozhodli, že se tuto výzvu pokusí zvládnout a také pro ty, kteří se teprve rozhodují byl naplánován a uspořádán již druhý kurz zabývající se integrací zrakově a kombinovaně postižených žáků. Kurz byl uspořádán ve spolupráci Nadace profesora Vejdovského s Katedrou speciální pedagogiky PdF UP v Olomouci v zastoupení jedné z autorek této publikace – Mgr. Veronikou Růžičkovou. Na základě přednášek v tomto kurzu byla sestavena tato publikace.

V publikaci se čtenář může v jednotlivých kapitolách seznámit s problematikou integrovaného vzdělávání zrakově postižených (tato navazuje na publikaci vydanou již v loňském roce – Integrace zrakově postiženého žáka do základní školy), výchovně-vzdělávacím procesem hluchoslepých žáků, alternativní a augmentativní komunikací u zrakově a kombinovaně postižených žáků, výchovně-vzdělávacím procesem u kombinovaně postižených a sluchově postižených žáků.

Všechny kapitoly zpracované v publikaci jsou do písemné formy zpracované přednášky ze zmíněného kurzu a jako takové je třeba i brát, neboť si nekladou za cíl postihnout celou nastíněnou problematiku, ale pouze informovat o základních a doufáme i zajímavých faktech ze vzdělávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami a tím vzbudit u čtenáře zájem si dané informace rozšířit studiem literatury, či návštěvou některého z dalších kurzů.