e-PEDAGOGIUM

2. mimořádné číslo/2010

Nezávislý odborný časopis
určený pedagogickým pracovníkům
všech typů škol

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

Adresa on-line časopisu: http://www.upol.cz/fakulty/pdf/e-pedagogium/.

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.
Za obsahovou správnost odpovídají autoři jednotlivých příspěvků.

Předsedkyně redakční rady: prof. PhDr. Helena Grecmanová, Ph.D.

Příspěvky prošly recenzním řízením.
Jména recenzentů budou zveřejněna v posledním čísle daného ročníku časopisu.

ISSN 1213-7758 tištěná verze
ISSN 1213-7499 elektronická verze

OBSAH

Plénum

Speciálněpedagogická intervence v rodinách osob s postižením 13
Iva Strnadová, Lea Květoňová

Rodičia s postihnutím a ich nepostihnuté deti – problém speciálnej pedagogiky? 24
Darina Tarcsiová

Doktorandi

Specifika studia studentů se sluchovým postižením na vysoké škole 37
Lenka Doležalová

Principy auditivně-verbální terapie s akcentem na rodinu jako součást interdisciplinárního týmu v péči o dítě s kochleárním implantátem 62
Adéla Hanáková

Sluchově postižené dítě s nařízenou ústavní výchovou 67
Michaela Jirotková

Ideal, reality and perspectives– An exploration on role of parents of child with special educational needs in inclusive education 77
Peng Yan

Postavení rodiny v systému péče o dítě se sluchovým postižením 90
Pavla Pitnerová

Čitateľská gramotnosť u detí so sluchovým postihnutím a rodina ako faktor optimalizácie jej rozvoja 102
Katarína Plačková

Rodinné čtení u malých neslyšících dětí 110
Klára Ptáčková

Dítě s poruchou autistického spektra v raném věkovém období v kontextu rodiny 116
Alena Říhová

Dědictví rodičovských výchovných postojů - determinace oblasti socializace a sociální integrace osob se zrakovým postižením..... 127
Kateřina Stejskalová

Poradenské služby speciálního pedagoga na základní škole 130
Pavla Švojgrová

Dospívání lidí s poruchami autistického spektra a jejich vliv na rodinu. Profesní adjustace a pracovní uplatnění lidí s PAS 139
Eva Urbanovská

Spolupráce s rodiči žáků základní školy praktické ze sociálně vyloučených lokalit v Kladně 145
Jana Vožechová

Význam rodiny u jedinců se zdravotním postižením dlouhodobě žijících v ústavním zařízení..... 149
Eliška Vymazalová

Dramaterapie

Diagnóza jako umělecké gesto 155
Kamila Boháčová, Markéta Dulavová

Blindfriendly 160
Klára Eliášková, Miroslava Wagnerová

Mezinárodní školení o využití dramaterapie v interkulturním učení 166
Kristýna Krahulcová

Dramaterapie na detoxikačním oddělení 170
Kristýna Krahulcová, Jana Vožechová, Michal Růžička

Prvky dramatu v nácvikových technikách Kognitivně behaviorální terapie.....174
Roman Procházka, Michal Růžička

Psychoterapie v kontextu filosofie jazyka Ludviga Wittgensteina..... 182
Vladimír Šik

Etopedie

Postavení týraného a zneužívaného dítěte v dysfunkční rodině 201
Petr Havelka

Pochopíš a dokážeš to 208
Roman Procházka

Rodinná terapie v kontextu léčby závislostí 222
M. Růžička

Logopedie

Problematika specificky narušeného vývoje řeči z pohledu logopedů ze speciálně pedagogických center 231
Barbora Bočková

Integrace žáků s narušenou komunikační schopností 242
Jiřina Klenková

Logopedická kazuistika 252
Renata Mlčáková

Využití rodiny v intervenci narušené komunikační schopnosti – některé limitace a specifika vyplývající z etiologických vazeb 260
Kateřina Vitásková

Psychopedie

Rodinné prostredie – žiak s poruchami učenia 271
Rastislava Brťková

Systém sociálnej pomoci rodinám s mentálne postihnutými deťmi vo vybraných európsych krajinách 281
Adriana Gajdošíková

Spolupráca rodiny s mentálne postihnutým dieťaťom a špeciálnej základnej školy 295
Jana Krištofíková

Výtvarná expresia rodiny u jednotlivcov s mentálnym postihnutím 302
Jozef Štefan

Senioři

Využití cílových sportů ve volném čase seniorů 317
Hana Bednářová

Alzheimerova choroba v rodině 323
Pavlína Brádlová

K některým aspektům kvality života člověka seniorského věku žijícího v zařízení sociálních služeb 329
Zdeňka Kozáková

Rodina pečující o člena s těžkým zdravotním postižením - známe ji? 345
Jan Michalík

Reminiscence v péči o seniory (s demencí) – z pozice rodinných pečovatelů 355
Oldřich Müller

Senior telefon 363
Robert Pitrák

Somatopedie

Vplyv rodiny na školské sebahodnotenie žiaka s telesným postihnutím .. 371
Terézia Harčaríková

Spolupráce s rodinou pacientů při léčbě leukémie 381
Barbora Ludíková

Surdopedie

Neslyšící dítě ve slyšící pěstounské rodině 389
Alice Dužíková Kramářová

Poradenská práca s rodinou a deťmi so sluchovým postihnutím 404
Klaudia Guštafíková

Výzkum informovanosti a uvědomění Znakového jazyka u žáků se sluchovým postižením (zpráva o výsledcích výzkumu) 415
Adéla Hanáková, Miloň Potměšil, Petra Potměšilová, Jitka Vítová

Podpora rodiny při výuce anglického jazyka u žáků se sluchovým postižením 435
Jeřábková Kateřina

Theory of mind development in hearing impaired children 440
Joanna Kossewska

Niektoré špecifické problémy rodín so sluchovo postihnutým dieťaťom 461
Ľubica Kročanová

Znakový jazyk a jeho role v rozvoji osobnosti dítěte s těžkým sluchovým postižením 467
Jiří Langer

Rodina a dieťa so sluchovým postihnutím 473
Margita Schmidtová

Identifikácia a analýza informačných a vzdelávacích potrieb rodičov detí so sluchovým postihnutím vzdelávaných v integrovaných podmienkach 484
Andrea Surová, Darina Tarcsiová

Rodina ako významný faktor úspešnej inklúzie dieťaťa s poruchou sluchu 499
Katarína Zborteková

Tyflopedie

Na cestě k plynulosti. Motivace zrakově postižených ke zdokonalování v anglickém jazyce 507
Ivan Antov

Rodina s těžce zrakově postiženým jedincem a jejich vzájemné působení 525
Martina Brožová

Inovace přístupů v prostorové orientaci osob se zrakovým postižením prostřednictvím tyflomap 533
Dita Finková

Od dieťaťa k rodine (alebo keď sa medicínsky model ranej starostlivosti mení na špeciálno-pedagogický) 538
Jana Lopúchová

Kompetence speciálního pedagoga v rovině poradenství pro rodiny s jedincem se zrakovým postižením 549
Libuše Ludíková

Role asistenta pedagoga v kontaktu s rodiči integrovaného nevidomého studenta 553
Lenka Mitrychová

Obraz rodiny dítěte a dospělého se zdravotním postižením v závěrečných pracích studentů 559
Veronika Růžičková

Spolupráce s rodinami klientů 566
Marie Schifferová

Rodina v kontextu kvality života dětí s retinopatií nedonošených 574
Kateřina Stejskalová

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Standardy speciální edukace
reg. č.: CZ.1.07/1.2.00/08.0120

Úvod

Dostáváte mimořádné číslo časopisu E-pedagogium, které je zaměřeno monotematicky. Předkládáme vám odborné texty propojené tématem „Rodina a její místo ve speciální pedagogice“. Texty byly předmětem jednání odborné konference k problematice osob se specifickými potřebami, ve dnech 3.–4. 3. 2010, která byla uspořádána jako jeden z výstupů a s finanční podporou projektu ESF Standardy speciální edukace.

Cílem konference bylo umožnit setkání odborníků ze všech oblastí speciální pedagogiky, kteří pracují ve školství, při poskytování sociálních služeb nebo ve zdravotnictví a umožnit interdisciplinární pohledy na práci s osobami s postižením bez ohledu na věkovou kategorii. Klíčovými výrazy pro jednání speciálních pedagogů byly speciální pedagogika, rodina a partnerství. Otázky metodologické i metodické byly propojovacím nástrojem pro oblast teorie s oblastí praktickou. Cílem bylo umožnit cestou vzájemné výměny informací posunutí oboru vpřed a rozvinout širší odbornou spolupráci.

Editor se svými spolupracovníky textů je přesvědčen, že ani aktuálnosti, ani pojetí současného paradigmatu speciální pedagogiky není možné dosáhnout bez příležitostí k setkávání v rámci oboru i mimo něj, vzájemné výměny informací a odborných diskusí. S potěšením si dovolujeme laskavým čtenářům výsledek takové diskuse nabídnout ke čtení a ke studiu. Věříme, že se nám podařilo vytvořit jednu z dalších příležitostí ke společnému hledání, nacházení a spolupráci.

Tomuto souboru odborných textů by nebylo možno vzniknout bez finanční podpory projektu ESF Standardy speciální edukace s reg. č.: CZ.1.07/1.2.00/08.0120, jehož je jedním z výstupů sloužících pedagogům a speciálním pedagogům v praxi.

Olomouc, prosinec 2010

prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

PLÉNUM

SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ INTERVENCE V RODINÁCH OSOB S POSTIŽENÍM

Special Education Intervention in Families of People with Disabilities

PhDr. Iva Strnadová, Ph.D., Doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, katedra speciální pedagogiky;
Faculty of Education, Charles University in Prague,
Department of Special Education

Anotace

Předkládaný příspěvek je zaměřen na možnosti zkvalitnění speciálněpedagogické intervence v rodinách osob s postižením. Zvláštní pozornost je věnována strategiím zvládání zátěže, které si rodiče osob s postižením v průběhu života a vlivem různých životních okolností vytvářejí. Využití strategií zvládání zátěže je ilustrováno příklady z výzkumného šetření u 75 matek osob s mentálním postižením.

Klíčová slova

Rodinná resilience, strategie zvládání zátěže, mentální postižení, speciálněpedagogické poradenství, behaviorální fenotypy.

Annotation

The presented paper is focused on possibilities of improving the quality of special education intervention in families of people with disabilities. Special intention is given to coping strategies which are developed by parents of people with disabilities within their lifespan and under influence of diverse life circumstances. The possibilities of using the coping strategies are illustrated by examples from research in 75 mothers of persons with intellectual disabilities.

Key words

Family resilience, coping strategies, intellectual disabilities, special-educational intervention, behavioural phenotypes.

Úvod

Cílem speciálněpedagogické intervence v rodinách dětí s postižením je účinně podporovat tyto rodiny. Čím více komponent intervenční programy v rodinách osob s postižením obsahují, tím jsou úspěšnější. Ideální je tedy spojení intervence zaměřené přímo na dítě a jeho problémové oblasti ve spojení s intervencí u rodičů. Zde se uplatňuje kombinace posilování sebeuvědomění u rodičů (především co se zdrojů stresu týče) a osvojování strategií důležitých pro zvládání zátěže. Mezi ověřené metody speciálněpedagogické intervence patří například analýzy video nahrávek, diskuze mezi rodiči, podpora rodičů k pozorování dítěte a uplatňování naučených strategií a přístupů, dostupnost srozumitelně napsaných brožur a možnosti návštěvy odborníka v rodině, odpovídá-li to potřebám rodiny. Česká republika nepostrádá intervenční programy využitelné u dětí s různými druhy postižení v oblasti problémového chování, kognitivního či psychomotorického vývoje (příkladem může být využívání Feuersteinovy metody instrumentálního obohacení, Orofaciální regulační terapie Castillo Moralese či Vojtovy reflexní terapie). Ve speciálně pedagogické intervenci však dosud chybí komplexní přístup k rodině, v jehož rámci by byly řešeny jak potřeby dítěte s postižením, tak dalších členů rodiny. Je to výzva, jíž obor speciální pedagogiky čelí a na kterou bude třeba co nejdříve reagovat (Strnadová 2009).

Rodinná resilience

Chceme-li, aby speciálněpedagogická intervence byla „šitá na míru" i rodičům dítěte s postižením, potom je nutné vycházet z vědní mezioborovosti, konkrétně z poznatků oboru pedagogiky, andragogiky, psychologie a dalších oborů. V oblasti mezioborové spolupráce má velký potenciál problematika „rodinné resilience".

Pojem resilience zavedli do české odborné literatury koncem 90. let 20. století Matějček a Dytrych, v zahraničí se v odborné literatuře používá již od 70. let minulého století. V průběhu čtyř desetiletí prošel výzkum resilience třemi základními vlnami, a to od prostého popisu pozitivní adaptace u jedinců v situacích, kde se tato adaptace vzhledem k okolnostem neočekávala až po snahu podpořit resilienci u jednotlivců i celých skupin (Masten, Obradovič 2006). Resilience přestala být odborníky postupně chápána jako stabilní jev, ale spíše jako jev proměnlivý, což se odrazilo i v jejím pojetí – od odolnosti jakožto statického termínu k pružnosti jakožto termínu označujícímu dyna-

miku (Šolcová 2009). Do centra pozornosti se dostávají i pojmy příbuzné, jako adaptace, zvládání zátěže, zdroje sil, silné stránky rodiny.

„Rodinnou resilienci" můžeme společně s Šolcovou (2009) definovat jako „schopnost zvládnout konfrontaci s výrazně nepříznivými okolnostmi". Podle amerického psychologa Cowana (1996) představuje resilience myšlenku, podle které *„někteří jednotlivci či rodiny mají fyziologickou sílu, psychologickou pohotovost a mezilidské schopnosti, které jim umožňují úspěšně reagovat na závažnější výzvy a touto zkušeností růst"*. Cowan se touto definicí shoduje s Hauserem (1999) a Walshem (1999), kteří uvádějí dva důležité indikátory resilience, a to skutečnost, že 1. resilience je proces, 2. který implikuje růst – člověk se *„stává silnějším díky zkušenosti, kterou prožil"*. Resilience je proměnlivou charakteristikou, na jejíž vývoj působí jak protektivní, tak rizikové faktory. Mezi rizikové faktory působící na rodinu bezesporu patří i skutečnost přítomnosti člena rodiny s postižením. V souvislosti s rodičovstvím dítěti s postižením se během času a působením mnoha různých faktorů vytváří *„nové paradigma rodinného života"*. Na to, jakou kvalitu bude toto paradigma mít, má zásadní vliv právě resilience rodiny i jejích jednotlivých členů.

Strategie zvládání zátěže

Ze speciálně pedagogického hlediska považujeme za stěžejní faktory ovlivňující míru resilience strategie zvládání zátěže. Znalost těchto strategií jak v rovině obecné, tak v rovině konkrétní – tedy ve smyslu konkrétního jedince či skupiny jedinců, například rodiny – nám umožní připravit speciálně pedagogickou intervenci „šitou na míru". Samozřejmě se tu neobejdeme bez mezioborové spolupráce. Zvládání zátěže definují Lazarus a Folkman (1984 in Kelso, French and Fernandez 2005) jako „proces zvládání požadavků (vnějších a vnitřních), které jsou vyhodnoceny jako namáhavé či přesahující možnosti jedince". Stejní autoři rozlišují strategie zvládání zátěže na ty, které jsou zaměřené na řešení problémů a ty, které jsou zaměřené na jejich emocionální zvládání.

Z hlediska pedagogické, respektive speciálněpedagogické intervence mají největší potenciál strategie zvládání zátěže směřované na vnější zdroj stresu. Tyto strategie například patří mezi nejčastěji používané u rodičů osob s mentálním postižením, a to především školního věku a v období dospívání (Gray 2006).

V České republice se strategiemi zvládání zátěže v rodinách dětí s postižením zabýval i výzkumný projekt udělený agenturou GA ČR[1], ve kterém se první autorka předkládaného příspěvku společně s Prof.Vágnerovou a Dr. Krejčovou zaměřila na vymezení problémů, které matky dětí s mentálním postižením nejvíce trápí a na seznámení se se strategiemi, které si osvojily při řešení problémů. Na dílčích výsledcích tohoto výzkumu budeme ilustrovat možné strategie zvládání zátěže, které si matky v průběhu života a vlivem řady okolností vytvářejí.

Součástí cílové skupiny bylo 75 matek dětí s mentálním postižením ve věku 7–15 let. Matky byly kontaktovány v rámci škol různého typu, SPC, občanských sdružení a rodičovských klubů v Praze, Středočeském a Ústeckém kraji. Děti participujících matek měly mentální postižení lehkého až středního stupně. Z etiologického hlediska se jednalo o Downův syndrom, kombinaci mentálního postižení s poruchami autistického spektra, konkrétně dětského autismu a Rettova syndromu, hydrocefalus, syndrom fragilního X, Rubinstein-Taiby syndrom a mentální postižení nejasné/ neuvedené etiologie.

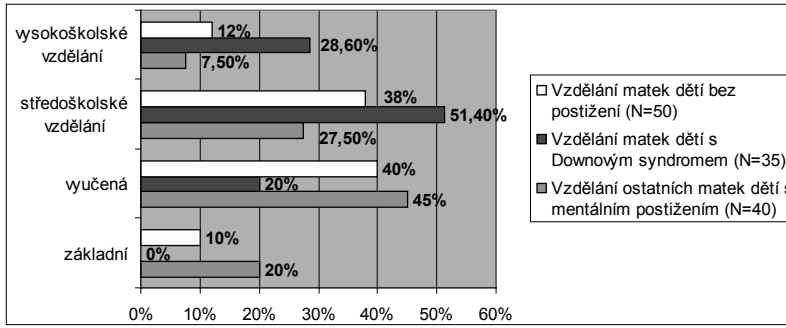
K získání potřebných informací bylo použito především rozhovoru, který byl vyhodnocen metodou zakotvené teorie. Jako doplňková metoda byly použity dotazníky zaměřené na sebehodnocení matky z hlediska jejího výchovného přístupu k postiženému potomkovi.

35 matek mělo děti s Downovým syndromem. Průměrný věk matek byl 44,1, průměrný věk dětí byl 12,95, šlo o 17 dívek a 18 chlapců. 40 matek mělo děti, které byly mentálně postižené. Průměrný věk matek byl 36,6 let, průměrný věk dětí byl 11,58, šlo o 27 chlapců a 13 dívek.

Z hlediska vzdělání matek, měly nejvyšší vzdělání matky dětí s Downovým syndromem – 20 % bylo vyučených, 51,4 % mělo středoškolské vzdělání a 28,6 % byly vysokoškolačky. Ostatní matky dětí s mentálním postižením měly jinou strukturu vzdělanosti – 20 % z nich mělo pouze základní vzdělání, 45 % bylo vyučených, 27,5 % mělo středoškolské a 7,5 % vysokoškolské vzdělání. Pro srovnání uvádíme v grafu (graf. 1) i strukturu vzdělanosti participujících matek dětí bez postižení.

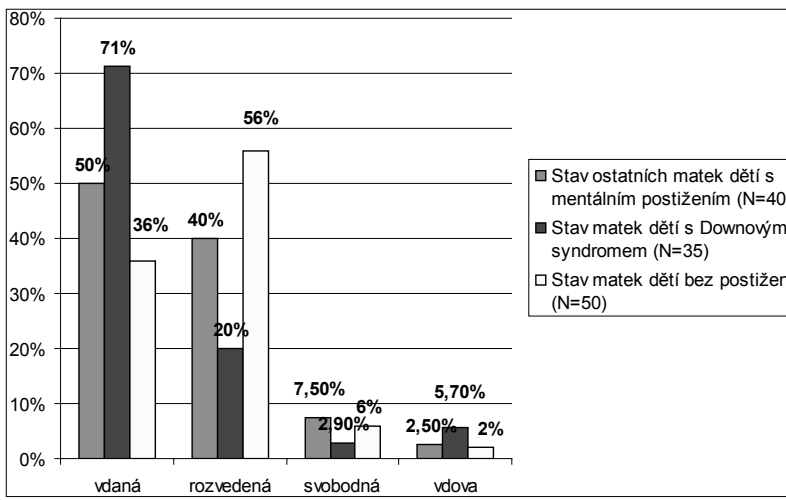
[1] *Analýza stresových a resilientních činitelů v rodinách dětí žijících s jedním rodičem*. GA ČR, registrační číslo 406/06/0779.

Graf 1: Vzdělání participujících matek



Z hlediska stavu byly matky dětí s Downovým syndromem opět výjimečnou skupinou: 71,4 % bylo vdaných, 20 % bylo rozvedených, 2,9 % svobodných a 5,7 % byly vdovy. 50 % matek ostatních dětí s mentálním postižením žilo v manželství, 40 % bylo rozvedených, 7,5 % svobodných a 2,5 % byly vdovy. Pro srovnání uvádíme i stav matek dětí bez postižení (viz graf 2).

Graf 2: Stav matek



Mezi nejčastěji uváděné strategie zvládání zátěže patřily strategie spojené s jednáním s odborníky, strategie používané při výchově dítěte, strategie spojené s překonáváním předsudků ve společnosti, zapojení se do společnosti, hledání opory, kompenzace ve volnočasových aktivitách a připomínání si, že by mohlo být hůř.

Zajímavou kategorií byly strategie spojené s jednáním s odborníky. Matky se shodly na tom, že jim významnou podporu poskytují střediska rané péče, speciálně pedagogická centra a různé poradny při občanských sdruženích, což je povzbuzující zjištění. Květoňová-Švecová (2004) v této souvislosti uvádí, že by na začátku speciálněpedagogické intervence měla být rodičům položena otázka, co od poskytovatele služby (například rané podpory) očekávají. Očekávání rodičů a nabídka odborníků se totiž nemusí na začátku intervenčního působení v rodině shodovat. Z rozhovorů v prezentovaném šetření vyplývá, že primárním očekáváním matek dětí s mentálním postižením je získání informací. Většina matek v našem šetření vyjádřila přesvědčení, že se zejména na počátku, ale i v dalších životních obdobích, nedozvěděly všechno, co by vědět potřebovaly. Častým problémem pro tyto ženy bylo, že ani nevěděly, koho by měly oslovit a na koho by se měly obrátit (Vágnerová, Strnadová, Krejčová 2009). To je důležitým poznatkem pro speciální pedagogy působící ve speciálněpedagogických centrech nebo střediscích rané péče. Odborníci působící v oblasti speciálněpedagogického poradenství si často neuvědomují potřebu matek slyšet podstatné informace opakovaně i jejich potřebu hledat v opakovaných diskuzích podněty pro důležitá rozhodnutí. Zde se ukazuje důležitost sebereflexe jakožto jedné ze základních kompetencí speciálního pedagoga (Květoňová-Švecová 2004).

Zkušenost s jednáním s odborníky však nepatřila vždy k těm pozitivním. Mezi negativními zkušenostmi dominovala jednání matek s posudkovými komisemi. Za velkou pomoc by proto matky považovaly zjednodušení procesu vyřizování některých žádostí, který jim připadá zbytečně zdlouhavý a komplikovaný, a navíc nesmyslně opakovaný, protože mnohá postižení se nemohou změnit k lepšímu.

V souvislosti s výchovou matky uváděly vlastnosti, které považují za důležité při výchově dětí s mentálním postižením. Matky dětí s jiným typem mentálního postižení považují za důležité stejné vlastnosti jako matky dětí s Downovým syndromem. Rozdíl je jen ve větším důrazu na toleranci a schopnost matky zachovat klid. To může být dáno i četnějším výskytem problémo-

vého chování, které se u dětí s Downovým syndromem nevyskytují tak často. Může však jít i o důsledek rozdílů osobnosti matek nebo jiných faktorů. Z hlediska speciálněpedagogické intervence považujeme za důležité rodiče upozornit na možný výskyt problémového chování u jejich potomka s určitým typem syndromu. Jak vyplývá z výsledků mnoha výzkumných šetření (AAMR 2002), různé genetické syndromy mají potenciál predispozice k tzv. „behaviorálním fenotypům". Zatímco například děti s Downovým syndromem mají příjemnou a společenskou osobnost, děti s Prader-Williho syndromem mají stejně jako děti s Rubinstein-Taiby sydnromem obsesivně kompulzivní poruchy chování a poruchy kontroly impulzivního chování. Děti se syndromem fragilního X jsou zase hyperaktivní a projevuje se u nich autistické chování a u dětí se Smith-Mageni syndromem se objevuje sebezraňující a stereotypní chování. Speciální pedagog tu může rodiče včas upozornit nejen na tuto skutečnost, ale i na možnosti intervence cílené na problémové chování (Strnadová 2009).

Mezi používané strategie spojené s překonáváním předsudků ve společnosti patřily diskuze s okolím či povznesení se nad poznámky okolí. Překvapivá byla strategie jedné z matek, která se nepříjemným otázkám cíleným na problémové chování jejího dítěte snažila předcházet zviditelňováním jeho postižení. Ačkoliv její dítě nepotřebovalo vozík, matka jej používala při jakýchkoliv cestách s dítětem do společnosti. Naše možnosti jakožto speciálních pedagogů ovlivnit chování a postoje veřejnosti jsou značně omezené. Můžeme však rodičům doporučit setkávání s jinými rodiči dětí s mentálním postižením a sdílení strategií, které se jim při setkávání s předsudky ve společnosti osvědčily. Jednou z možností je také upozornit rodiče, jak využít zájmu okolí ve prospěch jejich dětí. Příkladem může být matka dítěte s autismem, která vždy ve chvíli, kdy jejího syna „popadly záchvaty vzteku" na veřejnosti, rozdávala okolostojícím spoluobčanům vizitku s nápisem: „Můj syn není nevychovaný, můj syn má autismus. Jedná se o nevyléčitelné postižení. Chcete-li pomoci těmto dětem a jejich rodinám, zašlete Váš příspěvek na konto organizace ABC, č. XXXXXXXXXX" (Strnadová 2009).

S nepřijetím postižení dítěte se některé matky setkávaly i ze strany příbuzných. Květoňová uvádí (2007), že v takovýchto případech mají rodiče a členové rodiny tendenci k hyperprotektivní výchově, která ve svém důsledku znemožňuje aktivitu dítěte, či naopak až k ignorování dítěte. Druhá zmíněná tendence se v našem vzorku vyskytla pouze v jednom případě, a to ze strany prarodičů.

Zapojení do společnosti bylo další z jmenovaných strategií zvládání zátěže. V této souvislosti matky zdůrazňovaly především důležitost spolupráce se školou. Školy pro ně byly jednak určitým symbolem zařazení dítěte do společnosti, dále pak významným místem z hlediska vzdělávání jejich dítěte. Pokud škola dokázala poskytnout něco navíc, určitý nadstandard, chápaly toto jako projev pochopení jejich nesnadné situace (Vágnerová, Strnadová, Krejčová 2009). Toto je velmi důležitým poznatkem nejen ze speciálněpedagogického hlediska, ale i z hlediska obecné pedagogiky. Matky dětí s mentálním postižením nereagují vždy pozitivně při setkání s novými odborníky. Naopak se můžeme setkat s apriori negativním či obranným postojem. Pedagog si však v takových situacích musí uvědomit, že tyto matky prošly již mnohými náročnými situacemi a že jejich zkušenosti s odborníky nebyly nutně vždy pozitivní. V tomto ohledu si musely podporu pro své dítě často doslova vybojovat a tento bojovný postoj se pro některé z nich stává primárním životním postojem. Stačí však porozumění ze strany pedagoga vyjádřené pochopením složité životní situace těchto matek a atmosféra spolupráce mezi matkami a odborníky se mění (Strnadová 2009).

Značná část matek byla aktivně zapojena do rodičovských skupin. Pouze jedna matka se snažila se sdružení rodičů vyhýbat, aby tak předešla stigmatizaci sebe i své dcery. Jak je vidět na tomto příkladu, není vhodné a moudré nutit rodiče do univerzální „šablony pomoci".

Jak vyplývá z uvedeného šetření, matky volily prioritně strategie zaměřené na řešení problému směřované na vnější zdroje stresu (např. strategie spojené s jednáním s odborníky nebo strategie používané při výchově dítěte), dále pak strategie zaměřené na emocionální prožívání (kompenzace ve volnočasových aktivitách). K obdobným výsledkům dospěli například i Strnadová a Evans (2007) v rámci výzkumného šetření u 14 matek 15 dětí s mentálním postižením ve věku 5–13 let v Sydney, Novém Jižním Walesu.

Závěr

Jaké jsou tedy implikace pro poskytovatele služeb? Především uvědomit si nutnost respektování důstojnosti rodin a jejich práva na soukromí. Matky potřebují radu a pomoc, ale nepřejí si, aby se ocitly v situaci člověka, který se cítí být stále někým kontrolován. Pokud je nutná návštěva v rodině, měla by mít nějaká pravidla a hlavně by měla být prováděna citlivě. Při kontaktu s rodiči je třeba ocenit vše, co se dítěti nebo rodině jako celku podařilo. Jak

uvádí Květoňová-Švecová (2004), speciální pedagog bývá po lékaři první odborník, který nabízí odbornou pomoc. Tato role obnáší velkou zodpovědnost.

Z výchovného hlediska je pro rodiče dítěte s mentálním postižením důležité vědět, že dítě s postižením potřebuje ve výchově vnímat hranice chování (vymezené rodiči) stejně jako dítě bez postižení. Není bezesporu jednoduchým výchovným úkolem propojit tuto dovednost s bezpodmínečným přijetím dítěte, které je z hlediska jeho dalšího vývoje zcela klíčové (Květoňová 2007).

Z hlediska implikací na legislativní úrovni se zdá být palčivou otázkou fungování posudkových komisí. Přítomnost speciálního pedagoga v posudkových komisích by mohla přispět k větší kvalitě průběhu těchto komisí i jejich rozhodnutí.

Jaké jsou možné směry dalšího výzkumu? V prvé řadě zaměřit se na strategie zvládání zátěže a možnosti podpory resilience u dalších členů rodiny. Současnému výzkumu dominují šetření zaměřená na matky jakožto primární pečovatelky osob s postižením. Bezesporu by však bylo vhodné zaměřit se i na výzkum potřeb otců těchto dětí, který by ve výsledku mohl přispět i k větší soudržnosti rodiny. Prarodiče jsou významnou součástí širší rodiny a podpora z jejich strany je pro matky dětí s postižením velmi cenná – především vzhledem k časové náročnosti péče o toto dítě. Zjištění, jakým způsobem by bylo možné zlepšit pochopení problematiky daného postižení u prarodičů těchto dětí by mohlo přispět k minimalizaci stresu pramenícího často z neznalosti či předsudků vůči osobám s postižením, a tím i k jejich větší angažovanosti v pomoci rodičům v péči o dítě (Vágnerová, Strnadová, Krejčová 2009).

Zaměříme-li se konkrétně na možnosti výzkumu v oblasti speciálněpedagogické intervence u rodin osob s mentálním postižením, potom je důležité zaměřit se na porovnávání rodinného fungování v případě rozdílné etiologie mentálního postižení. Výzkumy v této oblasti již probíhají v zahraničí (Blacher & McIntyre 2006; Lewis et al. 2006), nicméně u nás si nejsme vědomy výzkumných šetření na toto téma. Jak vyplývá z výsledků prezentovaného šetření, matky dětí s Downovým syndromem uváděly jiné vlastnosti důležité pro výchovu dítěte s mentálním postižením než matky ostatních dětí s mentálním postižením. Tyto výsledky korespondují se zjištěním Lewisova výzkumného týmu (2006), podle něhož syndrom fragilního X ovlivňoval duševní pohodu matek – vzhledem k vyskytující se hyperaktivitě a autistickému chování – podstatně více než Downův syndrom diagnostikovaný u jejich dítěte.

Možných směrů dalšího výzkumu je bezesporu více a budou dále přibývat s novými poznatky v oboru speciální pedagogiky a věd příbuzných.

Literatura

AAMR (2002) *Mental Retardation. Definition, classification, and System of Supports.* Washington. ISBN 0-940898-82-9.

Analýza stresových a resilientních činitelů v rodinách dětí žijících s jedním rodičem. GA ČR, registrační číslo 406/06/0779.

BOSS, P. (2002) *Family Stress Management: A Contextual Approach.* 2nd ed. London: Sage Publications. ISBN 0-8039-7390-X.

COWAN, P. A. et al. (1996) Thinking about risk and resilience in families. In HETHERINGTON, E. M., BLECHMAN, E. A. (Eds.) *Stress, coping and resiliency in children and families,* p. 1–38, Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum. ISBN.

GRAY, D. (2006) Coping over time: The parents of children with autism. In *Journal of Intellectual Disabilities Research,* Vol. 50, p. 970–976.

HAUSER, S. T. (1999) Understanding resilient outcomes: Adolescent lives across time and generations. In *Journal of Research and Adolescence,* Vol. 9, No. 1, p. 1–24.

KELSO, T., FRENCH, D., FERNANDEZ, M. (2005) Stress and coping in primary caregivers of children with a disability: a qualitative study using the Lazarus and Folkman Process Model of Coping. In *Journal of Research in Special Educational Needs,* Vol. 5, No. 1, p. 3–10.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. (2004) Zabezpečování potřeb dítěte se zrakovým postižením v raném a předškolním věku. In KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. (Ed.) *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku.* Brno: Paido. ISBN 80-7315-063-8.

KVĚTOŇOVÁ, L. (2007) Rodina a výchova dítěte se zrakovým postižením. In HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z. (2007) *Oftalmopedie. Texty k distančnímu vzdělávání. Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku.* Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-159-1.

LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S. (1984) Coping and Adaptation. In GENTRY, D. (Ed.) *Handbook of Behavioral Medicine.* New York: The Guilford Press.

LEWIS, P. et al. (2006) Psychological Well-being of Mothers of Youth with fragile X Syndrome" Syndrome Specificity and within-Syndrome

Variability. In *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 50, No. 12, p. 894–904.
McINTYRE, L. L. et al. (2004) Quality of Life for Young Adults with Severe Intellectual Disability : Mothers' Thoughts and reflections. In *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, Vol. 29, No. 2, p. 131–146.
PHILLIPS, G. (2009) Resilience in Practice Interventions. In *Child Care in Practice*, Vol. 14, No. 1, p. 45–54.
SOBOTKOVÁ, I. (2007) *Psychologie rodiny.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-250-8.
STRNADOVÁ, I. (2008) *Rodiny osob s mentálním postižením. Současné směry ve výzkumu a možnosti speciálněpedagogické intervence.* Praha: nakladatelství Pedagogické fakulty UK. ISBN 978-80-7290-388-7.
STRNADOVÁ, I. (2009) *Speciálněpedagogická intervence v rodinách s mentálně postiženými dětmi.* Habilitační přednáška, PdF MU Brno. 1. 12. 2009.
STRNADOVÁ, I., EVANS, D. (2007) Coping Strategies in Mothers of School-Aged Children with Intellectual Disabilities. In *Australasian Journal of Special Education*, Vol. 31, No. 2, p. 159–170.
STRNADOVÁ, I. (2007) Resilience v rodinách dětí s autismem. In *Speciální pedagogika*, roč. 17, č. 4, s. 203–212.
SUMMERS, J. A. et al. (2005) Conceptualizing and Measuring Family Quality of Life. In *Journal of Intellectual Disability Research,* Vol. 49, No. 10, p. 777–783.
ŠOLCOVÁ, I. (2009) *Vývoj resilience v dětství a dospělosti.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2947-3.
VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. (2009) *Náročné mateřství. Být matkou postiženého dítěte*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum. 336 s., 1. vydání. ISBN 978-80-246-1616-2.
WALSH, F. (1999) Religion and spirituality: Wellsprings for healing and resilience. In Walsh, F. (Ed.) *Spiritual resources in family therapy,* p. 3–27. New York: Guilford. ISBN.

RODIČIA S POSTIHNUTÍM A ICH NEPOSTIHNUTÉ DETI – PROBLÉM ŠPECIÁLNEJ PEDAGOGIKY?

doc. PaedDr. Darina Tarcsiová, PhD.

Katedra špeciálnej pedagogiky, Račianska 59, 813 34 Bratislava

Klíčová slova

Rodina, deti, rodičia s postihnutím, nepostihnuté deti.

Špeciálna pedagogika, ako je všeobecne známe a publikované v našich aj zahraničných literárnych zdrojoch prechádza za posledných 30–40 rokov zásadnými zmenami, ktoré sa jednoznačne prejavujú aj v zmenách paradigiem (bližšie pozri napr. Jesenský, 2000, Vašek, 2003). Do špeciálnej pedagogiky prenikli nové oblasti, ktorým sa venuje pozornosť v teórií, ale aj v praxi (špeciálno-pedagogické poradenstvo, raný vek, prechod zo školy do zamestnania, špeciálno-pedagogická andragogika a gerontopedagogika). Veľmi zjednodušene môžeme povedať, že celá starostlivosť je venovaná osobe s postihnutím a rodine, v ktorej táto osoba žije (napr. Tarcsiová, 2005, Groma, 2008). Zdá sa nám, že jedna skupina osôb, ktorá má veľmi blízko k tejto problematike je ešte stále do určitej miery opomínaná, aj keď, ako hovorí názov nášho príspevku, kladieme si otázku, či skutočne, má byť táto problematika súčasťou špeciálnej pedagogiky. V tomto príspevku nemáme v úmysle riešiť medicínske aspekty (schopnosť reprodukcie, dedičnosť, zdravotné riziká na strane rodičov – primárne matky), niektoré filozofické, etické a právne otázky, pretože vychádzame zo základného práva aj osôb s postihnutím, na uzatvorenie manželstva, na založenie si rodiny a je zrejmé, že táto oblasť sa nebude týkať celej populácie postihnutých, ale len jej časti. V tomto príspevku sa chceme zamyslieť nad touto problematikou, možno práve preto, že v našej (slovenskej) literatúre sa s týmto fenoménom stretávame len veľmi zriedkavo (Tarcsiová, 2003) a aj odpoveď na vyššie položenú otázku vôbec nie je jednoduchá.

Osoby s postihnutím sa vzdelávajú, pripravujú na povolanie, zamestnávajú, resp. nezamestnávajú, majú priateľské, milenecké vzťahy uzatvárajú manželstva. Neexistujú údaje o tom, koľko osôb s rozličným druhom zdravotného postihnutia vstupuje do manželstva, a koľko z nich má aj detí a už

vôbec nie koľko z nich má deti s postihnutím a koľko detí bez postihnutia. V tomto príspevku použijeme údaj z USA, kde je viac ako 8 miliónov rodín, v ktorých aspoň jeden z rodičov je rodič s postihnutím a údaj z Veľkej Británie, kde 1,1 milióna rodín s nezaopatrenými deťmi má minimálne jedného rodiča s postihnutím. Tieto údaje nič nehovoria o tom, či v týchto rodinách sú detí s postihnutím, alebo bez postihnutia, nehovoria nič o druhu, stupni a čase vzniku tohto postihnutia. Na druhej strane je potrebné povedať, že na internete môžeme nájsť množstvo webových stránok, zameraných na túto oblasť, a určite zaujímavé je, že veľkú časť z týchto stránok založili a prevádzkujú práve rodičia s postihnutím, alebo ich nepostihnuté deti. Otázkou by mohlo byť prečo tak robia? Je to preto, že žijú v špecifických životných podmienkach, ktoré sa líšia od podmienok „normálnych „rodín? Alebo je to preto, že potrebujú v týchto životných podmienkach riešiť situácie, ktoré dokážu pochopiť len osoby, ktoré majú tú istú skúsenosť? Alebo je to preto, že sa im nikto profesionálne nevenuje? A akí odborníci by sa im mali venovať?

Ak sa pozrieme bližšie na týchto rodičov s postihnutím, musíme poznamenať, že ide o veľmi heterogénnu skupinu a môžeme na nich nazerať z viacerých pohľadov:

- druh, stupeň zdravotného postihnutia,
- čas, kedy k postihnutiu došlo,
- vzdelávacie prostredie (segregované, integrované) a najvyššie dosiahnuté vzdelanie,
- životný status (vydatá, ženatý, rozvedený/á, slobodný/á, druh/družka)
- životný partner (zdravotný status, vzdelanie, pracovné uplatnenie...),
- pracovný status (invalidný dôchodca, pracujúci, nezamestnaný),
- sociálno-ekonomický status rodiny,
- možnosti a dostupnosť poskytovaných sociálnych služieb,
- vzdialenosť/blízkosť rodiny od ďalších členov rodiny.

Vyššie vymenované kritéria sú všeobecné, nezohľadňujú špecifiká jednotlivých skupín. O danej problematike je potrebné hovoriť, aj preto, že v súčasnosti sa veľká pozornosť venuje vytváraniu, fungovaniu, financovaniu a hodnoteniu poradenských služieb a následne hodnoteniu kvality života osôb s postihnutím, ale aj rodinných príslušníkov. V oblasti poradenstva môžeme vo všeobecnosti, podľa nás, hovoriť o týchto dielčích oblastiach:

1. Poradenstvo so zameraním na ranný a predškolský vek.
2. Poradenstvo so zameraním na školský vek.

3. Poradenstvo pre uchádzačov o vysokoškolské vzdelanie a študentov vysokých škôl.
4. Poradenstvo na uľahčenie prechodu zo školy do zamestnania.
5. Poradenstvo pre osoby so získaným zdravotným postihnutím (v produktívnom a postproduktívnom veku).
6. Poradenstvo pre postihnutých rodičov nepostihnutých detí.

Nemáme informácie o tom, že by v našich podmienkach (Slovensko) sa realizovalo poradenstvo aj pre rodičov s postihnutím, je možné, že až v prípade problémov sa tieto riešia prostredníctvom centier pedagogicko-psychologického poradenstva, kde nemusí podľa nášho názoru aj dobre zorientovaný odborník (väčšinou psychológ) mať informácie z danej oblasti a podľa toho aj niektoré aspekty hodnotiť. Napriek tomu, veľa problémov dospelých osôb s postihnutím môže zásadným spôsobom ovplyvniť aj ich deti (napr. nedostatočné vzdelanie, vyššie percento nezamestnaných, informačná a komunikačná bariéra), ktoré nemusí tento odborník brať do úvahy, resp. o nich nemusí vedieť. Danú problematiku sa pokúsime priblížiť na problematike rodičov so sluchovým postihnutím, prevažne nepočujúcich, ktorá nám je vzhľadom na profesionálne zameranie najbližšie, ale zároveň ide o veľmi špecifickú problematiku, práve pre komunikačnú bariéru a jej dôsledky na vzdelávanie aj následný život.

Uznávané celosvetové odhady hovoria o tom, že len asi 10 % nepočujúcich detí sa rodí v nepočujúcich rodinách, znamená to, že až 90 % nepočujúcich detí sa rodí do rodín počujúcich. Neexistujú ale žiadne presné údaje o tom, koľko nepočujúcich rodičov má počujúce deti, pričom ďalší údaj, ktorí je celosvetovo prijímaní je, že až 90% nepočujúci sa sobáši medzi sebou navzájom (napr. Leonardt, 2001). Na základe našich pozorovaní, stretnutí v kluboch nepočujúcich ale aj poznania príčin hluchoty sa nazdávame, že percento nepočujúcich rodičov, ktorí majú počujúce deti je asi 80–85 %, čiže sa jedná o veľkú skupinu detí vyrastajúcu v rodinách nepočujúcich rodičov. Navštevujú bežné základné školy, riešia rovnaké problémy, ako riešia ich spolužiaci a predsa sú v niečom iní. Táto inakosť vyplýva zo skutočnosti, že existujú často v dvoch svetoch, dvoch spoločenstvách, dvoch jazykoch. Vo svete počujúcich, vo svete nepočujúcich v hovorenom jazyku a v posunkovom jazyku. Sú teda zväčša prirodzene bilingválny, aj keď ide o špecifickú formu bilingvizmu, pretože tieto dva jazyky existujú v rozličných modalitách (Bishop, M. – Hicks, S., 2005, Tarcsiová, D., 2005).

Odborníci, ale aj laici v tejto oblasti poznajú skratky: CODA, KODA, GODA, OHCODA. Vo všetkých prípadoch ide o organizácie detí nepočujúcich rodičov, pričom sa rozdeľujú podľa stupňa straty sluchu ich rodičov, alebo veku deti.

Napr.:

CODA (Child/Children of Deaf Adults) – ide o najstaršiu organizáciu založenú v roku 1983 a v nej sa združujú detí nepočujúcich rodičov nad 18 rokov.

KODA (Kids of Deaf Adults) – v tejto organizácií sa združujú deti nepočujúcich rodičov, ktoré majú 17 a menej rokov

COHHA (Child of a Hard-Of-Hearing Adults) – združujú sa v nej detí nedoslýchavých rodičov (Bishop, M. – Hicks, S. 2005).

Organizácie poukazujú na špecifiká života v takejto rodine (napr. jazykový vzor, využívanie dvoch jazykov) a zároveň vyvárajú podporné skupiny pre nepočujúcich rodičov (tamtiež).

V podmienkach Českej republiky aj Slovenskej republiky boli založené organizácie CODA, na Slovensku ale nevyvíja žiadnu aktivitu a nie sú nám známe ani jej ciele.

Pri odpovedi na vyššie položenú otázku sme sa nazdávali, že jednou zo skupín, od ktorých by sme mohli získať relevantné informácie sú aj dospelé detí nepočujúcich rodičov. Ide v tomto prípade len o malú sondu, pretože výsledky sme získali z dotazníkov, ktoré sme rozposlali 24 dospelým deťom (CODA deťom) nepočujúcich rodičov, na ktorých máme kontakty. Odpovedalo nám 9 osôb, čiže návratnosť bola 37,5 %. Dotazník okrem faktografických údajov sa skladal z 21 výrokov, na ktoré bolo potrebné odpovedať prostredníctvom 5 stupňovej škály a z dvoch otvorených otázok.

Prieskumnú vzorku môžeme charakterizovať na základe týchto údajov:

Vek respondentov od 33–63 rokov, (priemer 46,5 roka) a vzorka pozostávala z 2 mužov (22,2 %) a 7 žien (77,8 %). Vo vzorke sa vyskytovali respondenti s vysokoškolským vzdelaním (7) a stredoškolským vzdelaním s maturitou (2).

Z pohľadu rodinného stavu – 4 respondenti boli ženatí/vydaté, 3 rozvedení/rozvedené, 1 vdova a jeden bol slobodný. Vo všetkých rodinách boli obidvaja rodičia nepočujúci a v rodine sa komunikovalo primárne prostredníctvom posunkového jazyka.

Vo viacerých položkách sú odpovede rozptýlené na celej stupnici, z čoho vyplýva, že v prípade väčšej prieskumnej vzorky by sme mohli získať relevantnejšie výsledky. Tieto výsledky by mohli by byť východiskom pre ďalšie výskumy v tejto oblasti.

Výroky sme rozdelili do troch skupín a takto ich budeme aj vyhodnocovať.

Prvá skupina (výroky č. 1–2–4–11–12–20–21), sa týkajú rodiny, ako akej.

1. Nepočujúci môžu byť takí istí dobrí rodičia ako počujúci
   (Hodnotenie: veľmi súhlasím)
2. Nepočujúci rodičia potrebujú pomoc počujúcich pri výchove svojich počujúcich detí
   (Hodnotenie čiastočne súhlasím, čiastočne nesúhlasím)
4. Život v rodine nepočujúcich má viac pozitív ako negatív
   (Hodnotenie: čiastočne súhlasím, čiastočne nesúhlasím)
11. Život v rodine nepočujúcich má viac negatív ako pozitív
   (Hodnotenie: nesúhlasím)
12. Rodina s nepočujúcimi rodičmi rieši tie isté problémy ako rodina s počujúcimi rodičmi
   (Hodnotenie: čiastočne súhlasí, čiastočne nesúhlasím)
20. Rodina s nepočujúcimi rodičmi je rodina, ktorá potrebuje pomoc odborníkov
   (Hodnotenie: čiastočne súhlasím, čiastočne nesúhlasím)
21. Nepočujúci rodičia počujúcich detí potrebujú pri ich výchove pomoc počujúcich príbuzných
   (Hodnotenie čiastočne súhlasím, čiastočne nesúhlasím)

Respondenti veľmi súhlasia s výrokom (1), že nepočujúci rodičia môžu byť takí istí dobrí rodičia ako ich počujúci rovesníci, v súvislosti s touto jednoznačnou odpoveďou je potom prekvapujúce, že vo výrokoch, ktoré hovorili o potrebe pomoci zo strany odborníkov, počujúcich členov rodiny (2, 20, 21) naši respondenti vo všetkých troch odpovedali, že čiastočne s nim súhlasia a čiastočne nesúhlasia. Je možné tieto výsledky interpretovať tak, že môžu byť rovnako dobrými rodičmi ako počujúci, ale potrebujú k tomu pomoc počujúcich odborníkov alebo počujúcich členov svojej rodiny? Alebo sú dobrými rodičmi preto, že milujú svoje deti, starajú sa o nej, napriek tomu, že v niektorých oblastiach potrebujú pomoc. To, že nepočujúci rodičia sú schopní pre svoje počujúce deti vytvoriť primerané podmienky vyplýva aj

z výroku (11). Respondenti nesúhlasia totiž s tým, že život v rodine nepočujúcich má viac negatív ako pozitív a naopak čiastočne súhlasia a čiastočne nesúhlasia s výrokom, že život v rodine nepočujúcich rodičov má viac pozitív ako negatív. Zároveň čiastočne súhlasia a čiastočne nesúhlasia s výrokom, že rodina s nepočujúcimi rodičmi rieši tie isté životné problémy ako rodina, kde sú rodičia počujúci. Bolo by veľmi zaujímavé bližšie rozobrať situácie, ktoré považujú za špecifické ovplyvnené práve ťažkou stratou sluchu u rodičov. Môžeme len predpokladať, že v daných situáciách sa môžu vyskytovať aj tie, ktoré súvisia s výchovou detí a ich vzdelávaním.

Druhá skupina výrokov sa týka samotných počujúcich detí a patria tam výroky (5, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18). V tejto skupine výrokov sme sa zamerali na samotné deti.

5. Všetky počujúce deti nepočujúcich rodičov sú bilingválne (hovorený a posunkový jazyk)
   (Hodnotenie čiastočne súhlasím, čiastočne nesúhlasím)
6. Všetky počujúce deti nepočujúcich rodičov v dospelosti pomáhajú nepočujúcim
   (Hodnotenie: nesúhlasím)
7. Počujúce deti nepočujúcich rodičov musia často riešiť v detstve situácie, na ktoré nemajú dostatok vedomosti
   (Hodnotenie: súhlasím)
8. Počujúce deti nepočujúcich rodičov ľahko svojich rodičov oklamú
   (Hodnotenie: súhlasím)
13. Počujúce deti nepočujúcich rodičov majú často nepočujúcich partnerov
   (Hodnotenie: čiastočne nesúhlasím, čiastočne súhlasím)
15. Počujúce deti sa za svojich nepočujúcich rodičov hanbia
   (Hodnotenie: čiastočne súhlasím, čiastočne nesúhlasím)
16. Počujúce deti nepočujúcich rodičov majú dobrý vzťah ku všetkým nepočujúcim
   (Hodnotenie: čiastočne nesúhlasím, čiastočne súhlasím)
17. Počujúce dieťa nepočujúcich rodičov dospieva oveľa skôr
   (Hodnotenie: súhlasím)
18. Počujúce deti nepočujúcich rodičov majú väčší problém zvládnuť školský obsah
   (Hodnotenie: nesúhlasím)

Z našich výsledkov vyplýva, že život v rodine nepočujúcich, kde sa ako primárny kód používa posunkový jazyk neznamená, že aj tieto deti budú bilingválne a taktiež, podľa našich respondentov, detstvo v takomto prostredí neznamená, že tieto detí budú v budúcnosti pomáhať ostatným nepočujúcim ľuďom. Prostredie, v ktorom počujúce deti vyrastajú ich len čiastočne vedie k tomu, aby sa profesionálne venovali problematike osôb so sluchovým postihnutím. Rovnako nesúhlasili s výrokom, že počujúce deti nepočujúcich rodičov majú v dospelosti nepočujúcich partnerov, napriek skutočnosti, že väčšinou ovládajú ich komunikačnú formu a poznajú kultúru nepočujúcich a veľmi často sú aj členmi komunity Nepočujúcich. Poznajú veľmi dobre problémy života s nepočujúcimi a preto sa takémuto vzťahu vyhýbajú? Viackrát sme boli svedkami diskusii o takýchto zmiešaných manželstvách, a práve zo strany nepočujúcich bolo konštatované, že takéto manželstva majú menej šancí na dlhé trvanie. Aj v našom prieskume sa potvrdilo konštatovanie, že počujúce deti riešia v detstve množstvo situácií, na ktoré nemajú ani vedomostí ani zručností. Z vlastných skúsenosti vieme, že rodičia často využívajú svoje deti ako tlmočníkov, poradcov na rozličných inštitúciách. Táto situácia pretrváva nielen preto, že nie je dostatok tlmočníkov posunkového jazyka vo všetkých oblastiach Slovenska, ale aj preto, že pri mnohých súkromných až intímnych záležitostiach rodičia radšej využívajú vlastné deti ako profesionála.

Tretia skupina výrokov je viazaná na rodičov (3, 9, 14, 19).

1. Nepočujúci rodičia nedoceňujú potrebu vzdelania u svojho počujúceho dieťaťa
   (Hodnotenie: nesúhlasím)
9. Nepočujúci rodič viac verí svojmu počujúcemu dieťaťu ako odborníkovi
   (Hodnotenie: súhlasím)
14. Nepočujúci rodičia by radšej chceli nepočujúce deti
   (Hodnotenie: nesúhlasím)
19. Nepočujúci rodičia sú radi, že majú počujúce deti
   (Hodnotenie: súhlasím)

V rámci týchto výrokov nás zaujímalo, či podľa CODA deti nepočujúci rodičia chcú skôr počujúce alebo nepočujúce deti. Z výsledkov nám vyplýva, že nepočujúci rodičia sú radi, že majú počujúce deti a tento výsledok sa nám potvrdil aj v ďalšom výroku, kde sme sa pýtali, či nepočujúci rodičia chcú nepočujúce deti (4 –nesúhlasím). Zaujímavé by bolo tieto zistenia konfron-

tovať aj s názormi samotných nepočujúcich rodičov, pretože v bežnom živote sa stretávame aj s inými názormi.

Respondenti dotazníka nesúhlasili s výrokom, že nepočujúci rodičia nedoceňujú potrebu vzdelania. Napriek tomu, že je tento výsledok pozitívny, je potrebné brať do úvahy skutočnosť, že v našej prieskumnej vzorke a vyskytovalo až 78 % respondentov s vysokoškolským vzdelaním, čo mohlo nielen zásadným spôsobom ovplyvniť ich odpoveď, ale zároveň môžu pochádzať práve z rodín, kde bol dôraz kladený na dosiahnutie vyššieho vzdelania. Relevantnejšiu odpoveď ako aj pri iných výrokoch by sme dosiahli pri väčšom počte odpovedí.

Posledné dve otázky boli otvorené a pýtali sme sa našich respondentov, čo im detstvo a život v rodine nepočujúcich dal a čo naopak vzal. Odpovede respondentov uvádzame nižšie, pretože sa niektoré viackrát opakovali, resp. boli veľmi podobné, zhrnuli sme ich do niekoľkých spoločných odpovedí.

Čo mi život v rodine nepočujúcich dal?

- skoršie poznanie reálneho života (samostatnosť, schopnosť riešiť problémy, nespoliehať sa na iných)...,
- reálny pohľad na svet dospelých (kde nie je len dobro),
- osvojila som si posunkový jazyk,
- veľkú súdržnosť medzi súrodencami,
- poznanie, že nepočujúci môžu byť výborní rodičia,
- množstvo situácií, ktoré sa v bežnej rodine nestanú,
- hrdosť, že mám nepočujúcich rodičov,
- pocit potreby pomáhať nepočujúcim, lebo sú na to odkázaní (nedá mi to prehliadnuť),
- pohľad na svet inými očami,
- stretla som sa aj s odstrkovaním (počas ZŠ) vyplývajúce z toho že som z „inakšej rodiny“,
- strach o budúcnosť,
- zamestnanie, vystupovanie v médiách.

Čo mi život v rodine nepočujúcich vzal?

- možno bezstarostnosť,
- neexistujú žiadne negatíva,
- čítanie rozprávok pred spaním,
- možnosť vo viacerých veciach sa spoľahnúť na rodičov,

- asi kus detstva, nakoľko som „musela“ riešiť rôzne situácie bežného života,
- nervy, rýchlejšie človek „starne“, časť voľného času, starostlivosť o vlastných rodičov je zložitejšia,
- sebavedomie,
- veľa kamarátov – priateľov.

Predložené výsledky sú len sondou do danej oblasti, na základe týchto výsledkov nie je možné nemohli, ani sme si nekládli za cieľ odpovedať na naše otázky, skôr naopak chceli sme poukázať na šírku tejto problematiky. Myslíme, si že exaktné poznanie niektorých charakteristík rodiny nepočujúcich rodičov s počujúcimi deťmi by mohlo byť bázou aj pre niektoré oblasti v rámci výchovy a vzdelávania, napr. výchovu k rodičovstvu. Taktiež by pomohli pochopiť niektoré situácie, do ktorých sa tieto detí v škole ale aj mimo školy dostávajú a možno aj pochopiť niektoré ich reakcie, ktoré môžu byť pre ľudí, ktorí nepoznajú nepočujúcich, ich názory a životné situácie prekvapujúce.

To, že reálne niektoré komplikované situácie sa vyskytujú vieme aj z bežného života, kde sa nepočujúci rodičia obracajú na nás s požiadavkou o zabezpečenie pomoci, podpory pri problémoch v škole – väčšinou základnej, ich počujúcich detí (písanie diktátov, učenie sa cudzích jazykov...). Pre riešenie tejto situácie sa nám podarilo aj v rámci legislatívy ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny zabezpečiť, aby jeden z dôvodov na príspevok na osobného asistenta bola aj pomoc nepočujúcemu rodičovi počujúceho dieťaťa aj nepočujúceho dieťaťa od jedného roku veku do deviateho roku veku a nepočujúcej fyzickej osobe, ktorá prevzala dieťa do starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov na základe rozhodnutia súdu pri činnostiach, ktoré vzhľadom na svoje sluchové postihnutie nie sú schopné zvládnuť pre problémy s vnímaním a pochopením hovorenej reči v súvislosti s rozvíjaním hovorenej reči. Podobným spôsobom je to aplikované aj u rodičov nevidiacich. Odpoveď na otázku, ktorú sme si položili v úvode tohto príspevku nie je jednoduchá, myslíme si, že je ale potrebné v rámci reformy školského systému pamätať aj na túto oblasť.

Zoznam bibliografických údajov

BISHOP, M. – HICKS, S. 2005. Orange Eyes: Bimodal Bilingualism in Hearing Adults from Deaf Families. In: Sign Language Studies; Winter 2005; 5, 2; Academic Research Library s. 188–236.

GROMA, M.: Možnosti kariérového poradenství vo vyrovnávaní príležitosti nepočujúcich na trhu práce. Vyrovnávanie príležitosti pre jedincov s rozličnými druhými postihnutia v majoritnej spoločnosti. Bratislava: kníhlač Gerthoffer. 2008 s. 53–67. ISBN 978-80-969990-1-9.

HALLAU, M. 2002. Creating Partnerships with families. In: Oddysey – New Directions in Deaf Education, Winter, 3, 2002, č. 1, s. 5–12.

JESENSKÝ, J. 2000. Základy komprehenzívní speciální pedagogiky. Hradec Králove: Gaudeamus, 275 s. ISBN 80-7041-196-1.

LEJSKA, M. 2003. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido, 156 s. ISBN 80-7315-038-7.

LEONARDT, A. 2001. Základy pedagogiky sluchovo postihnutých. Bratislava: Sapienta, 247 s. ISBN 80-967180-8-8.

PATFINDER, A. 2009 Hearing Children of Deaf Patente. Dostupné na: http://library.gallaudet.edu/Library/Research_Help/Deaf_Research_Help/Research_Guides_(Pathfinders)/Pathfinder_Hearing_Children_of_Deaf_Parents.html citované dňa 22. 9. 2009.

REDLICH, K. 2004. Slyšící dítě hluchých rodičů. Praha: UK, 2004, s. 92.

TARCSIOVÁ, D. 2003. Počujúce dieťa nepočujúcich rodičov – problém, ktorému je potrebné venovať pozornosť? In: Ochrana života IV.: Budovanie spoločnosti pre všetkých. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU, s. 112–115.

TARCSIOVÁ, D. 2005. Komunikačný systém sluchovo postihnutých a spôsoby prekonávania ich komunikačnej bariéry. 1. vyd. Bratislava: Sapientia, 2005. 222 s. ISBN 80-969112-7-9.

VAŠEK, Š. 2003. Základy špeciálnej pedagogiky. 1. vyd. Bratislava: Sapientia, 210 s. ISBN 80-967180-3-7.

ZÁKON č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia

Kontaktná adresa
Doc. PaedDr. Darina Tarcsiová, PhD.
Katedra špeciálnej pedagogiky
Račianska 59
813 34 Bratislava
e-mail: darina.tarcsiova@fedu.uniba.sk

DOKTORANDI

SPECIFIKA STUDIA STUDENTŮ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM NA VYSOKÉ ŠKOLE

Lenka Doležalová

Příspěvek se zabývá problematikou terciárního vzdělávání studentů se sluchovým postižením a jejich specifickými potřebami během studia na vysoké škole. Zaměřuje se převážně na možnosti podpory, poradenství a asistentských služeb, jež jsou těmto studentům poskytovány prostřednictvím center nebo středisek zřízených při jednotlivých fakultách, příp. univerzitách. Příspěvek dále prezentuje výsledky výzkumného šetření zaměřeného na problematiku terciárního vzdělávání studentů se sluchovým postižením, jeho specifika a komunikační techniky užívané mezi vyučujícími na vysoké škole a studenty se sluchovým postižením. Dominantním cílem provedeného výzkumu bylo *analyzovat postoje vysokoškolských učitelů na všech fakultách Masarykovy univerzity k terciárnímu vzdělávání studentů se sluchovým postižením a vytvoření manuálu základních postupů jednání se studentem se sluchovým postižením na vysoké škole.*

V uplynulém období došlo k významnému kvalitativnímu posunu v oblasti vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami. Cíle stanovené v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání jsou podle názoru učitelů žáků se sluchovým postižením velmi náročné a obtížně dosažitelné. Jedním z mnoha důvodů je především absence akustického vnímání a zpětné vazby, které jsou nezbytné pro přirozený jazykový vývoj dítěte. V posledních letech povinné školní docházky začínají žáci uvažovat o svém budoucím profesním životě. Volba povolání u mladých lidí se sluchovým postižením má několik rovin, z nichž některé jsou specifické a některé stejné jako u slyšících vrstevníků. Specifická je stránka zdravotní, i když posudkové hledisko na práce, které sluchově postižený může nebo nemůže vykonávat, se často podle Šedivé (2006) liší. Dříve platilo, že sluchově postižený nemůže vykonávat práci, jejíž součástí je zvuková signalizace a práci, která by mohla způsobit další poškození sluchu. V dnešní době se pracovní podmínky mění (menší pracovní dílny, chrániče sluchu, převod zvukových signálů na vizuální, atd.) a navíc si v rámci lidských práv může sluchově postižený sám rozhodnout, chce-li požádat o změněnou pracovní schopnost, případně zda a kde ji uplat-

nit. Další specifickou rovinou je hledisko komunikační. Při volbě profese, kterou by chtěl sluchově postižený žák v budoucnu vykonávat, musí myslet na to, zda je zde nutná komunikace mluvenou řečí a zda ji ovládá v takové míře, že se do pracovního kolektivu zapojí bez větších problémů. Vzhledem k tomu, že přibývá stále více absolventů maturitních oborů, zvyšuje se i počet uchazečů o studium na vyšších odborných školách a vysokých školách.

Na rozvoj komunikačních kompetencí u jedinců se sluchovým postižením je třeba brát zřetel nejen v rámci základního vzdělávání, ale i v období sekundárního a terciárního vzdělávání, neboť jak vyplývá z výsledků výzkumného šetření (viz níže), vyskytují se potíže v komunikaci i v průběhu studia na vysoké škole. Stejně tak jako se klade důraz na (odpovídající) připravenost pedagogů v rámci základního vzdělávání, neměla by se opomíjet ani připravenost pedagogů na středních a vysokých školách. Z těchto důvodů považuji za zajímavé sledovat právě oblast terciárního vzdělávání sluchově postižených a zaměřit se na komunikační kompetence jak studentů se sluchovým postižením, tak jejich pedagogů. Cílem níže zmíněného výzkumného šetření bylo navázat na výzkumy prováděné v rámci výzkumného záměru MSM 0021622443**,** s názvem *Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání*, přesněji v rámci výzkumného týmu VT VZ 9. Intervence u žáků s narušenou komunikační schopností v průběhu vytváření komunikační kompetence v rámci základního vzdělávání a toto výzkumné šetření je součástí disertační práce autorky.

Terciární vzdělávání studentů se sluchovým postižením

V důsledku již zmíněného narůstajícího počtu studentů se zdravotním postižením či jinými speciálními potřebami na terciárním stupni vzdělávání dochází stále více ke snaze o zlepšování podmínek vysokoškolského studia pro tyto studenty. Edukační proces na terciárním stupni vzdělávání představuje jeden z nejsložitějších procesů, které lze v pedagogické praxi realizovat. Vysoká náročnost na kvalitu výuky se odráží ve stupni nároků kladených univerzitními pedagogy na učební výkony studentů. Z evropského standardu univerzitního vzdělávání, k němuž se Česká republika hlásí, vyplývá povinnost zabezpečit a zprostředkovat rovnoprávné zapojení studentů se speciálními potřebami (zdravotním postižením a jiným znevýhodněním) do vysokoškolského vzdělávání, které tvoří nedílnou součást náročného longitudinálního komplexního procesu socializace, který by měl být, v případě, že má být

nazván úspěšným, završen integrací pracovní a společenskou. I do zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách se promítl úkol umožnit rovnoprávné zapojení těchto občanů do běžného života, což vyplývá jak z Listiny základních práv a svobod, tak z Národního plánu pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Jsou zde stanovena opatření, které je třeba učinit, pokud mají mít studenti se speciálními potřebami skutečně rovnoprávné postavení na dané vysoké škole. Mezi ně řadí Vitásková (2003) např.:

- zabezpečení zpřístupnění forem přijímacího řízení i pro studenty se zdravotním postižením;
- zabezpečení potřebného přístrojového a materiálového vybavení umožňující studium studentům se zdravotním postižením;
- zabezpečení dostupných služeb tlumočníků, asistentů a dalších odborníků umožňujících studium studentům s jednotlivými druhy zdravotního postižení;
- školení a příprava pracovníků vysoké školy na práci se studenty se zdravotním postižením;
- zlepšování informovanosti studentů středních škol se zdravotním postižením o možnostech studia na příslušné vysoké škole;
- organizaci poradenství (psychologické, sociálně právní, profesní, sociálně pedagogické) pro studenty se zdravotním postižením při přípravě na zkoušky i v průběhu studia.

Dalšími legislativními normami, které zohledňují specifické, příp. adaptované podmínky vysokoškolského studia studentů se zdravotní postižením, jsou tzv. Bílá kniha MŠMT ČR a Dlouhodobý záměr vzdělávací a vědecké, výzkumné, vývojové, umělecké a další tvůrčí činnosti vysoké škole. Na základě všech zmíněných legislativních opatření je vytvořen předpoklad pro aktivní modernizaci studijních podmínek pro studenty se zdravotním postižením či s jinými specifickými potřebami, které realizují samotná univerzitní pracoviště (viz níže).

Sluchově postižení jsou podle Hádkové (2006) z hlediska získávání vysokoškolské graduace jednou z nejohroženějších skupin. Na většině vysokých škol dochází k předávání informací studentům ve verbální podobě, a to z větší míry mluveným slovem. K příjmu těchto informací dochází sluchovou cestou, což bývá pro sluchově postižené z důvodu nedostatečného sluchového vnímání, případně jeho absence, velmi náročné. Může tak docházet k omezenému

přísunu informací. Jedním z nejdůležitějších předpokladů pro zdárné absolvování zvoleného studijního oboru je pro studenta se sluchovým postižením zprostředkování informací na přednáškách a seminářích v přijatelném komunikačním kódu. To mu umožní lepší orientaci v probírané látce a minimalizují se tím problémy s neporozuměním opsaných nebo okopírovaných přednášek od ostatních studentů. Otázkou však zůstává, v jaké kvalitě a jak na speciální potřeby jednotliví vyučující reagují. Často mohou být informace týkající se specifik vzdělávání a komunikace studentů se sluchovým postižením pro jednotlivé akademické pracovníky limitující. Důvodů je několik, např. vysoká pracovní vytíženost, povinnosti spojené s vykonávanou profesí, a s tím spojené omezené časové možnosti vyučujícího, nedostatečná osvěta, omezený přísun informací atd.

Při studiu na vysoké škole se studenti se sluchovým postižením budou vždy, více či méně, dostávat do situací, které vznikají převážně z důvodu komunikační bariéry a budou vyžadovat pomoc a pochopení při jejich řešení jak ze strany ostatních studentů, tak ze strany vyučujících. Úspěšnost studenta se sluchovým postižením na vysoké škole je dána mnoha faktory, mezi něž řadíme především stupeň, typ sluchové vady, dobu vzniku, příčinu, kvalitu užívaných kompenzačních pomůcek, především individuálních sluchadel, příp. kochleárního implantátu, dále přidružené postižení, ochotu a připravenost ostatních studentů a zaměstnanců fakulty a v neposlední řadě bychom k těmto faktorům mohli přičíst i studijní obor, studijní předpoklady studenta se sluchovým postižením a jeho komunikační schopnosti a dovednosti. Jedním z nejdůležitějších předpokladů pro zdárné absolvování zvoleného studijního oboru je pro studenta se sluchovým postižením zprostředkování informací na přednáškách a seminářích v přijatelném komunikačním kódu, což mu umožní lepší orientaci v probírané látce a minimalizují se tím problémy s neporozuměním opsaných nebo okopírovaných přednášek od ostatních studentů. Z toho důvodu se studentům se sluchovým postižením nabízejí tlumočnické služby, které zajišťují tlumočníci znakového jazyka, příp. znakované češtiny (tzn. transliterátor do/ze znakované češtiny), dále orální tlumočníci (nebo tzv. vizualizátoři mluvené češtiny) a v neposlední řadě mohou tito studenti využívat i tzv. zapisovatele, kteří píší do notebooku poznámky, zatímco student se sluchovým postižením sleduje výklad vyučujícího.

Podle Peňáze (2004 in Zikl, s. 49) můžeme u studentů se sluchovým postižením sledovat specifické rysy jednání, kterými se odlišují nejen od studentů

intaktních, ale i např. od studentů se zrakovým postižením. Mezi takové rysy podle něj patří:

- *„redukovaný obsah studia na SŠ (co do hloubky znalostí, v některých případech co do počtu předmětů); zvlášť diskreditující je špatná znalost státního jazyka;*
- *nízký stupeň pochopení a malá schopnost praktického uplatnění skutečně probrané látky (špatná představa o skutečném rozsahu běžně očekávaných znalostí a dovedností);*
- *přirozená tendence vytvářet komunity sluchově postižených a přijímat informace jejich prostřednictvím;*
- *malá orientace v typologii vysokých škol, způsobu vysokoškolského studia, nabídce studijních oborů a v jejich obsahu a smyslu;*
- *slabá motivovanost pro vysokoškolské studium a*
- *vysoký konzervativismus a nedůvěřivost vůči nevyzkoušeným postupům."*

Praktickým důsledkem kombinace výše uvedených skutečností může pak být to, že si student se sluchovým postižením nevolí studium spontánně a samostatně, nýbrž spíše napodobením vzoru, často skupinovým, reálné očekávání spjaté s touto volbou je velmi nízké (obor se naplňuje obsahem až v průběhu studia, představa o možnostech uplatnění je velmi malá) a vzhledem k postižení jazyka je velmi obtížné a nevýpovědní testovat studijní předpoklady studenta se sluchovým postižením.

V důsledku narůstajícího počtu uchazečů o vysokoškolské studium, kteří jsou sluchově postižení a budou v případě přijetí na vysokou školu vyžadovat specifický přístup, zřídily již některé z vysokých škol, příp. univerzit v České republice centra určená právě pro pomoc a podporu studentů se specifickými nároky. Mezi taková centra patří například **Centrum pro handicapované studenty Slunečnice**, které je součástí Institutu inovace vzdělávání v rámci Ekonomické fakulty na Technické univerzitě v Ostravě, **Centrum pomoci handicapovaným** na Univerzitě Palackého v Olomouci, **Středisko handicapovaných studentů** při Vysoké škole ekonomické v Praze**, Akademická poradna pro zpřístupňování studia lidem se zdravotním postižením** na Technické univerzitě v Liberci, **Poradna pro studenty se speciálními potřebami** na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze a **Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky – Teiresiás** na Masarykově univerzitě v Brně, za jehož spolupráce bylo výše zmíněné výzkumné šetření provedeno.

Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky – Teiresiás (dále jen „Středisko“) je účelovým zařízením Masarykovy univerzity (dále jen MU) s celouniverzitní působností. Jeho posláním je zajišťovat podmínky pro to, aby studium na MU bylo v největší možné míře přístupné studentům a účastníkům celoživotního vzdělávání se zdravotními handicapy různého typu. K tomuto účelu spolupracuje se specializovanými pracovišti mimo MU a metodicky ovlivňuje činnost MU v této oblasti. Masarykova univerzita od roku 2000 organizuje pro zdravotně postižené přijímací zkoušky tak, aby s využitím informačních technologií a alternativních komunikačních a percepčních metod mohli splnit standardní písemný přijímací test (www.teiresias.muni.cz). Středisko má vlastní výukové centrum, jehož kurzy doplňují nebo nahrazují výuku, dále má vlastní studijní oddělení, které řeší problémy handicapovaných studentů na všech fakultách MU, nabízí poradenské a metodické služby středoškolským studentům a vyučujícím, má vlastní vydavatelství hmatových knih pro nevidomé, elektronickou knihovnu, tlumočnické centrum znakového jazyka a dispečink osobní asistence. Sluchově postiženým studentům poskytuje **poradenské služby**, mezi něž patří vstupní orientační soustředění s vysvětlením života na univerzitě a organizace studia a následně během studia umožňuje studijní oddělení trvale poradenství mluvenou řečí, mailem, chatem a v českém znakovém jazyce osobně nebo formou videa včetně webové kamery. Co se týče **tlumočnických a asistenčních služeb**, je sluchově postiženým studentům k dispozici více než patnáct tlumočníků, které řídí jednotný tlumočnický dispečink a nabízí znakové i artikulační tlumočnictví a zapisovatelské služby při výuce i v oficiálním styku v rámci MU. V době mimo výuku mohou studenti využít možnosti konzultace a dovysvětlení probíraného učiva s tutorem neboli odborným konzultantem, který trvale spolupracuje se Střediskem při tvorbě individuálního studijního plánu pro studenta se specifickými potřebami. Tutorem může být podle směrnice o studiu osob se specifickými nároky z roku 2003 (viz níže) určen docent nebo profesor, případně i jiný učitel, resp. student doktorského studijního programu v prezenční formě, která je absolventem daného studijního oboru a určuje se na dobu nejméně jednoho roku. V neposlední řadě mohou studenti využívat asistence při sportu na MU, a to včetně letních a zimních výcvikových kurzů. Dalšími službami, kterými Středisko zpřístupňuje studium na vysoké škole, jsou **technické služby**, kdy v případě potřeby zapůjčí studentovy se sluchovým postižením notebook pro zapisování, FM systémy a jiné kompenzační pomůcky a na žádost studentů

může nainstalovat další asistenční a kompenzační techniku (světelný zvonek na kolejích, startovací zařízení při sportovních aktivitách, atd.). V případě, že výuka nabízená fakultou, na níž student se sluchovým postižením studuje, nevyhovuje specifickým potřebám studenta, příp. nestačí pro vysvětlení a pochopení probírané látky tlumočník, mohou studenti se sluchovým postižením využít **speciální výuky** nabízené Střediskem, která probíhá individuálně nebo v malých skupinách v českém znakovém jazyce nebo česky formou chatu s vyučujícím. Vzhledem k tomu, že pro většinu těžce sluchově postižených studentů je český jazyk jazykem cizím, vytvořilo pro ně Středisko speciální intenzivní kurzy českého jazyka, které jim umožní českému jazyku porozumět a používat ho nejen při studiu, ale i v běžném životě. Stejně jako ostatní studenti, musí i studenti se sluchovým postižením absolvovat v rámci studia na vysoké škole kurzy cizího jazyka, pořádané danou fakultou. Středisko proto nabízí kurzy anglického jazyka pro studenty se sluchovým postižením, jejichž absolvování supluje absolvování kurzu cizího jazyka na dané fakultě. Ve výuce pořádané střediskem je zajištěna vizualizace probíraných témat, lepší názornost, moderní počítačová technika, kterou studenti používají převážně při jedné z forem výuky – chatování a lektoři, kteří zde učí, buď sami znakový jazyk ovládají nebo výuka probíhá za přítomnosti tlumočníka do znakového jazyka. Pro ty studenty se sluchovým postižením, kterým se blíží konec studia, pomáhají zaměstnanci Střediska s korekturami jejich závěrečných prací. V neposlední řadě je třeba zmínit, že středisko Teiresiás připravilo s podporou Evropského sociálního fondu a ministerstva školství mládeže a tělovýchovy projekt určený žákům středních a vysokých škol s postižením zraku nebo sluchu, přičemž tento projekt nabídl e-learningové kurzy: český jazyk, anglický jazyk, matematika a výpočetní technika a účelem těchto kurzů je zopakovat, procvičit a prohloubit získané znalosti (Petraturová 2008).

Studium na vysoké škole bývá pro studenty se sluchovým postižením z mnoha již výše zmíněných důvodů náročnější než pro intaktní studenty, ale informace získané o jednotlivých poradenských centrech fungujících při vysokých školách, příp. univerzitách po celé České republice dokazují, že se snaží studentům se sluchovým postižením pomoci na cestě za získáním vysokoškolské vzdělání, zohledňují jejich specifické potřeby a zajišťují pro ně stejné podmínky v přípravě na povolání jako mají intaktní studenti. Podle Hádkové (2006, s. 34) spočívá přínos studia na vysoké škole pro sluchově postižené studenty v těchto ohledech:

- *„zvyšování vzdělanostní, informační úrovně a rozvoje celé osobnosti,*
- *získávání lepšího společenského a pracovního uplatnění,*
- *nabývání zkušeností ve styku s intaktní populací, možnost navazovat přátelství,*
- *zlepšování komunikační zručnosti,*
- *rozvoj celkové jazykové úrovně,*
- *větší rozhled v kulturním a společenském dění,*
- *posilování sebevědomí,*
- *učení se být víc nezávislí na okolí".*

Již několikrát bylo zmíněno, že studenti se sluchovým postižením mívají nejčastěji potíže v oblasti komunikace a to v důsledku komunikační bariéry vznikající v používání odlišného komunikačního kódu oproti slyšícím. Kromě vhodných úprav podmínek studia, individuálních studijních plánů, atd. je tedy z výše uvedeného důvodu velmi důležité seznámit vyučující, spolužáky a i širokou veřejnost se zásadami při komunikaci s osobou se sluchovým postižením. Přitom je třeba uvědomit si, že jinak probíhá komunikace s těmi sluchově postiženými, kteří zvládají bez větších obtíží **odezírat** mluvenou řeč, tzn. zpravidla jedinci s postlingvální poruchou sluchu nebo s lehčím stupněm sluchové vady nebo s těmi, kteří jsou těžce sluchově postižení, příp. neslyšící a při komunikaci se slyšícími vyžadují přítomnost tlumočníka do znakového jazyka. Vezmeme-li v úvahu především první zmíněnou skupinu, měli by se vyučující na vysoké škole snažit dodržovat při komunikaci s nimi níže uvedené zásady:

- Jedince se sluchovým postižením je potřeba vždy předem informovat jak o tématu hovoru, tak o jeho změně, aby se mohl lépe orientovat v kontextu.
- Ve škole by měl být student upozorněn na náplň příští hodiny, popřípadě by mu měla být doporučena i literatura, kterou se může předem přečíst a lépe se pak v průběhu výuky orientovat.
- Je třeba mluvit zřetelněji a pomalu, ale ne s přehnanou artikulací, která brání dobrému odezírání. Bariérou při odezírání může být i plnovous mluvícího muže, žvýkačka, cigareta v ústech, narušená komunikační schopnost, atd.
- Všechny požadavky na udělení zápočtu a ke zkoušce musí být jasně stanoveny a v případě potřeby je třeba dát studentům se sluchovým postižením všechny informace v písemné podobě.

- Cizí slova je vhodné napsat, příp. použít prstovou abecedu, dále si ověřit, zda tato slova znají a v případě potřeby význam těchto slov vysvětlit.
- Nezapomenout na to, že mluvit může vyučující až ve chvíli, kdy udržuje se studentem se sluchovým postižením vizuální kontakt. Pokud vyučující píše něco na tabuli, posílá obrázky nebo pomůcky, příp. si studenti sami něco zapisují, měl by začít mluvit teprve tehdy, když opět naváže vizuální kontakt se studentem se sluchovým postižením.
- Místo aby si student zapisoval poznámky sám během výkladu vyučujícího, může se využít možnosti předem nachystané osnovy s body, kam si jen vpisuje, co uzná za vhodné nebo si může okopírovat zápisky od svých spolužáků, pokud nemám k dispozici vlastního zapisovatele (viz výše). Na rozdíl od slyšících studentů, kteří mohou současně poslouchat výklad vyučujícího a zapisovat si poznámky, mohou sluchově postižení buď jen odezírat mluvenou řeč nebo jen psát.
- Nestavět se zády ke zdroji světla, neboť odezírání je pak neuskutečnitelné. Student uvidí sice siluetu mluvící osoby, ale nevidí ani mimiku a ani ústa.
- Při řeči používat všechny dostupné výrazové prostředky (mimika, gesta, přirozené posunky).
- Upozorňovat sluchově postižené na všechny důležité zvukové podněty, nepoužívat ironii pro jejíž pochopení je signifikantní melodie hlasu (Karlová 2004).

V případě, že student se sluchovým postižením využívá ve výuce nebo při komunikaci s vyučujícím **tlumočníka**, ať již do znakového jazyka nebo znakované češtiny, příp. tlumočníka orálního, vzniká další specifická situace, při níž je třeba uvědomit si, v čem tato specifičnost spočívá. V prvních dvou formách tlumočení se nejčastěji můžeme setkávat s problémy vyplývajícími z neznalosti přesných znaků pro odborné termíny ze strany tlumočníka nebo studenta, jejichž význam se musí při tlumočení opisovat a následně pak dochází k časové diskrepanci mezi projevem přednášejícího a překladem tlumočníka, což může vést nejen k narušení kontinuity tlumočeného, ale především k úniku některých informací. Jednou z možných variant, jak této situaci předejít, je seznámení tlumočníka předem s tématem přednášky, aby se mohl odborně připravit. Jedná-li se o tlumočení orální, je vhodné, aby se tlumočník sešel se studentem, aby se naučil artikulovat takovým způsobem, který umožní studentovi porozumět tlumočenému. Pro všechny formy tlumo-

čení je důležitá pozice tlumočníka. Podle Vitáskové (2003) je nejvhodnější, sedí-li student se sluchovým postižením i tlumočník v těsné blízkosti přednášejícího, neboť se tak podaří udržet nejen potřebnou míru informací, ale i určitý kontakt mezi přednášejícím a sluchově postiženým studentem, který je přítomností tlumočníka poněkud narušen. Jedná-li se o takovou formu výuky, která je založena na vzájemné komunikaci studentů, měl by student se sluchovým postižením zaujmout v místnosti takové místo, jenž mu umožní zrakem identifikovat mluvícího, jehož projev je mu tlumočen.

Poslední skupinou sluchově postižených, kteří se více či méně mohou odlišovat od předchozích dvou skupin, co se specifičnosti komunikace týče, jsou jedinci s kochleárním implantátem nebo jedinci s takovou vadou sluchu, která je velmi dobře kompenzovaná sluchadly a tito jedinci se při komunikaci spoléhají nejvíce na svůj sluch a nevyužívají tak ani tlumočníka a ani odezírání. Například na přednáškách, kdy vyučující mluví dostatečně hlasitě, v přiměřeném tempu a příliš nemění svou pozici, mohou sledovat mluvený projev celkem bez větších obtíží. Jejich sluchové možnosti jim však již nemusí stačit v situacích jako jsou např. semináře, kde obvykle hovoří více osob, z různých pozic v místnosti a někdy i současně. Dochází pak k tomu, že student s kochleárním implantátem neporozumí celému obsahu sdělení a je tak ochuzený o část informace.

Již na začátku tohoto příspěvku bylo zmíněno, že jedním z předpokladů úspěšného absolvování studia na vysoké škole studentem se sluchovým postižením je školení a příprava pracovníků vysoké školy na práci s těmito studenty, což nejčastěji činí střediska či centra poskytující poradenské, tlumočnické, asistenční a technické služby nejen studentům se sluchovým postižením. Otázkou však zůstává, v jaké kvalitě a jak na to jednotliví vyučující reagují. Často mohou být informace týkající se specifik vzdělávání a komunikace studentů se sluchovým postižením pro jednotlivé akademické pracovníky limitující a často záleží na tom, jak se k tomu ten který vyučující postaví.

Rektor Masarykovy univerzity vydal v roce 2003 ve spolupráci se Střediskem pro pomoc studentů se specifickými nároky – Teiresiás (dále jen „Středisko“) Směrnici o studiu osob se specifickými nároky (dále jen „Směrnice“), která je přístupná všem zaměstnancům a studentům MU na webových stránkách (https://is.muni.cz) a všichni vyučující, kteří přicházejí do kontaktu se studenty se specifickými nároky na ní byli a jsou upozorňováni. Tato směrnice říká*: „Všichni zaměstnanci Masarykovy univerzity v Brně (dále jen*

„MU“) jsou povinni jednat se studentem, který je smyslově nebo pohybově handicapován (dále jen „specifický student“), nebo s takto postiženým uchazečem o studium (dále jen „specifický uchazeč“) způsobem zohledňujícím v nejvyšší možné míře jeho specifika (například tlumočení do znakové řeči, písemné formuláře a korespondence ve zvětšeném černotisku nebo bodovém písmu, jednání v místnostech dostupných na invalidním vozíku apod.), tak aby nebyl odkázán při těchto jednáních na vlastního asistenta. Od tohoto postupu mohou upustit pouze na vlastní žádost uchazeče, který spolupráci s vlastním asistentem dává výslovně přednost.“ (Směrnice, článek 1) Pro ty vyučující, kteří se prozatím s žádným ze specifických studentů nesetkali, bývá taková situace přirozeně neznámá a pro některé obtížně zvládnutelná. Po přečtení Směrnice se sice dozví mnoho informací, svých i studentových povinností, ale v praxi si nemusí být jistí a jen zkušenost a čas strávený s těmito studenty ve výuce jim umožní pochopit tuto specifickou situaci, kterou budou po čase vnímat jako samozřejmou. Ze strany Střediska je nabízena pomoc vůči všem vyučujícím a záleží pak na angažovanosti každého z nich, zda Středisko v případě potřeby zkontaktuje nebo ne. Směrnice ukládá Středisku povinnost uvědomit nejpozději 14 dní před začátkem semestru všechny vyučující, v jejichž studijních skupinách jsou zaregistrováni specifičtí studenti, a nabídne jim konzultaci v otázkách použitelných didaktických postupů a technologií. Dále je úkolem Střediska zajistit nezbytnou literaturu, tlumočnictví znakové řeči a specifické didaktické technologie pro dohodnuté předměty individuálního plánu tak, aby byly k dispozici v době postačující k přípravě na zkoušku, kolokvium nebo zápočet. V případě, že didaktický postup používaný ve výuce neumožňuje sledovat výuku v její běžné podobě, je podle Směrnice *„garant studia nebo vyučující povinen určit po dohodě s ředitelem Střediska z řad vyučujících nebo studentů lektora, který studentovi podá alternativní výklad a potřebná vysvětlení individuálně. Náklady na individuální výuku se účtují Středisku v rozsahu nepřekračujícím trojnásobek hodinové dotace příslušného předmětu.“* (Směrnice, článek 6) Každý specifický student má dále právo na to, aby mu byl prostřednictvím Střediska za spolupráce s tutorem, příp. odbornými poradci Katedry speciální pedagogiky Pedagogické fakulty MU, vypracovaný individuální studijní plán, pokud to jeho specifické nároky vyžadují. Tento plán musí být následně schválen děkanem fakulty nebo jím pověřené osobě. Při stanovení plánu je ředitel Střediska povinen dbát toho, aby individuální plán: *„umožňoval ukončit studium v čase co nejbližším standardní době studia,*

nejpozději však za dvojnásobek standardní doby studia; v případě navazujícího studia magisterského může být dvojnásobek standardní doby studia překročen o 1 rok. (Směrnice, článek 4)

Dominantním cílem výše zmíněného výzkumného šetření bylo *analyzovat postoje vysokoškolských učitelů na všech fakultách Masarykovy univerzity k terciárnímu vzdělávání studentů se sluchovým postižením a vytvoření manuálu základních postupů jednání se studentem se sluchovým postižením na vysoké škole.*

Parciálními cíli tohoto výzkumu bylo:

- analyzovat užívané komunikační formy během výuky či osobní konzultace mezi studenty se sluchovým postižením a jejich vyučujícím;
- analyzovat rozdíly v přístupech k terciárnímu vzdělávání ve vztahu k pohlaví vyučujících;
- analyzovat postoje vyučujících k tlumočníkovi znakového jazyka účastnícího se výuky, v níž je přítomen student se sluchovým postižením;
- analyzovat a zdůraznit náročnost přípravy na výuku, v níže je přítomen student se sluchovým postižením;
- analyzovat používané zdroje informací vztahující se k problematice komunikace se sluchově postiženými samotnými vyučujícími;
- zmapovat počet vyučujících na jednotlivých fakultách Masarykovy univerzity, kteří se setkávají se studenty se sluchovým postižením;
- analyzovat přístupy vyučujících z určitých fakult k terciárnímu vzdělávání studentů se sluchovým postižením;
- analyzovat vliv četnosti setkávání se vysokoškolského učitele se studentem se sluchovým postižením na míru úspěšnosti v porozumění sdělovaného na obou stranách;
- zdůraznit potřebu existence metodického materiálu, který usnadní vyučujícím komunikaci a práci se studentem se sluchovým postižením.

Metodologie výzkumu

V rámci **výzkumného šetření** se jednalo o **kvantitativní výzkum**, který má charakter statistické procedury a při jeho realizaci bylo využito techniky *dotazníku vlastní konstrukce, obsahové analýzy a analýzy dokumentů*. **Analytickou jednotkou** byl vysokoškolský učitel Masarykovy univerzity, který měl v období jaro 2007 – jaro 2008 ve své výuce přítomného studenta se sluchovým postižením.

Charakteristika dotazníku

Dotazník obsahoval celkem 38 otázek a byl anonymní. Zahrnoval otázky *úvodní, zjišťovací, filtrační, otevřené, polootevřené i uzavřené.* Úvodní otázky směřovaly ke zjištění základních údajů, jako je pohlaví a pracoviště. Další otázky se vztahovaly k počtu studentů se sluchovým postižením, četnosti kontaktu se studenty se sluchový postižením, ke způsobům komunikace užívaných během osobního setkání mezi vysokoškolským učitelem a studentem se sluchovým postižením a při výuce, k otázkám přípravy na výuku, v případě, že je v ní přítomen student se sluchovým postižením, k potížím vznikajícím v důsledku komunikační bariéry vzniklé na základě postižení sluchu, k možnostem a způsobům poradenství pro učitele vysokých škol v souvislosti se vzděláváním studentů se sluchovým postižením.Dotazník byl sestaven na základě studia odborné literatury, konzultací s odborníky věnující se dané problematice a na základě vlastních zkušeností získaných jak díky vlastní pedagogické praxi, tak díky kontaktům s vyučujícími, kteří se ve své výuce se studenty se sluchovým postižením setkávají.

Šíření dotazníku probíhalo prostřednictvím *elektronické pošty* za pomoci Střediska pro pomoc studentům se specifickými nároky – Teiresiás. Celkem bylo rozesláno 385 dotazníků, návratnost byla 107, tj. 27,8 %, ale použitelných pro zpracování bylo pouze 101, tj. 26 %, protože 6 dotazníků bylo špatně vyplněných nebo zcela prázdných. Dotazník byl zpracován **metodou univariační a bivariační analýzy**, přičemž jednotlivé výsledky jsou analyzovány, zpracovány graficky a okomentovány.

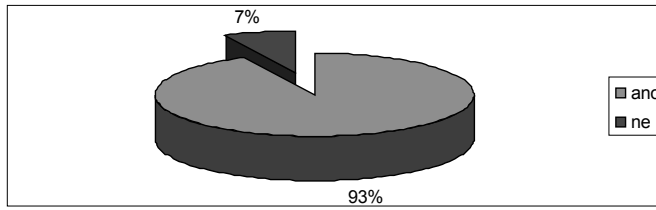
Výzkumný soubor

V rámci výzkumného šetření prováděného na Masarykově univerzitě byl analytickou jednotkou **vysokoškolský učitel Masarykovy univerzity**, který se ve své výuce v období jaro 2007 – jaro 2008 setkal se studentem se sluchovým postižením a byl vytvořen výzkumný soubor **N = 101**. Výzkumný soubor se skládal z 54 mužů, 43 žen a 2 respondenti pohlaví neuvedli. Osloveni byli vyučující na všech fakultách Masarykovy univerzity z toho důvodu, že se předpokládá vysoká četnost kontaktu se studenty se sluchovým postižením v důsledku vysokého počtu těchto studentů na Masarykově univerzitě. Současně při sestavování výzkumného souboru hrál roli i předpoklad, že existuje určitá informovanost a zkušenost se specifiky výuky a studia sluchově postižených na vysoké škole, a to díky činnosti Střediska pro studenty se specifickými nároky – Teiresiás, které je pracovištěm s celouniverzitní působností.

Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření

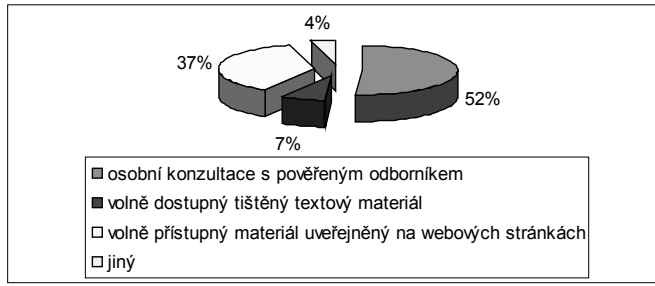
Z výsledků výzkumného šetření jsem vybrala ty nejzajímavější a nejdůležitější z nich a pro lepší názornost jsou tyto výsledky graficky znázorněny a následně okomentovány.

Graf 1: Potřeba informovanosti o specifikách komunikace se sluchově postiženými



Z celkového počtu 98 respondentů, kteří odpověděli na otázku *„Myslíte si, že by měl být každý vyučující na vysoké škole, dříve než se se studentem se sluchovým postižením setká, předem informován o jeho speciálních potřebách a komunikačních možnostech?“*, odpovědělo kladně 91 (93 %) respondentů a pouze 7 (7 %) respondentů považuje předchozí informovanost za nepodstatnou (graf 1).

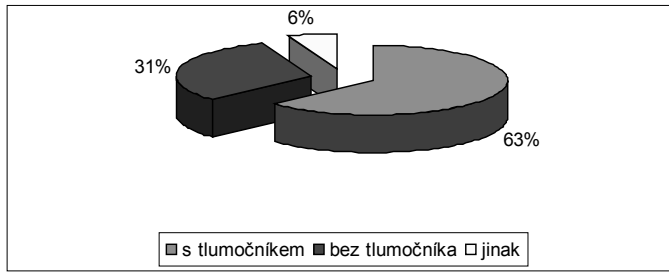
Graf 2: Vhodný způsob zprostředkování informací o možnostech komunikace se studentem se sluchovým postižením



Přibližně polovina respondentů – 48 (52 %) preferuje pro zprostředkování informací o možnostech a specifikách komunikace se sluchově postiženými osobní konzultaci s pověřeným odborníkem, menší část respondentů – 35 (37 %) by uvítala volně přístupný informační materiál uveřejněný na webo-

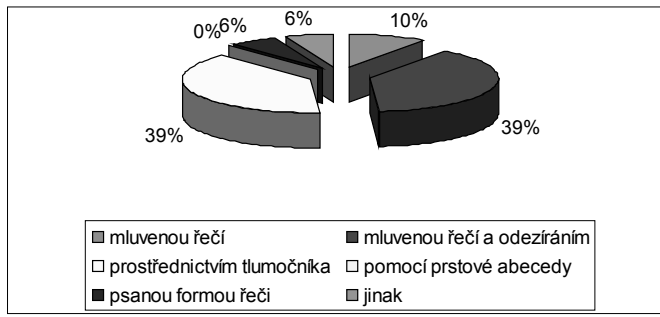
vých stránkách, pouze 7 (7 %) respondentů upřednostňují příjem těchto informací z volně dostupného tištěného textového materiálu a 4 (4 %) respondenti by uvítali kombinaci zaškolení odborníkem a volně dostupného informačního materiálu dostupného na webových stránkách (graf 2).

Graf 3: Způsob komunikace při prvním osobním setkání se studentem se SP



Při prvním osobním setkání se studentem se sluchovým postižením se 53 (63 %) respondentů dorozumívalo prostřednictvím tlumočníka, 26 (31 %) respondentů bez tlumočníka a jiný způsob dorozumívání zvolilo 5 (6 %) respondentů, kteří jako jiný způsob komunikace uvedli komunikaci např. pomocí znakového jazyka (graf 3).

Graf 4: Nejčastější forma komunikace se studentem se SP



Mezi nejčastější formy komunikace, které vyučující využívají v kontaktu se studenty se sluchovým postižením zařadilo 32 (39 %) respondentů mluvenou řeč s odezíráním a stejný počet respondentů – 32 (39 %) komunikaci za pří-

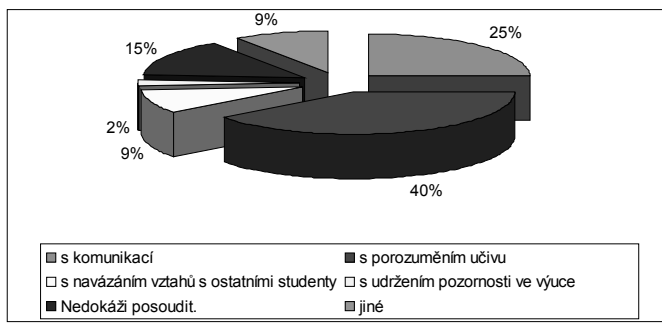
tomnosti tlumočníka. 8 (10 %) respondentů uvedlo, že komunikuje běžným způsobem jako s intaktními studenty, tzn. mluvenou řečí, 5 (6 %) respondentů volí psanou formu řeči a stejný počet respondentů uvedlo jiný způsob komunikace – znakový jazyk nebo znakovanou češtinu. Prstovou abecedu nepreferuje žádný z respondentů (graf 4).

Tab. 1: Způsob chování během komunikace

	ANO	NE
Mluvím hlasitěji než obyčejně	**20**	81
Mluvím potichu nebo bezhlasně	**1**	100
Přehnaně artikuluji	**32**	69
Snažím se udržovat stálý oční kontakt	**57**	44
Chovám se stejně jako při komunikaci se slyšícími	**22**	79
jinak:	**12**	89

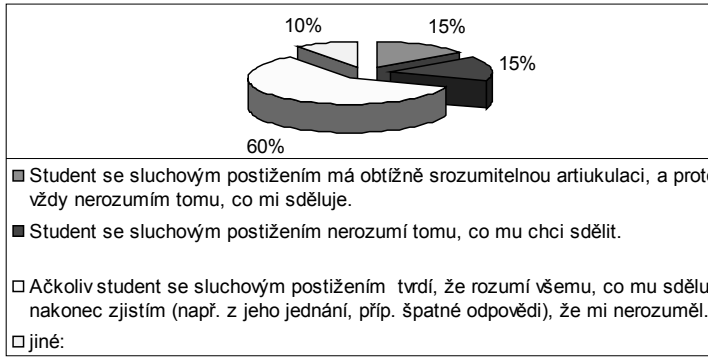
Více než polovina respondentů 57 (56 %) se snaží udržovat oční kontakt se studenty se sluchovým postižením během vzájemné komunikace. 32 (32 %) respondentů přehnaně artikuluje, 22 (22 %) respondentů nepozoruje žádné změny ve svém chování oproti komunikaci s intaktními studenty, 20 (20 %) respondentů mluví více nahlas oproti běžné komunikaci a pouze 1 (1 %) respondent mluví bezhlasně nebo potichu. Celkem 12 (12 %) respondentů uvedlo jiný způsob chování, např. volí pomalejší tempo řeči než je obvyklé nebo užívají znakový jazyk (tab. 1).

Graf 5: Problémy během studia



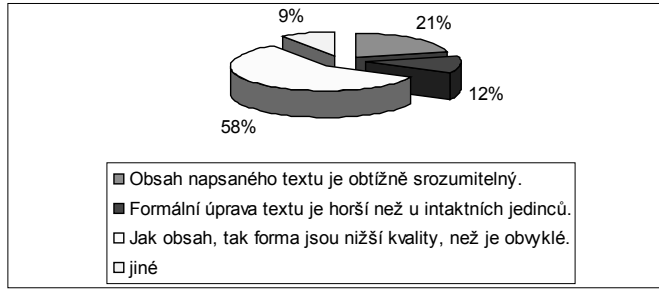
Mezi nejčastější problémy, s nimiž se respondenti v kontaktu či ve výuce se studenty se sluchovým postižením setkali, patří potíže s porozuměním učivu, což uvádí 38 (40 %) respondentů, dále problémy s komunikací – 24 (25 %) respondentů, problémy s navázáním kontaktu s ostatními studenty – 9 (9 %) respondentů, s udržením pozornosti ve výuce – 2 (2 %) respondenti, 14 (15 %) respondentů nedokáže posoudit, o jaké problémy se nejčastěji jedná a 9 (9 %) respondentů uvedlo jiné problémy, k nimž patří např. neschopnost abstrakce, potíže v práci s odbornými texty nebo neschopnost udržet pracovní tempo ostatních studentů (graf 5).

Graf 6: Charakter potíží při komunikaci



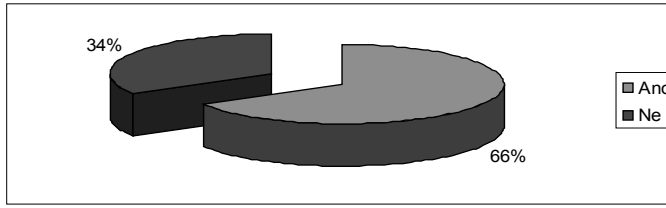
Nejvíce respondentů 24 (60 %) uvedlo, že ačkoli student se sluchovým postižením tvrdí, že rozumí všemu, co je mu sdělováno, nakonec vyučující zjistí, že mu student nerozuměl. 6 (15 %) respondentů se potýká s obtížemi během komunikace z toho důvodu, že má student se sluchovým postižením obtížně srozumitelnou artikulaci. Stejný počet respondentů – 6 (15 %) se potýká s problémem, že mu student se sluchovým postižením dává najevo, že nerozumí a 4 (10 %) respondenti uvedli jiný druh potíží jako např. že během běžně srozumitelné výměně informací došlo k situaci, kdy nebylo možné daný jev vysvětlit tak, aby ho student pochopil a z důvodu neznalosti znakového jazyka zůstal tento jev nepochopen (graf 6).

Graf 7: Charakter zvláštností v písemném projevu studentů



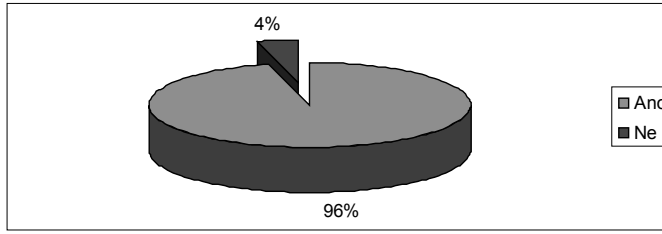
Ze 43 respondentů, kteří uvedli, že v písemném projevu studentů se sluchovým postižením pozorují určité zvláštnosti, se více než polovina respondentů – 25 (58 %) shoduje v tom, že jak obsah, tak forma jsou nižší kvality než je obvyklé. 9 (21 %) respondentů spatřuje problémy především ve srozumitelnosti obsahu napsaného textu, 5 (12 %) respondentům se zdá být nejvíce pozměněná formální úprava textu a 4 (9 %) respondenti uvedli jiné nápadnosti, např. přirovnávají psanou češtinu k češtině cizinců nebo uvádí, že celkový jazykový projev je na nižší úrovni (graf 7).

Graf 8: Využití tlumočníka znakového jazyka ve výuce



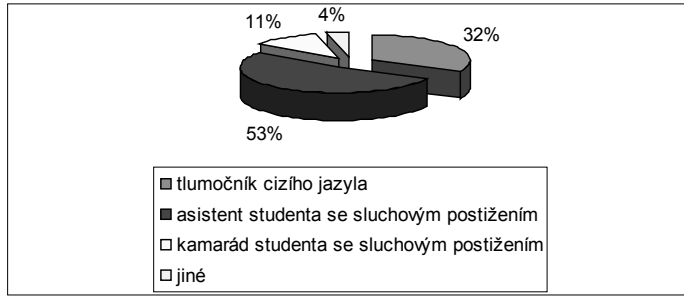
Z celkového počtu respondentů – 86, kteří na tuto otázku odpověděli, se více než polovina – 57 (66 %) setkává ve své výuce se situací, kdy studentovi se sluchovým postižením tlumočí jejich výklad tlumočník znakového jazyka a pouze u 29 (34 %) respondentů tlumočník přítomen není (graf 8).

Graf 9: Významnost přítomnosti tlumočníka znakového jazyka pro lepší porozumění během komunikace



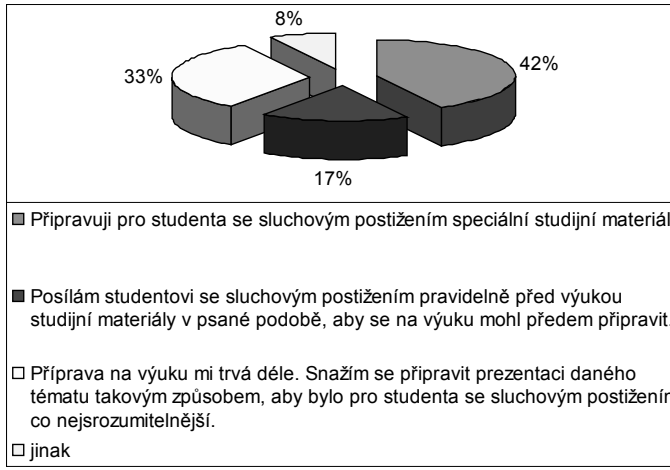
Markantní část respondentů – 71 (96 %) je přesvědčena, že tlumočník znakového jazyka je přínosem pro celý proces komunikace a zajistí tak porozumění mezi vyučujícím a studentem se sluchovým postižením. Pouze 3 (4 %) respondenti uvedli, že v jeho přítomnosti během výuky žádný přínos nevidí (graf 9).

Graf 10: Přirovnání role tlumočníka znakového jazyka k jiným



Vzhledem k tomu, že tlumočení pro studenty se sluchovým postižením nemá prozatím mnoholetou tradici, liší se i postoje k tlumočníkům a více než polovina respondentů – 43 (53 %) vnímá tlumočníka znakového jazyka jako asistenta studenta se sluchovým postižením, jen 26 (32 %) respondentů přirovnává jeho práci k práci tlumočníků cizího jazyka, 9 (11 %) respondentů považuje tlumočníka za kamaráda studenta se sluchovým postižením a 3 (4 %) respondenti uvedli jinou možnost, přičemž jeden z nich přirovnává tlumočníka znakového jazyka k počítači (graf 10).

Graf 11: Odůvodnění zvýšené náročnosti na přípravu



Až 22 (42 %) respondentů připravuje pro studenty se sluchovým postižením speciální studijní materiály, které odpovídají speciálním potřebám těchto studentů, 17 (33 %) respondentů uvádí, že čas věnovaný přípravě do výuky je delší než v jiných případech, 9 (17 %) respondentů posílá pravidelně před výukou studentům studijní materiály v psané podobě, aby se na výuku mohli předem připravit a 4 (8 %) respondenti uvedli, že zvýšenou náročnost výuky spatřují v tom, že jsou častěji požádáni o individuální konzultaci, pomoc a nebo se do výuky snaží připravit více vizuálních materiálů, aby tak mohl student se sluchovým postižením lépe probíranému tématu porozumět (graf 11).

Závěry výzkumného šetření a možnosti využití výsledků ve speciálně pedagogické teorii a praxi

Z 385 rozeslaných dotazníků vysokoškolským učitelům působících na Masarykově univerzitě bylo možné využít ke zpracování 101 dotazníků, tj. 26 %, což považuji za průměrný počet navrácených dotazníků a dostatečný počet na to, abych mohla učinit závěry, které budou mít vypovídací hodnotu. Podařilo se sestavit tak výzkumný soubor, který byl tvořen 54 (53 %) muži, 45 (45 %) ženami a 2 (2 %) respondenty, jež své pohlaví neuvedli. Nejvíce respondentů působí na Pedagogické fakultě, na Filozofické fakultě, na Fakultě sportovních

studií a na Fakultě informatiky. Naopak nejmenší počet respondentů pochází z Přírodovědecké fakulty, Lékařské fakulty a Fakulty sociálních studií, následně z Právnické fakulty a z Ekonomicko-správní fakulty.

Většina respondentů si je vědoma toho, že ve své výuce měla studenta se sluchovým postižením. Někteří si nejsou jisti přítomností takového studenta, ačkoli je možné, že zde student se sluchovým postižením přesto byl. Předpokládám, že si studenta se sluchovým postižením všimnou většinou tehdy, má-li takovou ztrátu sluchu, která ho v určité míře limituje, co se týče získávání informací, komunikace se svým okolím (např. využití služeb tlumočníka ZJ) či porozumění např. odborné terminologii. Je možné, že v případě studentů s lehkým sluchovým postižením není tato nápadnost zřetelná a vyučující si jeho přítomnost ve výuce ani neuvědomí. Velká část respondentů si uvědomuje, že studium na vysoké škole je pro sluchově postižené náročnější než pro intaktní studenty. Mezi nejčastější problémy respondenti zařazují problémy s porozuměním učiva, s komunikací a s navázáním kontaktu s intaktními studenty.

Před prvním setkáním se studentem se sluchovým postižením ve výuce byla větší polovina respondentů informována o možnostech komunikace s nimi, a to z velké části prostřednictvím Střediska Teiresiás nebo jsou sami absolventi studia oboru Speciální pedagogika. Přesto však zůstává dost velká část respondentů bez informovanosti, což považuji za významné zdůraznit, neboť potřebu informovanosti uvádí skoro všichni respondenti. Jsou si vědomi toho, že jim poskytnutí informací předem může usnadnit práci a zlepšit tak podmínky pro studium sluchově postižených na vysoké škole. Jako nejvhodnější způsob zprostředkování informací preferují respondenti osobní konzultaci s pověřeným odborníkem, a nebo volně přístupný materiál uveřejněný na webových stránkách, dále by uvítali volně dostupný tištěný materiál. Potěšující informací je to, že skoro polovina respondentů uvádí, že udržuje kontakt se Střediskem Teiresiás, především z toho důvodu, že s pracovníky Střediska konzultují vhodnost užívaných studijních materiálů ve výuce, dále její průběh nebo se snaží získat informace týkající se speciálních potřeb studentů se sluchovým postižením spojených s jejich studiem na vysoké škole.

Další oblastí, která byla zkoumána, je již samotný proces komunikace a volba komunikačního prostředku. Při prvním osobním setkání se větší polovina respondentů dorozumívalo se studentem se sluchovým postižením prostřednictvím tlumočníka znakového jazyka, a proto považuji předchozí

informovanost o roli tlumočníka a jeho postavení v komunikačním procesu za velmi významné. U skupiny respondentů, kde probíhala komunikace bez tlumočníka, se jako nejčastěji volený způsob komunikace ukázala mluvená řeč s odezíráním. Vzhledem ke specifičnosti a náročnosti odezírání, považuji za důležité, aby byli vyučující informováni o tom, jaké podmínky pro úspěšné odezírání je potřeba zajistit, a proč se nemusí komunikace formou odezírání vždy dařit. Navíc komunikaci formou mluvené řeči s odezíráním preferuje i v dalších setkáních většina respondentů, pokud neprobíhá komunikace za přítomnosti tlumočníka. Skoro polovina respondentů si uvědomuje vzniklé potíže během komunikace. Jak bylo již uvedeno, recepce i produkce psané formy řeči bývá obecně pro sluchově postižené náročná, abstraktní a zpravidla se v psaném projevu těžce sluchově postižených objevují zvláštnosti, což uvádí i dotázaní respondenti. Více než polovina respondentů se shodla, že jak forma, tak obsah napsaného jsou nižší kvality než u intaktních studentů.

Specifickou úlohu v komunikaci studentů se sluchovým postižením s jejich vyučujícím zaujímají tlumočníci, nejčastěji tlumočníci znakového jazyka, kteří prostřednictvím převodu sdělované informace z auditivně-verbálního kódu do vizuálně-motorického umožní studentovi se sluchovým postižením porozumění sdělované informaci a zajistí tak rovnocenné podmínky pro získávání informací a studium na vysoké škole. Téměř všichni respondenti považuje přítomnost tlumočníka za velmi přínosnou. Dokonce třetina respondentů vnímá roli tlumočníka znakového jazyka stejným způsobem, jako kdyby v jejich výuce byl student např. z Německa a měl sebou tlumočníka německého jazyka. Více než polovina respondentů považuje tlumočníka spíše za asistenta studenta se sluchovým postižením a nebo někteří z nich za kamaráda. Proto považuji za důležité, aby byli vyučující předem seznámeni s tím, jakou roli tlumočník znakového jazyka při výuce nebo při osobní konzultaci má a jaká pravidla musí být pro tuto formu komunikace dodržována.

V neposlední řadě je třeba upozornit na zvýšenou náročnost přípravy na výuku, v níž je přítomen student se sluchovým postižením. Skoro polovina respondentů uznává, že se na tuto výuku připravují více než v ostatních případech, a to především proto, že připravují pro studenty speciální studijní materiály, připravují prezentaci daného tématu takovým způsobem, aby byla pro studenta se sluchovým postižením srozumitelná, anebo posílají studentovi studijní materiály předem v psané podobě, aby se na výuku mohl připravit, což velmi oceňuji. Vizualizace a umožnění prostudování si materiálů

do výuky předem je pro studenty jednou z možných cest, jak jim zpřístupnit obsah probírané látky.

Manuál základních postupů jednání se studenty se sluchovým postižením na vysoké škole

Díky informacím získaných na základě analýzy výsledků výzkumné šetření jsem sestavila manuál základních postupů jednání se studentem se sluchovým postižením na vysoké škole a uvedla zde několik doporučení pro praxi, která umožní studentům se sluchovým postižením absolvovat studium na vysoké škole za co možná rovnocenných podmínek jako mají intaktní studenti. Především má usnadnit práci vysokoškolským učitelům, kteří se dennodenně potýkají s velkým množstvím problémů. Cílem následujících doporučení bude zpřístupnit cestu vysokoškolským učitelům k lepšímu pochopení specifické situace studenta se sluchovým postižením na vysoké škole, nastínit možnosti a úskalí komunikace se sluchově postiženými a pomoci při přípravě na výuku, v níž je přítomen student se sluchovým postižením, aby se následně eliminoval vznik různých potíží a s tím spojené dlouhodobé a náročné řešení.

Výše zmíněný manuál je zaměřen především na následující oblasti:

- vymezení základní terminologie oboru surdopedie se zaměřením na terciární vzdělávání sluchově postižených;
- východiska pro terciární vzdělávání sluchově postižených a jeho přínos pro studenty;
- stručnou charakteristiku náplně práce Střediska pro pomoc studentům se specifickými nároky – Teiresiás;
- zásady pro komunikaci se sluchově postiženými (s nedoslýchavými x těžce sluchově postiženými/neslyšícími studenty), tzn. podmínky pro úspěšné odezírání, role tlumočníka znakového jazyka při výuce a jeho postavení v komunikačním procesu, atd.;
- praktická doporučení pro výuku, v níž je přítomen student se sluchovým postižením;
- kontaktní adresy na zařízení a organizace věnující se sluchově postiženým;
- hypertextové odkazy;
- odborná literatura;
- terminologický slovník.

Tento manuál je k dispozici vysokoškolským učitelům na všech fakultách Masarykovy univerzity, a to v trojím provedení: v tištěné podobě, na CD-Romu a je umístěn na webových stránkách Masarykovy univerzity, k němuž bude zajištěn volný přístup všem studentům i vyučujícím na Masarykově univerzitě. Tištěná verze a CD-Rom byli v průběhu podzimu 2009 nabídnuty jak Středisku pro pomoc studentům se specifickými nároky – Teiresiás a je tak dostupný v knihovně Střediska. Dále je umístěn na Vývěsce webových stránek www.is.muni.cz nebo v archivu závěrečných prací – disertační práce autorky s názvem „Analýza postojů vysokoškolských učitelů k terciárnímu vzdělávání studentů se sluchovým postižením". Manuál je také možné získat přímo u autorky, která působí na Katedře speciální pedagogiky PdF MU.

Literatura

HÁDKOVÁ, K. *Studium sluchově postižených studentů na vysoké škole*. In Speciální pedagogika. Praha (2006, č.1) ISSN 1211-2720.

KARLOVÁ, B. *Získávání vysokoškolské graduace u jedinců se sluchovým postižením.* In ZIKL, P. Nové trendy v oblasti sekundárního a terciárního vzdělávání sluchově postižených. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. ISBN 80-7041-462-6.

KOMORNÁ, M. *Systém vzdělávání osob se sluchovým postižením v ČR a specifika vzdělávacích metod při výuce*. Praha: Česká komora tlumočníků znakového jazyka, o. s., 2008. ISBN 978-80-87153-60-4.

PEŇÁZ, P. *Standard a rutina ve vzdělávání sluchově postižených: in margine integrace do programů Masarykovy univerzity.* In ZIKL, P. Nové trendy v oblasti sekundárního a terciárního vzdělávání sluchově postižených. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. ISBN 80-7041-462-6.

PETRATUROVÁ, Ž. *Středisko Teiresiás I.* In UNIE, ročník XVII., 1-2/2008.

ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima, 2006. ISBN 80-7216-232-2..

VITÁSKOVÁ, K. a kol. *Zefektivnění studia a profesního uplatnění handicapovaných studentů na vysokých školách.* Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2003. ISBN 80-244-0621-7.

Hypertextové odkazy

Centrum pro znevýhodněné studenty SLUNEČNICE [online]. Ostrava. [cit. dne 17. 2. 2008]. Dostupné na WWW <http://www. slunecnice.vsb.cz >.

Centrum pomoci handicapovaným – Univerzita Palackého v Olomouci [online] Olomouc. [cit. dne 17. 2. 2008]. Dostupné na WWW <http:// www. ksp.upol.cz/8.htm>.

Středisko handicapovaných studentů při Vysoké škole ekonomické v Praze. [online] Praha. [cit. dne 17. 2. 2008]. Dostupné na WWW <http:// shs. vse.cz/index.php?action=-vodem >.

Akademická poradna pro zpřístupňování studia lidem se zdravotním postižením na Technické univerzitě v Liberci. [online] Liberec. [cit. dne 17. 2. 2008]. Dostupné na WWW <http://www.vslib.cz/uchazeci/dokument-3011.html>.

Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky – Teiresiás [online] Brno. [cit. dne 17. 2. 2008]. Dostupné na WWW <http://www.teiresias. muni.cz>.

Směrnice rektora č.4/2003 o studiu osob se specifickými nároky. [online] Masarykova univerzita, Brno. [cit. dne 10. 9. 2008]. Dostupné na WWW < https://is.muni.cz/auth/do/1499/normy/smernicerektora/Smernice_rektora_4-2003.doc>.

Kontaktní adresa
PhDr. Lenka Doležalová, Ph.D.
Katedra speciální pedagogiky
PdF MU
Brno
e-mail: lprusa@seznam.cz
mobil: 731 706 412

PRINCIPY AUDITIVNĚ-VERBÁLNÍ TERAPIE S AKCENTEM NA RODINU JAKO SOUČÁST INTERDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V PÉČI O DÍTĚ S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM

Mgr. Adéla Hanáková

Ústav speciálněpedagogických studií, PdF UP Olomouc

Klíčová slova

Rodina, dítě se sluchovým postižením, auditivně-verbální terapie, interdisciplinární spolupráce, kochleární implantát.

Key words

Family, child with hearing impairment, auditory-verbal therapy, interdisciplinary cooperation, cochlear implant.

Pro převážnou většinu rodičů je fakt, že dítě neslyší, vysoce zátěžovou situací a skutečným útokem na jejich rodičovskou sebekoncepci. Vyrovnání se s existencí sluchového postižení u dítěte je dlouhodobý a psychicky náročný proces. Často se u rodičů setkáváme s pocity vlastního selhání, které jsou způsobeny rodičovskou potřebou mít zdravé dítě. Sociální prostředí, ve kterém dítě se sluchovým postižením vyrůstá, determinuje nejen kvalitu a kvantitu získaných zkušeností a dovedností, ale především vzájemný citový vztah utvářející se mezi dítětem a ostatními členy rodiny. Neschopnost rodičů vyrovnat se s pocity selhání má v budoucnu negativní vliv i na emoční a kognitivní vývoj dítěte. Slyšící rodiče často nevědí, jak se s dítětem nejlépe dorozumívat. Vzniká nebezpečí, že mu budou, byť nezáměrně, dávat najevo jeho odlišnost, jeho řečové nedostatky. Odborníci zdůrazňují potřeby charakterové a volní vlastnosti dítěte, které jsou východiskem pro překonávání obtíží v průběhu osobnostního rozvoje, procesu edukace a v běžných životních situacích. Důležitou roli zde hraje zájem rodiny, citová podpora a společné prožívání radosti z úspěchu. Rodina a další rodinní příslušníci by měli být předem informováni o předpokládaném vývoji po kochleární implantaci i o výchovných přístupech k dítěti. V práci s rodiči se setkáváme na jedné straně s nedostatky ve vzdělávacích záměrech, nedůsledností, přehnanými požadavky, neadekvátním očekáváním a na straně druhé s extrémně ochranitelskou výchovou či krajním

liberalismem. V období po kochleární implantaci je schopnost dítěte slyšet rodinou silně citově prožívána. Základním cílem logopedické péče není „slyšet", ale rozumět. Rodiče by měli zaměřit své výchovné působení na maximální a především harmonický rozvoj svého dítěte. Nezbytnou součástí zde musí být průběžné pozitivní hodnocení i sebemenších úspěchů a přirozený rozvoj individuálních schopností dítěte (Estabrooks, Marlowe, 2000).

Odborníci v oblasti auditivně-verbální terapie se řídí několika zásadními principy. Mezi jeden z nejzásadnějších principů patří včasné zjištění sluchového postižení. Nediagnostikování v porodnici či v raném dětství může vést ke značnému opoždění ve vývoji jazykového vnímání a vyjadřování. V případě, že byla odhalena sluchová ztráta, zásadní je okamžitá lékařská a především audiologická péče, včetně výběru, úpravy vhodného sluchadla, kochleárního implantátu či jiných pomůcek. Sluchadla ve spojení s auditivně-verbální terapií mohou poskytnout velice cenné diagnostické informace nutné pro další kroky, kterými může být kochleární implantace. Neméně důležitým principem je poskytovat podporu rodičům dítěte se sluchovým postižením, jakožto základním vzorům rozvoje jazyka dítěte a pomáhat jim uchopit dopad sluchového postižení na celou rodinu. Dodejme, že rodinou míníme také širší rodinu včetně prarodičů, kteří v celém procesu hrají taktéž důležitou roli a často jsou základními vzory pro rozvoj poslechu a mluveného jazyka v raném dětství. Činnost auditivně-verbálního terapeuta by měla být zaměřena především na individuální sezení s aktivní účastí rodičů. Při terapii se rodiče učí modelové techniky pro stimulování řeči, jazyka a komunikačních činností, starategie pro integraci poslechu do každodenního života, interpretovat význam první komunikace dítěte, zaznamenávat a prodiskutovávat pokrok dítěte, interpretovat krátkodobé a dlouhodobé cíle, dosáhnout důvěry v interakci rodič-dítě a činit zasvěcená rozhodnutí (Estabrooks, 2006).

Mezi rozvojem komunikace a dovednostmi nezbytnými k osvojení gramatických pravidel daného jazyka musí existovat rovnováha. Z těchto důvodů je nutné zaměřit se na zapojení poslechu do celého osobnostního rozvoje, přičemž konečným ideálním cílem je integrovaný člověk využívající poslech doma i ve společnosti.

K podpoře tohoto výše uvedeného principu lze kvalitně dosáhnout prostřednictvím individuální výuky, kdy individuální auditivně-verbální sezení umožňují dosáhnout maximálního rozvoje dítěte, ale také rodiče, jako základního vzoru. Při sezeních je kladen důraz na sledování vlastního hlasu

dítěte a hlasů ostatních za účelem zlepšení srozumitelnosti řečového projevu. Účinné naslouchání svému vlastnímu hlasu připravuje tak dítě se sluchovým postižením na nezávislou verbální komunikaci vyžadující minimální vysvětlování či dokonce vyžadující odezírání (Erber, 1982).

Auditivně-verbální terapie využívá přirozených vývojových vzorců poslechu, jazyka, řeči, komunikace a poznávání za účelem stimulace přirozené komunikace, přičemž postupuje od detekce přes diskriminaci a identifikaci až porozumění a osvojení si náročných dovedností v oblasti vzdělávání.

Mezi neméně důležitý princip auditivně-verbální terapie patří poskytování poradenství s cílem umožnit začlenění dětí do běžných školních tříd. Pokud je začlenění do běžné školy nevhodné, tým odborníků by měl doporučit jinou alternativu a popř. okamžitou úpravu stávajícího programu.

Ze všech uvedených skutečností vyplývá, že je kochleární implantace u dětí počátkem dlouhé cesty komplexní péče a působení z řad mnoha odborníků. Názory na to, kdo by v týmu pečující o rodinu a dítě s kochleárním implantátem neměl chybět, se různí. Týmové přístupy mohou být různého charakteru, jak z hlediska profesionální skladby týmu, tak specifického působení jednotlivých specialistů a proměnlivého souboru těchto pracovníků. Jako první jmenujme multidisciplinární týmový přístup spočívající v samostatné práci každého odborníka, který pracuje nezávisle na ostatních. I přesto, že každý člen multidisciplinárního týmu má svou specifickou úlohu v oblasti intervence, je komunikace mezi jednotlivými odborníky omezená. Negativem vyplývajícím z tohoto přístupu je pro jedince se sluchovým postižením velké množství hodnocení a informací od různých odborníků s absencí vzájemné komunikace, koordinace a kooperace zejména při konečném rozhodnutí např. při volbě komunikačního systému či intervenčního plánu. Tento přístup je často chápán jako model tradiční se svými zápory (Estabrooks, 1994).

Moderním přístupem nejen v oblasti péče o jedince se sluchovým postižením je interdisciplinární týmový přístup, který je napovrch podobný modelu multidisciplinárnímu, neboť jednotliví odborníci zajišťují u klientů intervenci. Interdisciplinární přístup se však na rozdíl od multidisciplinárního přístupu vyznačuje vzájemnou komunikací, koordinací a kooperací zajišťující komplexnost a longitudinálnost péče o jedince se sluchovým postižením (Diller, 2000).

V případě, že jednotliví členové týmu jsou seznamováni s intervenčními postupy jiných odborníků, hovoříme o týmovém přístupu transdisciplinár-

ním. Tento přístup je považován za nejmodernější a v oblasti péče o osoby s kochleárním implantátem za nejprogresivnější.

Týmové přístupy lze vnímat z vertikálního a horizontálního hlediska. Z vertikálního hlediska jsou týmové přístupy formované potřebou prevence vzniku sluchových vad, včasné diagnostiky a terapie sluchové vady, raného intervenčního programu a podpory rodiny dítěte se sluchovým postižením. Prevenci, včasnou diagnostiku a screening sluchových vad zajišťuje tým složený z genetika, teratologa-perinatologa, pediatra-neonatologa, pediatra, ORL lékaře, foniatra a audiologa.

V rámci vytváření raných intervenčních programů jsou dále zainteresováni odborníci jako např. sociální pracovní pracovník, speciální pedagog, klinický logoped, klinický a školní psycholog, audiolog, neurolog, popř. také pedopsychiatr a další.

Vzhledem ke zvolené oblasti je nutné zmínit tým zajišťující kochleární implantaci. Mezi tyto odborníky patří chirurg, audiolog, ORL lékař, foniatr, neurolog, rentgenolog, anesteziolog, audiologická sestra, klinický inženýr, klinický psycholog, klinický logoped, sociální pracovník, speciální pedagog a další (Krahulcová, 2005).

Uveďme též tým participující v průběhu předškolní a školní výchovy: pedagog, speciální pedagog, klinický logoped, školní logoped, klinický psycholog, školní psycholog, pediatr, foniatr a další.

Horizontální výčet transdisciplinární kooperace pak představuje otevřený tým výše zmiňovaných odborníků, ale také dalších odborníků, kteří jsou přizváni do týmu k řešení specifických potřeb dítěte se sluchovým postižením a jeho rodiny. Mezi tyto odborníky můžeme řadit fyzioterapeuta, arteterapeuta, psychoterapeuta, ergoterapeuta, muzikoterapeuta, zooterapeuta a další (Krahulcová, 2005).

Specifické příklady práce s rodiči budou konkrétně uvedeny při prezentaci příspěvku.

Použitá literatura

KRAHULCOVÁ, Beáta, Interdisciplinary Approaches, Co-operation and Counselling. In: DILLER, Gottfried, KOSMALOWA, Joanna, KRAHULCOVA, Beáta, LEHNHARDT, Monika,PERALTA,Felisa, Study Guide for Educational Staff Working with Hearing Impaired Children. Heidelberg: 2005. 473–487 s.

DILLER, G. Sluchová hnutí. in KOLEKTIV AUTORŮ. Sluchové postižení – možnosti edukace. Qualification of educational staff working with hearing impaired children – QESWHIC Project. Praha, 2000.
ESTABROOKS, W. (Ed.) Auditory-Verbal Therapy and Practice. USA: Alexander Graham Bell Association for the Delf and Hard of Hearing, Inc., 2006. ISBN 978-0-88200-223-1.
ESTABROOKS, W. Auditory-Verbal Therapy for parents and professionals. Washington DC: AGBell, 1994.
ESTABROOKS, W; MARLOWE, J. The baby is listening. USA: AGBell, 2000. 78 s. ISBN 0-88200-211-2.
ERBER, N. Auditory training. Washington, DC: AGBell Association for the Deaf, 1982.

SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ DÍTĚ S NAŘÍZENOU ÚSTAVNÍ VÝCHOVOU

Hearing impairments Child with institutional upbringing

Mgr. Jirotková Michaela

Doktorand Ústavu speciálně pedagogických studií PdF Univerzity Palackého, Žižkovo nám. 5, 771 40 Olomouc

Klíčová slova

Ústavní výchova, neslyšící děti, sluchové postižení.

Key words

Institutional upbringing, deaf children, hearing impairments.

Úvod

Ústavní výchova neslyšících dětí patří mezi problematiky, které jsou dosti specifické a zaslouží si bližší zkoumání. Rodinná situace dětí s vadami sluchu a jejich výchova mají podstatnou roli v utváření osobnosti dítěte a formují jeho další vývoj. Sluchové postižení, stejně jako jiný handicap, má vliv na veškeré oblasti vývoje dítěte. V první řadě působí na vývoj řeči a myšlení dítěte. Důsledkem sluchového postižení může být dítě s ohledem na své projevy nesprávně nazíráno jako opožděné. „Rovněž je ovlivněno formování osobnosti a tvorba sociálních vztahů (rodina, škola, přátelé)" (Houdková, 2005, s. 24). Z těchto důvodů potřebuje dítě se smyslovým postižením specifický přístup.

1 Definice pojmů

1.1 Neslyšící dítě

Dítětem je dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí (č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů) myšlena každá osoba, která nedosáhla věku 18 let, tj. je nezletilá.

Pro zjednodušení budu v článku používat zastřešující pojmy „neslyšící děti" nebo „děti se sluchovým postižením", který tedy zahrnuje i jiné kategorie sluchových vad. Důvodem je to, že v případě ústavní výchovy tyto děti pobývají společně v jednom zařízení, spadají do stejné kategorie speciální pedagogiky. Míra jejich sluchového postižení není určujícím kritériem při

práci s těmito dětmi (tj. tato otázka není nijak řešena). V zařízení pro výkon ústavní výchovy se tak setkávají různě sluchově postižené děti.

2.1 Ústavní výchova

Jako pojem je ústavní výchova definována a její výkon je upraven v platných právních normách České republiky. Konkrétně se jedná o zákon č. 94/1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů (zákon o rodině), č. 359/1999, ve znění pozdějších předpisů (zákon o sociálně právní ochraně dětí) a č. 109/2002 Sb. (zákon o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízení a o změně dalších zákonů).

Ústavní výchova je jednou z forem výchovy dítěte a spadá do kategorie tzv. náhradní výchovy. „Uplatňuje se v případech, kdy rodina o dítě není schopna pečovat a výchovu dítěte nelze zajistit jiným způsobem" (Matoušek, 2003, s. 253). Ústavní výchovu může nařídit pouze soud. Ústavní výchova je realizována v zařízeních k tomu určených a týká se pouze nezletilých osob (tj. dětí do 18 let věku), v odůvodněných případech může být prodloužena do 19 let. Ústavní výchova jako pojem je však spojen pouze s nezletilými dětmi.

2 Specifika výchovy dětí se sluchovým postižením

Obecně je výchova dítěte dlouhodobý, intenzivní a náročný proces. Prvořadě patří právo vychovávat dítě jeho rodičům. „Výchova postiženého dítěte je mnohem náročnější, protože rodiče si musí osvojit zcela nové a neznámé dovednosti" (Roučková, 2006, s. 21). To platí především v případě slyšících rodičů, kteří dosud měli se světem neslyšících minimální zkušenost. Ale i pro rodiče, kteří jsou sluchově postižení, je výchova stejně handicapovaného dítěte poněkud obtížnější. Stejně tak z pohledu dítěte je rozdíl, zda jej vychovávají slyšící či neslyšící rodiče

Dítě se sluchovým postižením charakterizují především tato vývojová a osobnostní specifika: přítomnost komunikační bariéry s nedostatečným přísunem akustických stimulů, výrazné zpomalení řečového vývoje, zpomalení v rozvoji intelektového potenciálu, v motorických a senzomotorických aktivitách, změny v osobnostních strukturách, emocionální nezralost, impulsivnost, narušené komunikační vztahy s rodinným a sociálním prostředím.

3 Objekty ústavní výchovy neslyšících dětí

Problematika ústavní výchovy dětí se sluchovým postižením se týká každé z kategorií, které rozlišuje Tomeš (2002) na jednotlivce, rodiny a skupiny.

Jednotlivci

Jednotlivcem je sluchově postižené dítě. Potřebuje specifický přístup v komunikaci a tím i při své výchově, ať se nachází v péči rodiny nebo v ústavním zařízení. Možností, jak s takovým dítětem komunikovat je více a za pomoci odborníků se dá najít ten správný způsob. Stejně tak existují školy, kde se sluchově postižené děti vzdělávají. Výběr školy je také závislý na stupni postižení dítěte, na jeho osobnosti a inteligenci. Je však také odvislý od schopnosti rodiny naučit své dítě komunikovat, začlenit jej do kolektivu, naučit ho sociálním dovednostem. Pakliže se již v této rovině objevují v rodičovských povinnostech nedostatky, může to být signálem pro příslušné orgány, že v rodině není vše v pořádku. Zjistí-li se nezvládání rodičovské role a tím i výchovy buď jako pro dítě ohrožující anebo se vyskytne v kombinaci s dalšími problémy (např. zanedbání zdravotní péče, nedostatek materiálního zabezpečení, apod.), může v krajním případě vést k umístění dítěte do ústavní výchovy.

Rodina

Rodina je základní sociální a socializační jednotka společnosti, má biologickou, výchovnou, materiální i duchovní funkci a její role v životě jedince je zásadní. Až 90 % narozených dětí s různým stupněm sluchové vady se rodí do slyšících rodin. Dítě s postižením sluchu přináší slyšícím rodičům permanentní zátěž, spojenou se zvládáním psychického stresu. Rodičovství se stává nelehkou úlohou.

V našem společenském prostředí většinou patří dominantní pozice v rodinném modelu péče o dítě s postižením matce. V porovnání s otcem to bývá ona, kdo je podstatně více „zasažený“ tíhou rodičovského stresu a z něho pramenícími pocity úzkosti, či prožíváním výrazných společenských a pracovních omezení. Současně se stává v porovnání s otcem informovanější o všem, co souvisí s postižením dítěte. Mezi rodiči tak mohou vznikat odlišné postoje k dítěti či partnerské konflikty, které mohou být zdrojem problémů otců s přijetím postižení u dítěte.

Skupiny

Neslyšící děti tvoří specifickou skupinu v celé kategorii dětí s nařízenou ústavní výchovou. Specifikem je jejich sluchové postižení. Takové děti spadají v podstatě do dvou skupin současně: jako nezletilé vyžadují zvláštní ochranu a pomoc, a je zároveň smyslově postižené, tj. potřebuje i speciálně pedagogický přístup.

„Institucionální zařízení jsou vytvářena spíše pro homogenní skupiny dětí a mládeže, jejichž identita je určena hlavním problémem, který je jim všem společný“ (Krahulcová in Krahulcová a kol., 2002, s. 89). Neslyšící děti jsou tedy v případě nařízení ústavní výchovy umístěny do takového zařízení, které reflektuje jejich postižení a je připraveno jim poskytnout potřebnou péči. Je však důležité myslet na to, že se jedná o postižení smyslové, tj. je narušen způsob vnímání světa u těchto dětí a způsob jejich komunikace s okolím je jiný. Často je tedy toto postižení tím jediným, co tyto děti spojuje, ale jedná se o tak zásadní znak, že slouží jako hlavní kritérium pro umístění dítěte do konkrétního zařízení ústavní péče.

4 Sociálně-právní ochrana dětí

Ve vztahu k výkonu sociálně-právní ochrany dětí se k neslyšícím dětem přistupuje stejně jako ke všem ostatním (dle znění zákona č. 359/1999 Sb.). Institut sociálně právní ochrany dětí funguje v souladu se zákonnými normami a slouží pro ochranu všech dětí, zejména však těch, které se ocitly v nějakém znevýhodnění proti ostatním.

Orgány sociálně-právní ochrany dětí (dále OSPOD) při umístění sluchově postiženého dítěte může částečně ovlivnit to, kam bude dítě umístěno. Vzhledem k pouze dvěma možnostem, které v naší republice jsou (tj. jsou pouze 2 školy, které fungují i jako dětský domov pro sluchově postižené), je rozhodování o umístění dítěte poměrně snadné.

Pracovníci/ice OSPOD mají při kontaktu s dítětem v zařízení omezenou možnost komunikace s dítětem – pokud neovládají český znakový jazyk a dítě neumí odezírat, je zapotřebí přítomnost tlumočníka, kterým většinou bývá pracovník daného zařízení. Přichází se tím tedy o možnost bezprostředního sdělení dítěte někomu, kdo může jeho problémy pomoci řešit. Podobnou překážku nalézá OSPOD i při jednání s rodiči dítěte, jsou-li neslyšící.

5 Příčiny umístění neslyšícího dítěte do ústavní výchovy

Příčiny nařízení ústavní výchovy neslyšícího dítěte jsou stejné jako u majoritních dětí. Přesto je potřeba reflektovat charakter problému a definovat tyto příčiny s přihlédnutím ke specifice sluchového postižení. V případě neslyšícího dítěte se nabízejí dvě základní varianty jeho umístění v ústavní péči:

1. Dítě, které má smyslovou vadu v kombinaci s dalším vážným tělesným či duševním postižením a vyžaduje výrazně zvýšenou péči, kterou rodiče

nejsou schopni či ochotni poskytnout. V tomto případě bývá dítě umístěno do ústavu sociální péče. Jak uvádí Matoušek: „Jde o ústavní zařízení určené dospělým občanům, mládeži a dětem s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, případně s kombinací těchto postižení" (2003, s. 254). Zpravidla se však nejedná o nařízení ústavní výchovy soudem, ale jde o situaci, kdy rodiče na základě vlastního rozhodnutí požádají o přijetí dítěte do ústavu sociální péče. Dochází tak k uzavření dohody mezi daným zařízením a rodiči. V takovém případě nemusí být rodinná situace vůbec řešena přes orgány sociálně právní ochrany dětí (a přes soud).

2. Dítě, které kromě svého smyslového handicapu nemá jiný vážnější zdravotní problém a v ústavní výchově se ocitne na základě rozhodnutí soudu kvůli selhávání základních funkcí rodiny anebo kvůli svému problémovému chování. Může se jednat o kombinaci obou těchto možností.

Problém na straně rodiny (rodičů)

První variantou ke které může dojít, je odmítnutí dítěte matkou (rodiči) ihned po narození. Podle Kročanové (2005, s. 22) jsou matky rizikových a postižených novorozenců vystaveny značnému psychickému a sociálnímu tlaku. Matky rizikových nebo problémových dětí těžko překonávají frustraci související s pocitem nezvládnutí mateřské role. Další důvody pro nařízení ústavní výchovy se pak již mohou objevit v průběhu celého dětství. Příčiny, které k tomu mohou vést jsou nejčastěji tyto:

- Rodiče nezajišťují dítěti jeho základní potřeby – strava, ošacení, materiální zajištění, zdravotní péče. Dítě tedy v jejich péči závažným způsobem strádá.
- Dítě se ocitlo bez zajištěného bydlení a rodině se nepodařilo tuto situaci vyřešit (např. bydlení v azylovém domě).
- Dítě je v rodině týráno či zneužíváno, což dítě nejen psychicky a fyzicky poznamená, ale jedná se i o trestný čin.
- Rodiče neposkytují dítěti řádné vzdělávání (neposílání do školy v rámci povinné školní docházky) nebo jinak závažným způsobem ohrožují jejich mravní výchovu.
- Rodiče dítě podstatně zanedbávají po stránce výchovné a citové (chybí výchovná a emocionální funkce rodiny).

- Rodiče dítěte zemřeli nebo nejsou schopni péči o dítě sami zajistit (např. vážné onemocnění) a jeho další výchovu se nepodařilo zajistit jiným způsobem.

Problém na straně dítěte

Problémové chování dítěte se zpravidla vyvíjí postupně a dlouhodobě. Může začít zhoršeným prospěchem ve škole, nepozorností a vyvinout se v páchání přestupků či trestné činnosti, záškoláctví, útěky z domova apod.

„Počty dětí a mladých lidí s poruchami emocí a chování v kulturních zemích výrazně rostou" (Škoviera, 2007, s. 81). Problémové chování, jako je např. drobné krádeže, fyzické napadaní vrstevníků, ztráta respektu k autoritám apod. může u neslyšících dětí být projevem určitého neporozumění, narážení na komunikační bariéry nebo způsob revolty proti „zdravému" okolí. Je třeba tyto projevy včas rozpoznat a umět s nimi (a tím i s dítětem komplexně) pracovat, aby nepřerostly v závažnější formy chování. Je to úkol, který vyžaduje znalosti a zkušenosti z oboru speciální pedagogiky.

6 Místo výkonu ústavní výchovy neslyšících dětí

Možnosti, kde bude takové dítě umístěno, jsou dosti omezené. Děti starší 3 let jsou vždy nejprve umístěny do diagnostického ústavu, kde pobývají společně s dětmi majority. V tomto shledávám značný nedostatek, neboť v takovém kolektivu má dítě problémy s komunikací a celý průběh diagnostiky je obtížnější.

6.1 Diagnostický ústav

„Tyto děti mají být během dvou měsíců komplexně vyšetřeny a má být navržena další vhodná péče, což je nejčastěji dětský domov nebo výchovný ústav" (Matoušek, 2003, s. 237). Diagnostické ústavy jsou děleny podle věku dětí a podle pohlaví. Podle jiných kritérií diferencovány nejsou, je tedy zřejmé, že dítě se sluchovým postižením je předáno do diagnostického ústavu, kde pobývají i slyšící děti. V prostředí slyšících dětí i personálu je pro takové dítě obtížné komunikovat, začlenit se, spolupracovat, a tím je tedy i celá diagnostika poněkud zkreslená. Vzhledem k minimálnímu výběru dalšího zařízení pro tyto děti, slouží výsledky odborných vyšetření hlavně jako podklad pro další práci s dítětem ve speciální škole.

6.2 Dětský domov a školy pro sluchově postižené

Nejčastějším typem zařízení pro výkon ústavní výchovy dětí starších 3 let, je dětský domov. „Domovy pro děti od 3 do 18 let jsou zařízeními školskými, v nichž pracují pedagogové a vychovatelé, řídí je obvykle pedagog" (Matoušek, 2003, s. 50). V České republice však existují pouze tři dětské domovy, které zajišťují ústavní výchovu neslyšících dětí:
Mateřská škola, Základní škola a Dětský domov, Ivančice,
Dětský domov při MŠ, ZŠ a SŠ, Českých Budějovicích,
Dětský domov a Mateřská škola speciální, Beroun.

Jako určité řešení se nabízí škola pro sluchově postižené s internátním zařízením. Je to poměrně moderní způsob řešení situace těchto dětí. „Až v padesátých letech minulého století začal být uplatňován selektivní přístup, začaly vznikat internátní školy pro sluchově postižené, kde je možné uskutečňovat i náhradní výchovu" (Škoviera, 2007, s. 93). Jedná se totiž o školu, kde přímo probíhá i výuka dětí. Ve třídě se tak setkávají děti, které žijí v rodině a do školy docházejí, a děti které žijí mimo svou rodinu. Ve škole pro sluchově postižené má dítě zajištěno stravování, ubytování a ošacení, dále učební pomůcky a nutné náklady na vzdělání, náklady na zdravotní péči (není-li hrazena pojišťovnou), kapesné, a dále mohou být pokrývány i náklady na volnočasové aktivity, rekreace, kulturní, sportovní a jiné aktivity, stejně tak náklady na dopravu při cestě k rodičům. Chybí zde však v současnosti preferovaný model rodinné výchovy v ústavní péči. Navíc hlavním kritériem pro umístění dítěte do této instituce je smyslové postižení a nikoli jeho individuální potřeby. Dítě se tak často ocitne daleko od původního domova.

7 Cíle práce s neslyšícími dětmi v ústavní výchově

Cílem práce s dítětem v ústavní výchově je zajistit jejich potřeby místo rodiny, naučit je samostatnosti (schopnosti postarat se o sebe, zajistit své potřeby a vyřídit své záležitosti), vzdělávat se, najít si své zájmy. Škola děti vede i k přijetí určitých životních hodnot, jako rodina, vzdělání, k pochopení hodnoty peněz. Svými aktivitami zařízení prokazuje, že tyto cíle má možnost naplnit, neboť dětem zajišťuje kromě materiálního zázemí i širokou škálu zájmových aktivit, různé pobyty mimo město. Kromě toho je zde i maximální snaha o to, aby dítě neztratilo spojení se svou rodinou. Ne vždy se však daří rodinu do spolupráce zapojit.

8 Principy výchovy neslyšících dětí v ústavní výchově

Výchova sluchově postižených dětí je považována za totožnou jako u ostatních dětí, tj. není důvod, aby byly používány jiné výchovné metody (například je preferována pochvala před kritikou). Je ale přihlíženo k tomu, že se jedná o děti s handicapem, někdy i s jiným než sluchovým (např. mentální postižení). Děti potřebují více trpělivosti a vytrvalosti ze strany dospělých a kromě toho se musí naučit věci, které ostatním dětem nedělají potíže (např. nákup v obchodě).

Stejně tak najdeme rozdíl i v komunikačních metodách s těmito dětmi. Způsob komunikace se sluchově postižením dítětem je závislý na stupni jeho postižení i na jeho inteligenci – to jsou určující principy pro výběr metody. Používají se všechny možnosti, tj. totální komunikace, orální metoda, český znakový jazyk nebo bilingvální přístup.

Při výběru dalšího vzdělávání a povolání dítěte se přihlíží k tomu, co dítě zajímá, k čemu inklinuje a zároveň k jeho mentálním schopnostem. Dalším kritériem je i nabídka vzdělávání pro sluchově postižené. Jde tedy o kombinaci individuálních preferencí dítěte a skutečných možností. Svou roli hrají i rodiče dítěte, kteří přesto, že o dítě nepečují, spolurozhodují o jeho dalším vzdělání. Může se tedy stát, že představa rodičů bude rozdílná s představou dítěte (nebo i školy). Finanční stránka by neměla být hlavním kritériem při výběru střední školy či učiliště, neboť tyto náklady hradí v případě ústavní výchovy stát.

9 Role rodiny při řešení problémů dítěte

Rodina má při práci s dětmi v ústavní výchově stále důležitou funkci. Respektuje se původ dítěte, jeho primární zázemí a vztah k rodičům. Rodinu žádná institucionální péče – byť sebelepší – nenahradí, proto nejenže se podporují kontakty dítěte s rodinou, ale také se iniciují návštěvy dětí u rodičů, vychází se jim vstříc. To vše v případě, že rodina je nadále alespoň částečně funkční a tyto procesy nejsou proti zájmům dítěte. Rodiče také dostávají pravidelné informace o tom, jak dítě prospívá. V převážné většině se dítě po skončení ústavní výchovy do rodiny vrací, což však není hodnoceno pozitivně. Důvodem je to, že dítě, které bylo v zařízení vedeno výchovně správným způsobem se pak po návratu do rodiny dostane opět do stejného problémového prostředí, ze kterého přišlo. Navíc hrozí to, že rodina zneužije potenciálu dítěte ve svůj prospěch – např. peníze z výdělečné činnosti, invalidní důchod.

Závěr

Sluchově postižené děti vyrůstající v institucionální péči jsou jako jiné děti, které ztratily možnost vyrůstat ve své biologické rodině. V každém případě je však dítě poznamenáno tím, že muselo z rodiny z různých důvodů odejít, a i když je mu po stránce materiální i sebevzdělávací poskytnuta maximální péče, pocit příslušnosti do vlastní rodiny nahrazen být nemůže. Specifikem u těchto dětí je to, že péči o ně zajišťuje škola pro sluchově postižené.

Zhodnocení efektů této práce po ukončení ústavní výchovy v dospělosti není zcela možné. Dítě po dosažení dospělosti se ve většině případů do své rodiny vrací. Je otázkou, zda byly snahy zařízení o vnuknutí těch správných životních postojů užitečné, zda dítě nebude opět přejímat – často nevhodné – vzorce chování ze své rodiny. Chybí zde mezičlánek mezi ukončením pobytu v zařízení (často v souběhu s dokončením studia) a jeho postavením se na vlastní nohy (zajištění zaměstnání, bydlení).

Literatura

FEDERACE RODIČŮ A PŘÁTEL SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH. Ve světě sluchového postižení. Praha: FRPSP, 2005. ISBN 80-86792-27-7.

HENDL, J. Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOUDKOVÁ, Z. Sluchové postižení u dětí – komplexní péče. Praha: Nakladatelství TRITON, 2005. ISBN 80-7254-623-6.

KRAHULCOVÁ, B. Komunikace sluchově postižených. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.

KRAHULCOVÁ, B. a kol. Postižený člověk v procesu senescence. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7290-094-3.

KRAUSOVÁ, L., NOVOTNÁ, V. Sociálně-právní ochrana dětí. Praha: ASPI, 2006. ISBN 80-7357-214-1.

KREBS, V. Sociální politika. Praha: ASPI, 1997. ISBN 80-85963-33-7.

KROČANOVÁ, Ľ. Maladjustačné prejavy sluchovo postihnutého dieťaťa v komunikácii s matkou. In: Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky 1211–2720 CZ Roč. 15, č. 1 (2005), s. 21–25.

MATOUŠEK, O. Ústavní péče. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.

ŠKOVIERA, A. Dilemata ústavní výchovy. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-318-5.

TOMEŠ, I. Sociální politika: Teorie a mezinárodní zkušenost. Praha: SOCIO-PRESS, Praha. 1996. ISBN 80-902260-0-0.
TOMEŠ, I. a kol. Sociální správa. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-483-0.

IDEAL, REALITY AND PERSPECTIVES– AN EXPLORATION ON ROLE OF PARENTS OF CHILD WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS IN INCLUSIVE EDUCATION

Peng Yan

Institute of Special education studies, pedagogical faculty, Palacky University, Olomouc,CZ, 610101;
College of Educational Science, Sichuan normal university, Chengdu, Sichuan, China, 77140

Abstract

The support and involvement of parents of children with special educational needs (SEN) is vital, which links successful implementation and development of inclusive education. Firstly, this paper analyzes the ideal roles that parents of child with SEN should act in inclusive education, such as advocator, promoter and collaborator of inclusive education and lifelong learner; secondly, it discusses current role conflicts which parents of child with SEN are facing in real life, for example, advocating without clear consciousness of right, promoting inclusive education passively, cooperating with professionals negatively and learning without enough supportive resources; finally, it presents some practical and possible strategies about how to realize the ideal roles of parents of child with SEN in inclusive education.

Key words

Parents of children with special educational needs, role, inclusive education.

A role or a social role is a set of connected behaviors, rights and obligations as conceptualized by actors in a social situation. It is an expected behavior in a given individual social status and social position (http://en.wikipedia.org/wiki/Role).

In some countries, education has been seen as largely a matter for professionals. Parents had little part to play, especially parents of children with special educational needs, they have simply received the services provided by so-called professionals. They have not been expected to play any significant roles in the education of their children and they have few formal rights to take part in the decision-making about inclusive education. In countries

which have adopted more inclusive approaches, such as U.S.A, U.K, the involvement of parents of children with special educational needs (SEN) have become central to the process of inclusive education, which links the successful implement and development of inclusive education (UNESCO, 2003).

Without doubt, as the primary, persistent and important place of socialization, family is vital for the development of children with SEN and for children, parents play very important roles nobody can substitute. Comparing with typical children, children with SNE have their own special needs during whole developmental process. Some of these needs can be satisfied via the regulating and implementing related legislations from up to down, but the other needs still need to be advocated and to be strived for by parents and related professionals from bottom to top. So, the role played by parents of children with SEN is different with the role played by parents of typical children in the context of inclusive education. What ideal roles parents of children with SEN should play? We will discuss this as following.

1 The ideal roles that parents of child with SEN should play in inclusive education

1.1 Advocators

As a basic citizen right, children with SEN can choose regular school to receive their education as same as their typical peer. The acquirement of this right largely relates to the persistent and untiring advocacy of their parents and the parents associations with the collaboration of other related professional organizations. For example, in the beginning of 1970s, some advocates of special education in America, including parents of children with SEN, their associations and some lawyers who helped to vindicate citizen right began to implead state and local schools, because these schools' exclusion and mistaken category for exceptional children offended the equal educational right of American constitution (Turnbull & Turnbull, 2000; Yell, 1998). The advocacy was successful. After that, under the support of professionals of association for children with SEN and legislators, many parents of children with SEN took the law as criterion to advance that congress should set up relevant federal law and earmark founds to guarantee the right which exceptional children can get equal education. All these advocacy have contributed for the establishment of *Education for All Handicapped Students Act* (Public Law 94–142) in 1975 and for the other following legislation (Jurnbull; Jurnbull; Shank; Smith & Leal, 2002). Also, the advance and implement of

inclusive education links the remorseless advocacy of parents of children with SEN. The rights and requirements of children with SEN can be recognized, accepted and catered for as equal social citizen by our society when their parents really cognize these proper rights and actively advocate these rights for their children.

1.2 Promoters

Whatever any country, from central government to local school, all kinds of laws and rules about inclusive education have significant influence on implement and development of inclusive education. Who attend the decision-making? Can these persons who participate in the process of decision-making represent the authentic rights of children with SEN?

All these doubts concern one core issue, that's if there are parents of children with SEN to participate in the process of decision-making. As ideal promoter of inclusive education, only can these parents actively participate in the process of decision-making of inclusive education on different administrative levels, the actual requirements of children with SEN and their families can be expressed adequately, and the parents can promote inclusive education successfully in practice.

1.3 Cooperators

Children with SEN can choose regular school to receive education, which guarantees the equality of starting point of education. On the other side, we must consider whether or not regular schools can provide appropriate education and additional supports to meet the needs of their students with SEN, because these appropriate education and supportive service can guarantee the equality of process of outcome of education for these children. Considering understanding children with SEN in an overall way, parents must involve in the process of identification, decision of placement and designing IEP for their children with SEN. Because they possess the knowledge of their children which other professionals can not have and they can represent the benefits of their children. Through the active cooperation with parents, professionals can give proper judgment of placement and present feasible and appropriate IEP for children with SEN. Additionally, as good cooperator, parents will automatically supervise, evaluate children's progress in their daily experiences and routines at home.

1.4 Lifelong learners

Comparing with regular families, families of children with SEN will experience many stages of stress during the lifelong development of their children. Most parents have to experience the following 5 stages for their child with SEN: astoundment, refusing, despair, guilt, acceptance (Gregory & Knight, 1995). After that, most parents try to learn new knowledge, approaches, and methods to promote the development of their children. When they face their children's new situation, problems and difficulties emerging in endlessly, they must learn to know why these new situations will appears and how they will develop, what developmental characteristic of their children, where their children can get service, how to communicate and play with their children and how to communicate and cooperate with professionals working in schools and other professional institutes or centers.

As we mentioned above, family will experience huge stress when parents know their children have some particular requirements for their development, maybe this kind of stress is changeable and will last for very long period even whole life. For releasing family stress and promoting development of their children successfully, parents must to become a lifelong learner.

As ideal role of lifelong learner, parents can exert following functions in the context of inclusion:

Firstly, they actively know related law and rules of exceptional children, and advocate for proper rights of their children;

Secondly, they actively learn related knowledge of special education, try to understand their children's special needs and developmental characteristics more, which can help them to carry out family education and rehabilitation for their children;

Thirdly, they learn the skills about how to cooperation with professionals.

2 Current role conflicts which parents of child with SEN are facing in real life

Active parent advocates, promoters, cooperators and lifelong learners, these roles are the ideal ones which we expect parents of children with SEN can play in inclusive education. How are the parents playing their roles in practice? On the base of analyzing data of questionnaires for parents of children with SEN, we will discusses current role conflicts which parents are facing in real life.

2.1 Lacking clear consciousness of right

When parents advocate for children with SEN they often challenge deep-seated beliefs about disability, special education and inclusive practice. Different beliefs about these concepts will cause different pivot, content and degree of parents' advocacy. The whole and proper right includes equal starting point, process and outcome. In generally, for inclusive education, parents have realized Children with SEN have the right to study in regular school as same as their typical peers, but on the other hand, most of them can not clearly realize that regular schools should offer tailored education and necessary supportive services to their children, only can schools do like that, the education provided to their children's by schools is equal and high quality education. Search to the bottom of unclear consciousness of right, it derives from most of parents' beliefs and values about disabilities, special education and inclusive practice are still vague.

Table1: Parents' recognition of entrance right of education of their children with SEN and current status of knowing related laws and rules

items Note: "I" in the following items means parents of children with SEN	China (Chengdu) Sampling amount (N = 60)					Czech (Olomouc) Sampling amount (N = 28)				
	SD	D	NS	A	SA	SD	D	NS	A	SA
Children with SEN have the right to study in regular school as same as their intact peers	N = 0 0%	N = 0 0%	N = 4 6.7%	N = 30 50%	N = 26 43.3%	N = 0 0%	N = 0 0%	N = 1 3.6%	N = 14 50%	N = 13 46.4%
I know relevant laws, regulations and social welfares of people with SEN	N = 0 0%	N = 4 6.7%	N = 28 46.7%	N = 18 30%	N = 10 16.6%	N = 0 0%	N = 5 17.9%	N = 16 57.1%	N = 6 21.4%	N = 1 3.6%

Note: SD – Strong Disagree, D – Disagree, NS – Not Sure, A – Agree, SA – Strong Agree

From Table 1, we know most of parents in both countries have agreed their children have right to receive education in regular schools. This clearly shows parents' consciousnesses of right for their children with SEN have been awakening. But table 1 also shows more than half of parents do not know relevant laws, regulations and social welfares of children with SEN. Knowing related laws and rules about children with SEN is the base of proper

advocacy. Parents lack this kind of knowledge will limit the intensity, depth and range of their advocacy for their children with SEN.

Table 2: The status quo of parents participate parents associations

item	China (Chengdu)		Czech (Olomouc)	
	Sampling amount (N = 60)		Sampling amount (N = 28)	
	No	Yes	No	Yes
Are you member of some organizations for parents of child with SEN or do you keep in contact with these organizations?	N = 50	N = 10	N = 27	N = 1
	83.3%	16.7%	96.4%	3.6%

Table 2 shows, few parents participate in some organizations or associations for parents of children with SEN. We can try to explain this situation from two sides. One side is that there are few parents who have realized the meanings of parents association for them. The other side, there are few parent associations, parents have no enough opportunities to participate in. This kind of current status causes great inconvenient of parents' advocacy. Because all we know the voice of group is stronger than single individual's voice and the voice of group is easier to be heard by society than single individual's voice.

2.2 Promoting inclusive education passively

It is parents that know their own child. Parents observe and evaluate their child through daily interaction at home. But parents' special knowledge and contribution to their child are not recognized or utilized by professionals, even are not recognized by parents themselves. Studies indicate that teachers and school professionals make important decisions for students with SEN with little or no parental input (Hoover-Dempsey; Sandler & Howard, 1995).

Allan (1999) has considered that parental contribution is often assigned lower status than those of professionals, parents are more likely to be described as 'opinions', but professionals' judgment are seen been as being objective and therefore more factually based. As result, there are conflicts between parents and school administrators when they discuss how to meet the requirements of children with SEN (Brown, 1999; Ware, 1999; Vincet, 2000, cited from Lindy, Zaretsky (2004)). We can see current status fromTable 3.

Table 3: The status quo that parents of children with SEN participate in the school decision-making for inclusive education

item Note: "I" in the following items means parents of children with SEN	China (Chengdu)					Czech (Olomouc)				
	Sampling amount (N = 60)					Sampling amount (N = 28)				
	N	O	NS	S	OF	N	O	NS	S	OF
Representatives of parents of children with SEN can take part in decision-making process of the school policy of inclusion education in my child's school.	N = 16	N = 6	N = 26	N = 11	N = 1	N = 3	N = 2	N = 15	N = 2	N = 6
	26.7%	10%	43.3%	18.3%	1.7%	10.6%	7.8%	53.6%	7.8%	21.2%

Note: N – Never, O – Occasionally, NS – Not Sure, S – Sometimes, OF – Often

Synthesizing the data in Table 3, the rate of parents who often participate in school decision-making for inclusive education is very low. For example, in this investigation, only 1.7 % Chinese parents think there are representatives of them can often take part in the school decision-making for inclusion. There are 70 % Chinese parents are not sure or think there are no representatives of them participate in the school decision-making. As same as Chinese parents, there are 61.4% Czech parents do think so.

2.3 Cooperating with professionals negatively

Parents have knowledge about how their children development which is valuable for understanding their educational needs. Professionals, particularly teachers working in the school can not acquire this sort of knowledge without the help of parents. (UNESCO, 2003). And parents play a key role in facilitating their children's learning through their shared activities and daily routines at home. But usually, the education of children with SEN is thought it should be carried out at school by teachers and professionals. The parents' role is to make sure children go to school on time with the necessary equipment in schools is seen as potentially damaging interference in the efficient education of children (Horby, 2000). Also, it damages the cooperation between families and schools. Research shows, despite the importance of parental involvement in the IEP process, that parents are not actively involved in the IEP process in the United States (Hoover-Dempsey, Sandler & Howard, 1995). Some regular

schools invite parents to go to IEP conference, but just reading pre-prepared professional plan to parents, then handle pen to parents to sign it.

Table 4: Cooperation between parents of children with SEN and regular schools

item Note: "I" in the following items means parents of children with SEN	China (Chengdu) Sampling amount (N = 60)					Czech (Olomouc) Sampling amount (N = 28)				
	N	O	NS	S	OF	N	O	NS	S	OF
I communicate my child's performances in family and in school with his or her teachers	N = 0 0%	N = 8 13.3%	N = 1 1.7%	N = 17 28.3%	N = 34 56.7%	N = 0 0%	N = 0 0%	N = 1 3.6%	N = 1 3.6%	N = 26 92.8%
I actively participate in the activities of my child's family education and rehabilitation	N = 5 8.3%	N = 10 16.7%	N = 2 3.3%	N = 12 20%	N = 31 51.7%	N = 7 25%	N = 3 10.7%	N = 11 39.3%	N = 1 3.6%	N = 6 21.4%
I take part in the process of making Individualized Education Plan for my child	N = 13 21.67%	N = 13 21.67%	N = 9 15%	N = 13 21.67%	N = 12 20%	N = 9 32.1%	N = 3 10.7%	N = 4 14.3%	N = 4 14.3%	N = 8 28.6%

Note: N – Never, O – Occasionally, NS – Not Sure, S – Sometimes, OF – Often

From Table 4, we can know parents of children with SEN in both countries tend to actively communicate with teachers, and Chinese parents more actively involve their children's family education and rehabilitation than Czech parents. No matter China or Czech, there are less than half of parents could participate in the process of making IEP for their children with SEN, that shows parents do not actively involve in inclusive education now.

2.4 Learning without enough supportive resources

In some extent, learning some knowledge about special education, including laws and rules, can alleviate parents' stress brought by their exceptional children, also, it is benefit to parents to advocate proper rights, additional services and supports for their children with SEN, and it make parents more confident when they cooperate with professionals. Parents are eager to

learn some knowledge about their children with SEN. According to Chen Yaohong's (2007) investigation to 51 Chinese families of children with disabilities, 92% parents want to know the knowledge about their children's development and want to know how to teach their children by themselves; 90% parents want to know how to play with their children and how to deal with their children's behavioral problems, 67% parents want to know the problems about their children which will happen in the adolescent period In practice, there are few public institutes can guide parents to learn, many parents have not gotten or never gotten opportunities to learn the knowledge mentioned above for their children, not to say systematic learning or training. We can further analyze this problem through Table 5.

Table 5: The current situation about parents who have participated in some courses for children with SEN

item	China (Chengdu)			Czech (Olomouc)		
	Sampling amount (N = 60)			Sampling amount (N = 28)		
	Never	Aperiodicity	Periodicity	Never	Aperiodicity	Periodicity
Have you taken part in the course or instruction for children with SEN?	N = 34	N = 22	N = 7	N = 25	N = 1	N = 2
	56.7%	36.7%	11.6%	89.2%	3.6%	7.2%

From Table 5, we can see, the rate of parents who have never received courses for their children with SEN is very high, for Chinese parents, it is 56.6%, for Czech parents, it is 89.2%! The data in this table show it is very necessary and urgent to provide high quality and systematic courses about special education to parents of children with SEN, because it is the base which parents can involve their children's inclusive education actively and cooperate with school professionals and social worker equally and confidently as we analyzed before.

3. Some practical and possible approaches and strategies about how to realize the ideal roles of parents of child with SEN in inclusive education

Without doubt, if the ideal roles of parents of children with SEN can be realized completely have huge influence on the development of inclusive education. Inclusive education can not realize without the active involvement of the parents of children with SEN. How to resolve current role conflicts of

the parents of child with SEN are facing in real life? We will discuss possible and practical approaches and strategies as following:

3.1 Changing social concepts about disabilities, special education and inclusive practice

Basically, the realization of ideal roles of parents of children with SEN is severely restricted by social concepts about disabilities, special education and inclusive practice. After experienced the movement of normalization, mainstreaming, integration and inclusion, social attitudes towards persons with SEN have been changed in some extent since 50s of 20th century. Gradually, people begin to realize disabilities and special needs is one form of human being's diversity. On some extent, the appearance of disability reflects that our society only provides available and appropriate environment for typical 'majority', but does not consider to provide such environment to 'minorities'. When individuals with special needs interact with typical environment, conflicts appear. So, on the one hand, we must provide all kinds of interventions to the individuals with special needs to boost up their abilities which can help them adjust themselves in different environments; on the other hand, we need modify our environments, including educational environment to cater for people's diversity. Both sides can promote realization of individual potentials and well-being.

Persons with special needs are not minority who need to be commiserated by public, but part of social citizens. Our society should provide appropriate environment to them in which individuals with special needs can realize involve society and make maximum contribution to society as same as other typical citizens. Also, when we realize the nature of education is to teach students in accordance with their aptitude and respect human being's diversity, we will carry out complete educational reform to cater for every student's special needs and will regard active involvement of families in education. when most of people change their concepts and beliefs about disabilities, special education, inclusive practice, nature of education, and when schools, families, children with SEN and communities can develop harmonious partnerships and work together to contribute to children's equal and high quality education, definitely, all the conflicts of concepts about inclusive education will reduce and inclusive education can be realized.

3.2 Empowering—assuring realization of ideal roles of parents of children with SEN from enhancing setting up related laws and rules

Either the American public law *Education of All Handicapped Students Act* (PL94–142) issued in 1975 or English *Warnock Report* issued in 1978. We can see policy makers had recognized the importance of parents' involvement of their children with SEN and set up the policy frameworks to guarantee the rights of parents. All these laws promoted the quick development of special education in their countries and contributed much for the development of special education all over the world. So far, there are so still many countries have not concrete and practical laws and legislations of special education to guarantee the rights of parents to participate in their exceptional children's education, such as China. That heavily hinders the development of inclusive education in these countries. We must quicken our steps to set up related laws and legislations about special education for parents of children with SEN to recognize, guarantee and encourage their advocacy and contribution to their children's family and school education.

3.3 Enabling—promoting parents' knowledge of their children with SEN and strengthening their skills and confidence in the cooperation with professionals

Firstly, offering curricula relating to family education to students in middle schools, colleges and universities, such as *good prenatal and postnatal care, family education* and so on. These curricula must include content about how to educate children with SEN. On one side, this kind of curriculum can help reduce birth rate of baby with disabilities, one the other side, it is important for adolescents and youths to prepare some knowledge and skills for playing proper roles of parents for their children in the future. Additionally, this kind of curriculum can make more people know children with SEN more and have proper understanding about human being's diversity.

Secondly, promoting establishment of all kinds of parents associations and strengthening the collaboration and communication between parents associations and other professional organizations.

Thirdly, accelerating the function transition of regular schools. Except the function of cultural diffusion, school has to change its roles and functions to adapt to the requirements of change of modern society. We can utilize school's human and material resources; link all kinds of community resources to make schools become multifunction center through providing one-stop

services to the residents such as the cultural, counseling services, educational and occupational trainings in its community. Parents and their children with SEN can easily get services in this kind of school in their community such as diagnosis, identification, making IEP, annual review and regular evaluation for their children's progress and so on. And parents can participate in some courses for children with SEN in their spare time. The multiple, convenient and comprehensive services of this kind of school will benefit for developing good partnerships between schools, parents of children with SEN and their community and encourage active participation of parents in their children's education.

Finally, making good use of all kinds of resources to facilitate parents' learning about special education. Except regular schools in community, we still need utilize special education centers, special schools, counseling institutes, voluntary organizations of social workers and charities to offer systematic courses and necessary supportive services to parents of children with SEN under the coordination of local educational authority. All these will release parent's stress and promote their confidence to face continuing difficulties and new problems their children with SEN will experience and keep growing up together with their children.

Reference

Allan, J. (1999). Actively seeking inclusion: pupils with special needs in mainstream schools. London: Famer Press.

Brown, 1999; Ware, 1999; Vincet, 2000, cited from Lindy, Zaretsky (2004). Advocacy and administration: from conflict to collaboration. Journal of Educational Administration. Vol. 42, No. 2, 2004, pp. 270–286.

Chen Yaohong (2007). A survey on the demands of family rehabilitation for disabled children. Chinese Journal of Special Education. No. 9, 2007, pp. 15–19.

Gregory, Susan & Knight, Pamela (1995). Social development and family life. Gregory, Susan; Knight, Pamela; McCracken Wendy; Power, Stephen & Waston.

Hoover-Dempsey K.; Sandler, V. & Howard, M. (1995). Parent involvement in children's education: Why does it make a difference? Teachers College Record, 97(2), p. 310–322.

Horby, G.(2000). Improving parental involvement. London: Continuum. Jurnbull, Rud; http://en.wikipedia.org/wiki/Role, time of download: January 18, 2010.
Jurnbull, Ann; Shank, Marilyn; Smith, Sean &Leal, Dorothy (2002). Exceptional lives: Special education in today's schools, 3rd Eddition. Pearson Education, Inc/ Prentice Hall.
Linda (1995). Issues in deaf education. London: David Fulton Publishers, 1998.
Turnbull, H. R. & Turnbull, A. P. (2000). Free appropriate public education: the law and children with disabilities. Denver: Love publishing.
UNESCO (2003). Open File On Inclusive Education, support materials for managers and administrators.
Yell, M. (1998). The law and special education. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.

POSTAVENÍ RODINY V SYSTÉMU PÉČE O DÍTĚ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

PhDr. Pavla Pitnerová

Katedra speciální pedagogiky PdF MU Brno

Klíčová slova

Dítě se sluchovým postižením rodina, ranná péče, komunikační prostředky.

Key words

Hearing-impaired child, family, early care, communication means.

Rodina je důležitým činitelem vývoje jedince, vývoje lidské osobnosti. Vždyť i v rámci diagnostiky se používá kresba (začarované) rodiny jako jedna z projektivních psychodiagnostických metod. Matějček (2005) uvádí pět základních psychických potřeb:

1. potřeba náležité stimulace,
2. potřeba určitého řádu v přijímaných podnětech (tzv. „smysluplný svět"),
3. potřeba životní jistoty,
4. potřeba pozitivní identity,
5. potřeba otevřené budoucnosti.

Každá z těchto potřeb má svůj základ v rodině.

Sluchové postižení

Člověk spolu se ztrátou sluchu ztrácí (kromě přímé řeči) i zvukové pozadí, chybí mu zvuková kontrola (přístroje, dopravní ruch, ...), je narušen jeho pocit osobní bezpečnosti, sebejistoty. V oblasti sociální se objeví narušení sociálních kontaktů s intaktní společností, dochází ke společenské izolaci, k psychické zátěži, dítě může vnímat svět zjednodušeně a zdeformovaně. Při rozvoji řeči dochází díky nedostatečné sluchové kontrole k nižší úrovni řeči a tím k menší srozumitelnosti. Myšlení může být statické, nepohotové, založené na konkrétních pojmech. U sluchově postižených jedinců také hrozí zvýšené nebezpečí nesamostatnosti, nerozhodnosti, mnohdy i snadné ovlivnitelnosti, závislosti na rodičích (nebo tlumočníkovi). Pro správný vývoj osobnosti je potřeba zapojit do rehabilitace, výchovy a vzdělávání co

nejširší tým osob (lékaři, pedagogové, rodiče). Tato spolupráce, pokud není jen formální, může vést k co největší adaptaci (integraci až inkluzi) do většinové společnosti. Mezi předpoklady úspěšné rehabilitační péče o sluchově postižené dítě patří:

- včasná diagnostika,
- včasné přidělení sluchadel,
- včasná a správná reedukace sluchu a řeči,
- rodinné zázemí,
- spolupráce všech složek komplexní péče (rodina, lékaři, pedagogové, poradenství).

Rodina

Rodina je nejvýznamnější sociální skupinou pro vývoj dětské osobnosti. Poskytuje zázemí, uspokojuje jeho potřeby. Dítě získává informace o sobě samém i o okolním světě, rozvíjí své schopnosti a dovednosti, formuje hodnotový systém, vytváří si určité sebepojetí, napodobuje a identifikuje se s modelem vztahů mezi členy rodiny. Vzájemné vztahy mezi rodiči a dětmi ovlivňují psychickou pohodu nejen v dětství, ale v celém dalším životě. Při hodnocení dítěte rodiči je důležité, zda je spíše pozitivní či negativní – dává základ budoucímu sebepojetí. Pro postižené dítě pak může být rodina jedinou sociální skupinou, která poskytuje podporu a emoční zázemí. Tento fakt často mění chování členů rodiny vzájemně, mezi sebou, i navenek – ve vztahu k okolní společnosti. Negativní projevy a reakce okolí mohou ovlivnit postoje, chování a přístup rodičů k dítěti. Zvyšuje se riziko hraničního přístupu – buď hyperprotektivního, nebo naopak odmítavého (Vágnerová, M. 2004).

Odhalení sluchové vady u dítěte představuje pro rodinu jednu z nejtěžších životních zkoušek. Nastává období citově náročné, období pocitu bezmocnosti, nejistoty, neznalosti, strachu, obav z budoucnosti. Kübler-Ross (1969 in Říčan, P., Vágnerová, M. 1991) popisuje pět fází, kterými prochází každý člověk, když se dozví o nevyléčitelném onemocnění.

1. stadium šoku a popření skutečnosti,
2. stadium hněvu a kritiky,
3. stadium smlouvání,
4. stadium deprese,
5. stadium přijetí.

Stejnými fázemi procházejí i rodiče sluchově postižených dětí poté, co se dozvědí o diagnóze.

Pod vlivem zjištění sluchového postižení často klesá přísun akustických podnětů směřujících k dítěti od matky. Matka si říká: „Proč na něj mluvit, když mě stejně neslyší?" Dítě se tak dostává v raném věku do „stimulační podvýživy". Dalšími reakcemi na komplexní zátěž, související s emočním traumatem a péčí o sluchově postižené dítě, mohou být úzkost a strach z možnosti dalšího ohrožení, hněv a vztek z nespravedlnosti, smutek a deprese ze ztráty představy zdravého dítěte a omezené možnosti pomoci (Vágnerová, M. 2004).

Postižení dítěte ovlivní život celé rodiny, mění se životní styl jejích jednotlivých členů, jejich hodnoty a normy. Tato změna je zátěží, může být i vyčerpávající a vést k syndromu vyhoření, ke změně sebehodnocení zdravých členů rodiny. Je také testem rodinné soudržnosti, který může vést buď k jejímu posílení, nebo naopak k rozpadu (Vágnerová, M. 2004).

Pokud máme dítě se sluchovým postižením, je nutné mu věnovat komplexní péči – spolupráci odborníků (foniatr, logoped, psycholog, speciální pedagog, neurolog, ...). Přesto nejdůležitějším článkem je rodina. Je třeba v rodině nastolit správné emoční klima (Svobodová, K. 2006).

Rodina je hlavním prostředím pro vývoj dítěte, obzvlášť pro malé dítě. Vzorce chování, představy o ztrátě sluchu, emocionální reakce na ztráty, interakce s dítětem, a tak dále, všechno má silný vliv na vývoj. Navíc je rodina silně ovlivněna vývojem dítěte a požadavky na výchovu neslyšícího nebo nedoslýchavého dítěte. V tomto smyslu dítě ovlivňuje všechno od využití času a prostoru, finanční opatření, modely komunikace mezi všemi členy rodiny, a dokonce i vlastní obraz rodiny jako dobré, nebo špatné, nebo přístup kompetentní, nekompetentní, pečovatelský nebo nepečující. Neslyšící nebo nedoslýchavé dítě ovlivňuje a je ovlivňováno slyšícími sourozenci, prarodiči a členy širší rodiny (Harvey, M. A., 2003).

Role v rodině se stávají součástí identity jedince. Rodina umožňuje prvotní sociální zkušenost, poskytuje dítěti potřebný pocit důvěry a zpětnou vazbu jeho chování. Dítě se učí a rozvíjí především v oblasti kognitivní a socializační, získává podněty různé kvantity a kvality (Vágnerová, 2004). Dítě se musí naučit, že není na světě samo. Nesmíme je litovat. Soucit tu nemá co dělat. To platí jak pro rodinu, tak i pro následující začlenění do školy, do zaměstnání, do společnosti. Minimálně na začátku této cesty musí stát

celý tým lidí. Vyváženou komplexní péčí se nastartuje správný vývoj osobnosti a proces integrace.

Sluchově postižení se víc naučí v chápavějším prostředí než v konkurenčním. Děti potřebují komunikačního partnera. Když chybí v rodině, hledají si ho mezi vrstevníky. Proto hrozí nebezpečí, že se chytí party a odejdou brzy z domu (Potměšil, M. 1999).

Raná péče v USA

Programy pro děti se sluchovým postižením a jejich rodiny jsou v mnoha ohledech podobné programům, určeným dětem bez speciálních potřeb i dětem s jinými druhy postižení. Jedinečnost povahy podpory a šíření informací rodinám tkví v tom, že profesionální tým se zaměřuje na osvojování jazyka, základního prostředku komunikace mezi dítětem a rodiči.

V interdisciplinárním týmu jsou neslyšící vychovatelé, logopedové, audiologové, specialisté na znakový jazyk, profesionálové na ranou, předškolní a speciální pedagogiku, ergo- a fyzioterapeuti, sociální pracovníci, poradci a zdravotníci. Důraz je kladen na účast dospělého jedince se sluchovým postižením. Spolupráce dospělého neslyšícího nebo nedoslýchavého je prospěšná jak pro klienty – děti, tak pro jejich rodiče. Přináší modely komunikačních strategií, sdílí informace o kultuře neslyšících a jejich komunitě. Je „jazykovým a kulturním vzorem".

Podpora rodiny je důležitou, ale často přehlíženou součástí programu rané péče. Navzdory její důležitosti, méně než polovina rodičů v národním výzkumu uvedla, že jim byly poradenské služby v programu rané péče dostupné. Rodičům programy rané péče nabízejí setkávání rodičů ať už skupinově, nebo při individuálních schůzkách, přináší jim zprávy, novinky, články a jiné tištěné materiály o problematice sluchového postižení. Některé programy (Seattle, Washington) nabízejí pravidelná setkávání skupin, podporovaná zážitky a vedená rodinnými terapeuty. Děti a jejich sourozenci se účastní her, usnadňujících interakci s ostatními dětmi a s dospělými neslyšícími, nedoslýchavými i slyšícími. Tato skupinová podpora podněcuje rodiče ke sdílení zážitků a starostí, jako je např. individuální boj o to „udělat správnou věc" pro své dítě i pro další členy rodiny.

Raná péče je možná díky všeobecné realizaci screeningu sluchu u novorozeňat, např. UNHS Universal newborn hearing screening nebo EHDI Early Hearing and Intervention.

EHDI zahrnuje screening, hodnocení a intervenční služby. Úspěch tohoto systému závisí jak na rodině, tak na rozmanitosti nabídky veřejných a soukromých institucí, agentur, skupin, služeb profesionálů a dalších pomáhajících profesí. Systém EHDI vyvíjí aktivity k tomu, aby byla zajištěna včasná identifikace dětí, nejlépe novorozenců, se sluchovou ztrátou. Dále odpovídá za to, aby se těmto dětem dostalo včasné a odpovídající následné péče. Konečným cílem programů EHDI je rozvoj komunikace a dalších souvisejících dovedností u všech dětí se sluchovým postižením tak, aby byl srovnatelný s jejich slyšícími vrstevníky.

Všechny služby by měly být nabízeny v přiměřené formě komunikace, vhodné pro dítě i rodinu. Ta je základním předpokladem k dobrému startu do budoucnosti, k možnosti stejného přístupu ke vzdělání, k volbě povolání a k sociálním příležitostem po celý svůj život stejně, jako děti bez sluchového postižení (Bodner-Johnson B., Sass-Lehrer M. 2003).

Potřeby rodin nedoslýchavých dětí

Nedoslýchavé děti zůstávají podskupinou populace dětí se sluchovým postižením s nejmenší podporou, protože jsou často přehlíženy a jejich potřeby jsou často nepochopeny. Někdy bývají označovány jako „ne dost hluché" nebo „naše zapomenuté děti" (srov. Easterbrooks, S. R., Baker, S. 2002, Bodner-Johnson B., Sass-Lehrer M. 2003).

Stejně mylná je představa odborníků a některých rodičů neslyšících dětí, že odhalení méně těžké ztráty sluchu se rodinám snáší snadněji, než objev hluchoty, a že tyto rodiny i děti mají méně potřeb. Rodiče nedoslýchavých dětí slýchávají od rodičů neslyšících dětí: „Ach, ty jsi tak šťastná, že tolik slyší a tak dobře mluví." Přesto potřeby rodiny s nedoslýchavým dítětem jsou srovnatelné s rodinami s dítětem neslyšícím. Existují však některé důležité rozdíly, které se objevují už od počátku v rodinném systému, v němž je diagnostikováno nedoslýchavé dítě a v rodinách, ve kterých je diagnostikováno dítě s hluchotou. Odborníci podrobně popsali výrazné rozdíly mezi neslyšícími a nedoslýchavými osobami, ale neudělali další krok k vysvětlení samotných důsledků částečné ztráty sluchu. Je chyba zjednodušeně nazývat mírnou sluchovou ztrátu jako „menší hluchotu" nebo osoby nedoslýchavé jako „téměř slyšící". Nedoslýchaví se pohybují někde uprostřed, mezi dvěma světy: světem slyšících a světem neslyšících (srov. Harvey, M. A., 2003 a Bodner-Johnson B., Sass-Lehrer M. 2003).

Z pohledu rodiče malých nedoslýchavých dětí ale nejsou dopady ztráty o nic méně vážné. Ve zprávách z průzkumu 218 rodin nedoslýchavých dětí, mladších 7 let, Sass-Lehrer (2003) uvádí zvláštní obavy o své děti, které tyto rodiny měly v raném dětství: sociální rozvoj, rozvoj řeči a jazyka, používání sluchadel, kognitivní vývoj, rozmístění a vhodnost služeb, a změny ve sluchových schopnostech.

Požadavky na profesionální poradenství zahrnují žádosti o podporu skupin, lepší komunikaci s rodiči, úctu k pocitům rodičů, specifikace možností následovat příslušné doporučení a také potřebu rodičů „být vyslyšeni" (Bodner-Johnson B., Sass-Lehrer M. 2003).

Raná péče v ČR

Ranou péči dětem se sluchovým postižením v naší republice poskytují dvě Střediska rané péče Tamtam – v Praze a v Olomouci. Služby zajišťují profesionální poradci rané péče – speciální pedagogové, lektor znakového jazyka, logoped, psycholog, sociální pracovník a další. Služby jsou poskytovány dětem do šesti (sedmi) let se závažným postižením sluchu nebo s postižením kombinovaným, ať již smyslovým nebo tělesným a jejich rodinám. Dalšími klienty jsou děti se závažnou poruchou vývoje řeči a rodiny, ve kterých jeden nebo oba rodiče mají sluchové postižení. Střediska rané péče pomáhají rodinám s řešením aktuálních problémů, souvisejících s odhalenou sluchovou vadou jejich dítěte (problematika odborných vyšetření, kompenzačních pomůcek, komunikačního systému, sociálních potřeb, rodinných vztahů, výchovných a vzdělávacích otázek, ...). Dále pořádají setkávání rodičů a dětí spojené s přednáškami, nabízejí ambulantní logopedické, psychologické a pedagogické poradenství a také specifický kurz znakového jazyka, zaměřený na komunikaci rodičů s malým dítětem.

Tamtam

Pokud se ale Střediska rané péče starají o děti se závažným postižením sluchu, kdo se zabývá nedoslýchavými dětmi a jejich rodinami? Jsou i u nás opomíjené? Pomoc dětem s lehkými a středně těžkými vadami sluchu sice nabízí speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené, ale až od věku tří let, případně od nástupu do (před)školního zařízení. Podle vyhlášky 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních totiž mohou tato centra poskytovat služby pouze žákům,

integrovaným v běžných školách a jejich učitelům. Bess a Tharpe (1986 in Tharpe, 2006) uvádějí, že ke 20 % případů odhalení minimální sluchové vady dochází mezi třetím a čtvrtým rokem věku, 50 % dětí s touto lehkou sluchovou ztrátou dokonce až mezi 5. a 6. rokem. Komínek (2009) uvádí průměrný věk odhalení vady sluchu mezi druhým až čtvrtým rokem (včetně závažnějších stupňů vady). Absence povinného celoplošného screeningu sluchových vad u novorozenců způsobuje pozdní identifikaci středně těžkých a lehkých stupňů vad. Tím se zmenšuje počet dětí a jejich rodičů, kteří vyhledávají speciálně pedagogickou pomoc a podporu, protože zatím neví, že ji potřebují.

Výběr komunikační formy v rodině

Komunikace ovlivňuje naše jednání, chování, myšlení, kulturu. Jejím výsledkem má být dorozumění, pochopení, shoda myšlenek, případně poučení. Je jedním z hlavních nástrojů k socializaci.

Protože asi 90 % neslyšících osob má slyšící rodiče a sourozence a mnoho rodin užívá mluvenou řeč ke komunikaci, na rozdíl od dosažení dovednosti v manuální komunikaci, existuje často jazyková bariéra uvnitř rodiny (Lane a kol., 1996, Rawlings, 1971, Stuckles, Birch, 1996 in Harvey, M. A., 2003).

Výběr dorozumívání, přijatelného pro dítě i rodiče, je také klíčovou podmínkou pro vytvoření příznivého prostředí pro vývoj a výchovu. Rodinám zpočátku může chybět dostatek objektivních informací o komunikačních prostředcích, výchově dítěte se sluchovým postižením a poté i jeho vzdělávání. Z tohoto důvodu mohou vytvořit ve své rodině takové komunikační prostředí, které nemusí vyhovovat přirozeným potřebám dítěte. To může omezit množství a kvalitu předávaných vědomostí, zkušeností, dovedností, ale především ohrozit utvářející se vzájemný citový vztah mezi rodiči a dítětem (srov. Hronová, A., Motejzíková, J. 2002, Strnadová, V. 1998).

Výzkumné šetření

Charakteristika zkoumaného vzorku a vymezení výzkumných cílů

Pro své zkoumání jsem si vybrala dvě skupinky slyšících rodičů se sluchově postiženými dětmi. V první skupině byly maminky a jeden tatínek, se kterými jsem se setkala na psychorehabilitačním pobytu pro matky se sluchově postiženými dětmi, který se uskutečnil v říjnu 2006 v Praze. Ve druhé skupině jsou rodiče dětí, které navštěvují Speciální pedagogické centrum a Mateřskou školu a Základní školu pro sluchově postižené děti v Brně na Lesné. Celkem jsem získala odpovědi od 17 osob.

Zajímalo mě především to, jak dlouho vědí o sluchovém postižení svého dítěte, jak se s touto skutečností vyrovnávali (a někteří ještě vyrovnávají), kdo jim byl oporou, jaký způsob komunikace se svým dítětem zvolili (a proč) a zda uvažovali o znakovém jazyku. Dále mě zajímalo, kde získávají informace o sluchových vadách, o výchově a vzdělávání sluchově postižených.

Popis výzkumných technik

Vzhledem k menšímu počtu otázek a nejednoznačnosti odpovědí (tj. nutnosti vysvětlujících a doplňujících otázek – v závislosti na odpovědi) jsem si vybrala techniku řízeného rozhovoru s rodiči. Jejich odpovědi jsem zaznamenávala do záznamových archů.

Zpracování výzkumného šetření

Z odpovědí získaných od sedmnácti rodičů jsem zpracovala následující přehled.

1. Jak dlouho víte, že má vaše dítě sluchovou vadu?
   Jeden rok (5×),
   dva roky (4×),
   tři roky (5×),
   čtyři roky (2×),
   pět let (1×).

2. Jakou má ztrátu?
   Středně těžká vada (10×),
   těžká vada (7×),
   zbytky sluchu (5×),
   úplná hluchota (3×) – seřazeno podle stupně ztráty.
   Součet nedává počet dotazovaných, protože se liší sluchové ztráty na pravém a levém uchu u některých dětí dotazovaných.

3. Jak jste se srovn(áv)ali s tím, že vám vaše dítě „nerozumí“?
   Většina z rodičů se s tímto faktem pořád ještě srovnává (9×).
   Nejčastěji rodičům pomohlo (a stále ještě pomáhá) speciální pedagogické centrum (7×) – psycholog, speciální pedagog a rodiče ostatních sluchově postižených dětí.

Dalším důležitým „pomocníkem“ byl někdo z rodiny – manželé (4×), někdo další (3×), babičky i sestřenice.
Občas si s postižením dítěte musí poradit matka sama, někdy i díky zkušenostem se starším autistickým dítětem (4×).
Jedné matce pomohlo studium oboru speciální pedagogika, do kterého se pustila na základě zjištění synovy vady.

4. Kde získáváte informace o sluchovém postižení a o výchově postižených dětí?
Nejčastějším zdrojem informací jsou speciální pedagogická centra (12×), dále pak
čtení literatury (6×),
vyhledávání informací na internetu (5×),
sledování odborných pořadů v televizi (3×),
kontakty s rodiči jiných sluchově postižených dětí (3×),
informace od lékaře (3×),
na přednáškách a odborných pobytech (3×),
z časopisů (2×),
psycholog a logoped a všude, kde se dá (2×).

5. Učíte se znakový jazyk? Proč? Když ne, uvažujete o tom?
Devět rodičů odpovědělo, že se znakový jazyk učí,
osm odpovědělo záporně.
Důvody rodičů, proč se neučí znakový jazyk: není na to čas, odezírá, doufám, že nebude třeba, nevím kde, nechtěli by mluvit, nikdo mě to nechtěl naučit, odrazovali mě, nebylo třeba (lehká vada – pozn. autorky), nesetkala jsem se s touto možností. Tito rodiče pak na otázku, zda o tom uvažují, odpovídali: ne (3×), ano (2×), časem ano, asi ano – nejsem proti, jen, když bude třeba, nebyla bych proti – líbilo by se mi to.
Důvody rodičů, učících se znakový jazyk: abych se domluvila (3×), pomáhá to (2×), lépe spolupracuje (2×), když ukazuje – snaží se mluvit, chci rozumět, nic jiného nezbývalo. Většina těchto maminek se příliš dlouho nerozmýšlela.

Závěrečné shrnutí a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Na základě vlastních zkušeností bych všem, kteří pracují s dětmi se sluchovou vadou, v rámci předcházení vzniku problémů a poruch chování a emocí, doporučila následující:

Lékař (foniatr), který rodičům sděluje první informace o sluchovém postižení jejich dítěte, by jim měl současně předat kontakt na nejbližší Středisko rané péče nebo Speciálně pedagogické centrum, kde jim bude poskytnuta odpovídající péče a podpora.

Je nezbytné co nejdříve po odhalení sluchové vady informovat slyšící rodiče o specifických potřebách jejich neslyšících a nedoslýchavých dětí a seznámit je s průběhem jejich výchovy, učení, začleňování do chodu rodiny a později školního zařízení.

Je ideální, když se všichni členové rodiny (pochopitelně co nejdříve po zjištění sluchové vady jejich dítěte) začnou učit společně alespoň základy znakového jazyka. U dětí neslyšících je to nezbytnost, ale i u dětí nedoslýchavých nastanou situace, kdy dítě zůstane bez sluchadel a znalost znakování se hodí.

Zdůrazňuji správný výběr a zakoupení kvalitních sluchadel v případě, kdy mohou pomoci kompenzovat vadu.

Pochopitelně nejdůležitější pro rodiče a jejich vztah s dětmi je využívat možnosti neverbální komunikace a projevovat dítěti lásku, uznání, důvěru tak, aby tomu i beze slov rozumělo.

Vady sluchu jsou nejtěžší ze smyslových postižení. Mohou vést ke komplikacím v komunikačním procesu a tím ovlivňují přijetí žáka učitelem i školním kolektivem. S integrací do běžné MŠ a ZŠ přichází povinnost vypracovat individuální vzdělávací plán, který vychází z Rámcového vzdělávacího programu a školního vzdělávacího programu příslušné školy. Existují určitá pravidla pro přístup pedagoga, pro změnu prostředí ve třídě, pro snížení počtu žáků, pro používání různých kompenzačních pomůcek. V získávání těchto informací jsou školám nápomocna Speciálně pedagogická centra pro žáky s vadami sluchu. Ta také zajišťují metodickou a konzultační činnost jednotlivým učitelům.

Ve výchovném a vzdělávacím procesu je potřeba neustálá zpětná vazba, zda dítě/žák slyší, rozumí a chápe sdělované informace, výklad látky nebo zadání úkolu.

Závěr

V tomto příspěvku jsem se zabývala postavením rodinné péče na vývoj dítěte s ohledem na sluchové postižení.

Poukazuji na nutnost komplexní péče o sluchově postižené dítě, zaměřuji se zejména na rodinu. Především tato péče má vliv na adaptaci a úspěšnost v životě těchto dětí. Narození postiženého dítěte bývá nečekaným traumatem pro rodinu, zásahem do rodičovské role, označovaným jako krize rodičovské identity (Vágnerová, 2004). Tento stav je přirovnáván ke ztrátě představ o zdravém dítěti. Kübler-Ross (1969 in Říčan, Vágnerová, 1991) popisuje pět fází, kterými prochází každý člověk, když se dozví o nevyléčitelném onemocnění. Stejnými fázemi procházejí i rodiče sluchově postižených dětí poté, co se dozvědí o diagnóze.

Pokud se postižení objeví nebo projeví později (u nedoslýchavosti se může jednat i o tři až šest let), může být narušení rodičovské identity nahrazeno specifickou stresovou situací, danou obdobím nejistoty mezi prvním podezřením a potvrzením diagnózy (Vágnerová, 2004).

Postižení dítěte znamená komplexní a dlouhodobou zátěž a vyrovnávání se s ní bývá pro rodinu psychicky a někdy i fyzicky náročné. (Vágnerová, 2004) Za nejdůležitější rozhodnutí pak považuji výběr formy komunikace mezi dítětem a jeho nejbližším okolí.

Dále v textu popisuji cíl, techniky a výsledky svého šetření a doporučení z něho vyplývající. Nezabývala jsem se zde rozdíly v rámci pohlaví, inteligence, ve schopnostech jedinců se sluchovou vadou, jejich charakterem a temperamentem. Tato témata mohou být předmětem dalšího zkoumání.

Literatura

BODNER-JOHNSON, B., SASS-LEHRER M. The Young Deaf or Hard of Hearing Child: A Family-Centered Approach to Early Education. Baltimore: Brookes Publishing Company, 2003. ISBN-10: 1557665796.

EASTERBROOKS, S. R., BAKER, S. Language Learning in Children Who Are Deaf and Hard of Hearing: Multiple Pathways.

HRUBÝ, J. Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. Praha: FRPSP a Septima, 1999. ISBN 80-7216-096-6.

MATĚJČEK, Z. Výbor z díla. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.

HARVEY, M. A. Psychotherapy with deaf and hard-of-hearing persons. A Systemic Model. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2003. ISBN 978-0805843750.

HRONOVÁ, A., MOTEJZÍKOVÁ, J. Raná komunikace mezi matkou a dítětem. Praha: FRPSP, 2002.
POTMĚŠIL, M., Některé příčiny a důsledky nesprávné výchovy sluchově postižených dětí. Speciální pedagogika, 9, 1999, 5, s. 8–15.
ŘÍČAN, P., VÁGNEROVÁ, M. Dětská klinická psychologie. Praha: Avicenum, 1991. ISBN 8020101314.
STRNADOVÁ, V. Potom ti to povíme. Praha: MZ ČR 1998. ISSN 0323-0732.
VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
Psychorehabilitační pobyt pro matky se sluchově postiženými dětmi, říjen 2006, Praha: ROUČKOVÁ J., SVOBODOVÁ K., ŠKODOVÁ E., VYMLÁTILOVÁ E.
KOMÍNEK, P. Screening sluchu – současné možnosti vyšetřování <http://www.tribune.cz/clanek/13748> [on-line, cit. 24. 1. 2010].
THARPE, A. M. The Impact of Minimal and Mild Hearing Loss on Children <http://www.medicalhomeinfo.org/screening/EHDI/June_26_2006_FINAL_MildHearingLoss.pdf> [on-line, cit. 24. 1. 2010].
Středisko rané péče Tamtam Praha <www.tamtam-praha.cz> [on-line, cit. 24. 1. 2010].
Středisko rané péče Tamtam Olomouc <www.tamtam-olomouc.cz> [on-line, cit. 24. 1. 2010].

Summary

For the appropriate personality development of a child with hearing impairment, it is necessary to involve a broad team of people – physicians, teachers, and parents. This colaboration, unless it is just formal, can lead to the best incorporation to the majority society. However, family is the most important element of a complex care. Family is the most significant social group for personal development of a child, providing a background and satisfies its needs. The paper discusses the importance of the right choice of communication channel between a hearing-impaired child and its parents.

ČITATEĽSKÁ GRAMOTNOSŤ U DETÍ SO SLUCHOVÝM POSTIHNUTÍM A RODINA AKO FAKTOR OPTIMALIZÁCIE JEJ ROZVOJA

Mgr. Katarína Plačková

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave,
Katedra špeciálnej pedagogiky

Abstrakt

Otázka čitateľskej gramotnosti sa v súčasnosti dostáva do popredia aj v súvislosti s deťmi so sluchovým postihnutím. Veľa našej ako i zahraničnej literatúry poukazuje na ich nedostatočné čitateľské zručnosti. Na druhej strane sa však môžeme stretnúť aj s nepočujúcimi deťmi, ktoré sú naopak dobrými čitateľmi. Je nepopierateľné, že existuje množstvo vzájomne sa prelínajúcich a navzájom sa ovplyvňujúcich faktorov, ktoré pozitívne alebo negatívne ovplyvňujú proces osvojovania si čítania. K týmto faktorom rozhodne patrí aj samotné prostredie a ním uplatňované prostriedky edukácie. Z časového hľadiska je prvým takýmto prostredím rodina. V odborných kruhoch sa rodine pripisuje pomerne veľký význam pri ovplyvňovaní gramotnosti u detí. V článku sú analyzované jednotlivé významné faktory rodinného prostredia ovplyvňujúce proces rozvoja čitateľskej gramotnosti u detí so sluchovým postihnutím.

Kľúčové slová

Rodina, rodinné prostredie, čitateľská gramotnosť, čitateľské zručnosti, detí so sluchovým postihnutím.

Abstract

The question of reading literacy is in the foreground in respect to children with hearing disabilities now. Many of our, as well as foreign literature, writes about their reading skills deficiencies. On the other side, we can meet with deaf children who are in fact good readers. It is undeniable that there are many overlapping and mutually influencing factors that positively or negatively affect the process of acquisition reading. These factors include the environment and its applied disciplines too. From the space of time the first by this environment is family. In professional circles, the family have some meaning in influencing children's literacy. In the article, there are analyzed the responsible factors of

family environment that affecting the process of the reading literacy development at the children with hearing disabilities.

Key words

Family, family environment, reading literacy, reading skills, children with hearing disabilities.

Čitateľská gramotnosť sa v poslednej dobe teší značnej pozornosti odbornej verejnosti nie len u nás na Slovensku ale dá sa povedať, že na celom svete. Význam všeobecného pojmu gramotnosti sa v súčasnej dobe oproti jeho doterajšiemu chápaniu značne rozšíril. B. Pupala a O. Zápotočná (2001) uvádzajú, že najskôr sa za gramotného človeka považoval ten, kto sa vedel podpísať, neskôr musel gramotný človek vedieť čítať aj písať. Samotnú čitateľskú gramotnosť však nemožno chápať len ako zručnosť, ktorú si žiaci plne osvoja počas prvých rokov školskej dochádzky. Je to ustavične sa rozvíjajúci súbor vedomostí, zručností a stratégií, ktoré si jednotlivec rozvíja v rôznych situáciách počas celého svojho života. Takéto chápanie čitateľskej gramotnosti zahŕňa okrem dekódovania, zvládnutia techniky čítania a doslovnej interpretácie prečítaného aj úplne porozumenie, používanie informácii získaných z písaných textov a uvažovanie o nich (Koršňaková et al., 2006).

Na základe vyššie uvedeného môžeme s istotou povedať, že obsah samotného pojmu čitateľskej gramotnosti sa mení v závislosti od nárokov a potrieb jednotlivcov a spoločnosti, ako aj na ich kultúrnych podmienkach a na ďalších meniacich sa oblastiach ľudského života (Sakálová, 2007; Doležalová, 2006; Koršňaková et al., 2006; Metsala – Ehri, 1998). Čitateľská gramotnosť je teda nevyhnutným predpokladom pre účasť jedinca na spoločenskom a kultúrnom živote. Predstavuje tak univerzálny kultúrny nástroj, ktorého význam v meniacej sa spoločnosti ostáva stále rovnako veľký – nemení sa (Artelt et al., 2007). Pripomeňme si aspoň základné definície a vymedzenia pojmu čitateľská gramotnosť.

V štúdii PIRLS sa pod pojmom čitateľská gramotnosť rozumie „schopnosť porozumieť a používať také písomné jazykové formy, ktoré sú vyžadované spoločnosťou a/ alebo oceňované indivíduom. Mladí čitatelia vedia skonštruovať význam z rozmanitých textov. Čítajú za účelom vzdelávania sa, účasti v čitateľskej komunite alebo pre zábavu“ (Teoretické východiská štúdie PIRLS 2001) (Mullis et al., 2006 citovaný podľa Ladányiovej, 2007, s. 7; McGaw, 2003, s. 64 a ďalší).

Ďalej je čitateľská gramotnosť vo výskume PISA definovaná ako „spôsobilosť porozumieť písanému textu, používať písaný text a premýšľať o ňom, je to schopnosť porozumieť a používať napísané pre vlastné ciele a na ďalšie vzdelávanie. Je predpokladom rozvíjania čitateľových vedomostí a potenciálu, ktorí mu umožní aktívne sa zapojiť do života v spoločnosti“ (Čitateľská gramotnosť PISA SK 2003) (Čtvrtníčková, 2006, s. 5; Prenzel – Drechsel – Carstensen, 2005, s. 19 a ďalší).

Otázka čitateľskej gramotnosti sa v súčasnosti vo väčšine štátov sveta dostáva do popredia aj vo vzdelávaní žiakov so sluchovým postihnutím. V odbornej literatúre sa však málo stretávame s definíciou gramotnosti v súvislosti so sluchovo postihnutými. Väčšina autorov zaoberajúcich sa gramotnosťou sluchovo postihnutých sa opiera o všeobecne platné definície gramotnosti vzdelávacieho systému daného štátu (Reagan, 1990; Moores – Meadow-Orlans, 1990, citovaní podľa Brueggemanna, 2004). I napriek tomu možno povedať, že gramotnosť je kultúrny fenomén, ktorý prechádza historickými zmenami aj vo vzdelávaní žiakov so sluchovým postihnutím či už vzdelávaných v špeciálnom alebo integrovanom prostredí (Brueggemann, 2004). V súčasnosti dokonca čitateľská gramotnosť a s ňou súvisiace čítanie predstavujú jeden z najdôležitejších prostriedkov vzdelávania tak u žiakov intaktných ako aj sluchovo postihnutých. Možno práve toto výsadne postavenie čitateľskej gramotnosti spôsobilo, že sa stala záujmom mnohých odborníkov a tak aj súčasťou významných medzinárodných výskumov. Dôvodov, ktoré viedli k tejto skutočnosti je viacero. D. Tarcsiová (2003) uvádza okrem iných aj tieto dôvody:

- alarmujúce výsledky v čítaní,
- nutnosť využívať čítanie vo všetkých metódach vzdelávania,
- rozvoj informačných technológií, založených na písme a čítaní s porozumením, ktoré by mohli využívať aj nepočujúci (internet, e-mail, teletext, skryté titulkovanie, písací telefón...),
- možnosť integrovaného vzdelávania žiakov so sluchovým postihnutím,
- rozširovanie možnosti vyššieho a vysokoškolského vzdelávania pre žiakov s poruchou sluchu,
- zmenené požiadavky na trhu práce, ktoré automaticky rátajú aj s písaním a čítaním s porozumením.

Veľa našej ako i zahraničnej literatúry dodnes poukazuje zväčša na nedostatočné čitateľské zručnosti nepočujúcich žiakov. Na druhej strane sa

však môžeme stretnúť aj s nepočujúcimi žiakmi, ktorí sú naopak dobrí čitatelia. To nás vedie k zamysleniu sa nad tým, čo môže byť príčinou týchto rozdielov. Je nepopierateľné, že existuje množstvo faktorov, ktoré pozitívne alebo negatívne ovplyvňujú proces osvojovania si čítania, a teda aj samotný proces rozvoja čitateľskej gramotnosti. Jedným z nich je rozhodne aj samotné prostredie a ním uplatňované prostriedky edukácie. Z časového hľadiska je prvým takýmto prostredím rodina.

Niektorí autori tvrdia, že v odborných kruhoch sa rodine pripisuje pomerne veľký význam pri ovplyvňovaní čitateľskej gramotnosti u detí (Slezáková, 2006; Neuman – Dickinson, 2003). Iní zase zdieľajú názor, že význam rodinného prostredia sa z hľadiska rozvoja čitateľskej gramotnosti v našom kultúrnom prostredí nedoceňuje (Sakálová, 2007).

Aké sú teda ciele, funkcie a metódy rozvoja čitateľskej gramotnosti v rodine? E. Sakálová (2007, s. 47) hovorí o čitateľskej výchove v rodine, ako o jednom zo spôsobov rozvoja čitateľskej gramotnosti. Medzi jej základne ciele a funkcie rozvoja čitateľskej gramotnosti v rodine považuje:

- podporu a obohatenie vývinu dieťaťa o nové zdroje zážitkov a poznávania,
- rozvoj reči a slovnej zásoby,
- vytváranie primárneho čitateľského záujmu, jeho rozvíjanie a potupne vytváranie pravidelného návyku čítania,
- vytváranie predpokladov na plynulé zapojenie dieťaťa do školského vzdelávania a eliminovanie možných problémov,
- budovanie knižnice dieťaťa.

Autorka ďalej uvádza, že dosahovanie uvedených cieľov je limitované predovšetkým týmito faktormi:

- rodičovské vzory, vzdelanie, kultúry, literárny a čitateľský status rodičov,
- celková čitateľská klíma v rodine,
- kompetencie rodičov na čitateľskú výchovu dieťaťa,
- poznanie príležitosti, ktoré poskytuje knižnica,
- knižnica dieťaťa,
- záujmy a voľný čas rodičov.

Z uvedených faktorov zohráva dôležitú úlohu pri rozvoji čitateľskej gramotnosti dieťaťa v rodine najmä celková čitateľská klíma rodiny (Sakálová, 2007; Goodman, 2005). Každá klíma v rodine predstavuje určité návody a vzory, ale i výchovné metódy, ktoré sa nezaobídu bez uplatňovania určitých zásad (napríklad vytvárať príležitosti na čítanie, čítať dieťaťu čo najčastejšie,

viesť dieťa k vytváraniu návyku čítania už od útleho veku, odpovedať na otázky dieťaťa počas čítania, podporovať dieťa pri samostatnom výbere literatúry, podporovať u dieťaťa samostatné čítanie a podobne).

Medzi ďalšie charakteristiky, ktoré sú dôležitá z hľadiska čitateľských aktivít detí v rodine a boli už empirický overené (Campbell et al., 2001 citovaní podľa Schwipperta, 2007) patrí čitateľské zázemie v rodine ako aj rodinné prostredie a jeho sociálnoekonomické zázemie. Je isté, že v rodinách z nižšou úrovňou vzdelania a sociálno-ekonomickým statusom sú nároky na rečový prejav nižšie. Naopak pri vyššom kultúrnom, vzdelanostnom a ekonomickom štandarde rodiny majú deti vyššie šance stretnúť sa s knihou a čítaním, a tak aj vyššiu pravdepodobnosť dospieť k čitateľskej gramotnosti (Berstein, 1975 citovaný podľa Slezákovej, 2006).

V rodinách s dieťaťom či deťmi so sluchovým postihnutím zohráva dôležitú úlohu aj zdravotný stav rodičov, a teda, či sú alebo nie sú rodičia dieťaťa taktiež sluchovo postihnutí a aký spôsob komunikácie využívajú. Napríklad správa „National Institute of Deafness and Other Communication Disorders" tvrdí, že nepočujúce deti nepočujúcich rodičov sú často lepšími čitateľmi, ako nepočujúce deti počujúcich rodičov (Marschark, 2001). Iné štúdie zase poukazujú na fakt, že je úplne jedno, či sú rodičia počujúci alebo nepočujúci. Za lepších čitateľov označujú tých žiakov, ktorých strata sluchu bola diagnostikovaná veľmi skoro, najčastejšie do ôsmeho mesiaca veku samotného žiaka. Podľa tých istých štúdii, lepšími čitateľmi sú aj žiaci, ktorí mali skorý prístup k jazyku (zvyčajne posunkovému) a boli veľmi skoro vystavení písomnej forme angličtiny (Calderon – Greenberg, 1997 citovaní podľa Marscharka, 2007).

V súvislosti s čitateľskou gramotnosťou v rodine sa v súčasnosti predovšetkým v zahraničnej literatúre stretávame s pojmom rodinná gramotnosť (angl. Family Literacy) (Auerbach, 1997; Wasik et al., 2004; Cairney, 2003; Hannon, 2003 a ďalší). Zdôrazňuje sa v nej najmä dôležitosť role rodičov pri rozvoji gramotnosti deti. Poukazuje tiež na vzájomné ovplyvňovanie rodiny a gramotnosti v rôznych kultúrnych a sociálno-ekonomických kontextoch. Môžeme sa v nej stretnúť s rôznymi diskusiami a názormi ohľadom významu rodinnej gramotnosti. Niektorí pedagógovia a politici zastávajú názor, že rodinná gramotnosť poukazuje predovšetkým na problémy výchovy. Samotnú rodinnú gramotnosť vidia ako reformu výchovy. Iní zase tvrdia, že rodinná gramotnosť poukazuje na kultúrne rozdiely medzi rozvojom gramotnosti v rodinnom prostredí a v škole a na socio-ekonomické faktory, ako faktory

ovplyvňovania úroveň gramotnosti. Ich tvrdenia budú potvrdené alebo vyvrátené výskumami rodinnej gramotnosti.

Na záver možno spomenúť slová T. Slezákovej (2006, s. 257) ktorá tvrdí, že každá rodina je vo svojich charakteristikách jedinečná. Je na nás pedagógoch, psychológoch, učiteľoch, ako dokážeme pomôcť rodičom pri vytváraní podnetného prostredia pre svoje dieťa, ktoré by mu malo umožniť v maximálne možnej miere rozvinúť jeho potenciál a integrovať sa do spoločnosti. Jej tvrdenie sa vzťahuje tak na rozvoj čitateľskej gramotnosti detí intaktných, ako aj detí s určitým druhom postihnutia. Veď ako uvádza V. Goodman (2005, s. 1), detí si prevezmú taký obraz čítania, ktorý bol prezentovaný ich prvým učiteľom, a tým je rodina.

Zoznam použitej literatúry

ARTELT, C. et al. Förderung von Lesekompetenz – Expertise [online]. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007 [cit. 2010-01-2]. Dostupné na internete: http://www.bmbf.de/pub/bildungsreform_band_siebzehn.pdf.

AUERBACH, E. R. Family Literacy. In EDWARDS, V., CORSON, D. Encyclopedia of Language and Education, Volume 2: Literacy. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1997. 250 s. ISBN 0-7923-4595-0, s. 153–161.

BRUEGGEMANN, J. B. Literacy and Deaf People. Cultural and Contextual Perspectives. Washington D. C.: Gallaudet University Press, 2004. 219 s. ISBN 1563682710.

CAIRNEY, T. H. Literacy within Family Life. In HALL, N., LARSON, J., MARSH, J. Handbook of Early Childhood Literacy. 1. vyd. London: SAGE, 2003. 436 s. ISBN 0-7619-7437-7, s. 85–98.

ČTVRTNÍČKOVÁ, D. Rozvoj čitateľskej gramotnosti nielen na hodinách slovenského jazyka a literatúry. 1. vyd. Prešov: Metodické pedagogické centrum, 2006. 45 s. ISBN 80-8045-433-7.

DOLEŽALOVÁ, J. Jak spolu souvisí čtenářská gramotnost a čtení. In KASÁČOVÁ, B. et al. School – Education – Teacher's Education. The Reading Literacy of Younger School Age Children. Súbor príspevkov z medzinárodnej konferencie „Possibilities of grasping the reading literacy of younger school age children", 5. máj 2005. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2006. ISBN 80-8083-234-X, s. 76–81.

GOODMAN, V. Simply read! Helping Others Learn to Read. 2. vyd. Calgary, Alberta, Canada: Reading Wings Inc., 2005. 76 s. ISBN 0-9699938-4-6.
HANNON, P. Family Literacy Programmes. In HALL, N., LARSON, J., MARSH, J. Handbook of Early Childhood Literacy. 1. vyd. London: SAGE, 2003. 436 s. ISBN 0-7619-7437-7, s. 99–111.
KORŠŇAKOVÁ, P. et al. Čitateľská gramotnosť slovenských žiakov v štúdii PISA 2003. 1. vyd. Bratislava: Štátny pedagogický ústav, 2006. 85. s. ISBN 80-85756-96-X.
LADÁNYIOVÁ, E. Čitateľská gramotnosť žiakov 4. ročníka ZŠ. Národná správa zo štúdie PIRLS 2006. 1. vyd. Bratislava: Štátny pedagogický ústav, 2007. 44 s. ISBN 978-80-89225-38-5.
MARSCHARK, M. Language Development in Children Who are Deaf: Areasearch Synthesis. Alexandria, VA: National Association of State Directors of Special Education, 2001. 72 s.
MARSCHARK, M. Raising and Education a Deaf Child. New York, NY: Oxford University Press, 2007. 235 s. ISBN 0-19-512658-0.
McGAW, B. Education at a Glance. OECD Indicators [online]. Paris: OECD, 2003 [cit. 2009-12-2]. Dostupné na internete: http://books.google.com/books?id=NPyhQb6wdIC&pg=PA77&dq=PIRLS&lr=&hl=sk&cd=3#v=onepage&q=PIRLS&f=false.
METSALA, J. L., EHRI, L. C. Word Recognition in Beginning Literacy. 1. vyd. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1998, 403 s. ISBN 0-8058-2899-0.
NEUMAN, S. B., DICKINSON, D. K. Handbook of Early Literacy Research. New York, NY: The Guilford Press, 2003. 494 s. ISBN 1-57230-895-8.
PRENZEL, M., DRECHSEL, B., CARSTENSEN, C. H. Einführung in den Ländervergleich PISA 2003. In PISA 2003. Der zweite Vergleich der Länder in Deutschland – Was wissen und können Jugendliche? New York, NY: WAXMANN, 2005. s. ISBN 3-8309-1560-8, s. 13–50.
PUPALA, B., ZÁPOTOČNÁ, O. Vzdelávanie ako formovanie kultúrnej gramotnosti. In PUPALA, B., KOLLÁRIKOVÁ, Z. Předškolní a primární pedagogika. Predškolská a primárna pedagogika. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 456 s. ISBN 80-7178-585-7, s. 261–269.
REAGAN, T. Cultural Considerations in the Education of Deaf Children. In MOORES, D. F., MEADOW-ORLANS, K. P. Educational and Deve-

lopmental Aspects of Deafness. Washington, DC: Gallaudet University Pess,1990. 451 s. ISBN 0-930323-52-1, s. 73–84.
SAKÁLOVÁ, E. Čítanie a rodina. In Knižnica, 2007, roč. 8, č. 2–3, s. 44–51.
SCHWIPPERT, K. Progress in Reading Literacy. The Impact of PIRLS 2001 in 13 Countries. Münster: Waxmann Verlag, 2007. 278 s. ISBN 978-3-8309-1759-5.
SLEZÁKOVÁ, T. Prínos rodiny k rozvoju predpokladov u dieťaťa na zvládnutie základov elementárnej gramotnosti. In KASÁĆOVÁ, et al. School – Education – Teacher's Education. The Reading Literacy of Younger School Age Children. Súbor príspevkov z medzinárodnej konferencie „Possibilities of grasping the reading literacy of younger school age children", 5. máj 2005. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2006, 273 s. ISBN 80-8083-234-X, s. 253–257.
TARCSIOVÁ, D. Čítanie a nepočujúce deti In: Speciální pedagogika, 2003, roč. 13, č. 2, s. 99–112.
WASIK, B. H. et al. Handbook of Family Literacy. 1. vyd. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2004. 684 s. ISBN 0-8058-4307-8.

RODINNÉ ČTENÍ U MALÝCH NESLYŠÍCÍCH DĚTÍ

Mgr. Klára Ptáčková

Klíčová slova

Rodinné zázemí, komunikace, období předčítání, rodinné čtení, motivace.

Základním předpokladem jakékoliv úspěšné práce je úspěšný začátek. U čtení neslyšících dětí velice záleží na motivaci dítěte ke spolupráci, proto je třeba hned na začátku vzbudit jeho zájem. A ten mohou vzbudit především jeho nejbližší, kteří jsou odmalička s dítětem v každodenním kontaktu. Rodina je prostředím, kde děti získávají vztah k četbě, a to dávno před tím než dosáhnou školní zralosti. Dítě, které ví, že se v knížkách dozví něco nového, zajímavého a poutavého, se učí později číst s větší ochotou a nadšením.

Úroveň pozdějších čtenářských dovedností výrazně ovlivňuje fakt, do jaké rodiny se dítě narodilo. Rodina určuje způsob komunikace, volí většinou orální metodu nebo znakový jazyk, a typ a formu vzdělávání. Tím je dán zásadní předpoklad pro jejich budoucí dovednost čtení s porozuměním. Okrouhlíková (2003) upozorňuje, že je především důležité, aby se neslyšícím v raném dětství dostalo smyslově přístupného jazyka, kterým je v ideálním případě znakový jazyk. Většina neslyšících dětí se však rodí slyšícím rodičům. Pokud rodiče zvolí orální metodu výchovy, dítě se odmalička s rodiči nedorozumí, a tak mezi nimi často vzniká komunikační bariéra. Dítě mluvený jazyk neslyší, a má tak problémy osvojit si základní pojmy, povědomí o světě, nesdílí s rodiči své pocity a komunikace se v horším případě omezí pouze na hrubé základy. Při čtení je pro takové rodiče problém dítěti vysvětlit text, slova, která nezná, ale také souvislosti. Často dochází k nepochopení, neporozumění a časem se může ztratit chuť spolu více komunikovat. Uzavírá se tak cesta k možnosti převyprávění příběhů a pohádek, ale především k jakékoliv další komunikaci. Takové neslyšící dítě nemá stejné podmínky jako slyšící dítě a je výrazně znevýhodněno. Pokud je však na místě chuť a snaha, lze bariéry překonat a situaci zvládnout. Pro začátek prvního rodinného čtení uvádí Červenková (1999a) jako velice přínosné využít totální komunikaci, která v sobě zahrnuje všechny dostupné možnosti, jako je např. znakovaná čeština, práce s obrázky (např. kreslení ilustrací ke knize, lepení „bublin“, sestavování komiksů) či pantomima. Tak se děti mají možnost nejen seznámit

se základní kostrou nejznámějších příběhů a pohádek, ale i podílet se na utužení sociálního klima rodiny, kde by velice snadno mohlo díky komunikační bariéře dojít k citovému odcizení.

V rodině, kde jsou rodiče neslyšící, není předpoklad komunikační bariéry, jelikož hned od raného věku spolu rodiče i dítě komunikují, a dítě tak poznává svět a osvojuje si základní pojmy. Nevýhodou u takových rodičů může být nedostačující úroveň čtenářských dovedností, popřípadě limitované množství informací. U složitějších textů nebo slovních spojení tedy může dojít k situaci, kdy rodiče nemohou být dítěti při předčítání oporou a pomocníkem při vysvětlování (Červenková, 1999a).

Podstatné je, zda rodiče mají tendenci děti ke čtení vést či nikoli a zda s nimi odmala čtou a vyprávějí si s nimi. Předčítání a čtení stejně tak jako přeznakování příběhů obohacuje dětskou fantazii i emoční život dítěte. Čtení knížek není jen zábava, která následuje po splnění povinností nebo která zachraňuje před nudou. Představuje hlavně příjemně a užitečně strávený čas pro rodiče i děti. Posiluje sociální vazby, přináší uvolnění a zlepšuje soustředění. Obohacuje dětský svět o nové poznatky a dítě díky němu získává schopnost se vyjadřovat a mít lepší slovní či znakovou zásobu. Předpokladem úspěchu je při předčítání vždy kontrola porozumění a následné dovysvětlení neznámých pojmů či vztahů a situací.

Macurová (1999) vyzdvihuje, že právě rodiče jsou těmi, kdo poskytují dítěti důležitý vzorový model. Dítě odmalička vnímá důležitost, která se připisuje tištěnému nebo psanému slovu v jeho okolí. Své dospělé vzory vídá s knížkami, časopisy, novinami, dopisy, vnímá, že to vše je přirozenou součástí domova. Je mu jasné, že čtení má určitý informační význam (např. jízdní řád, jídelní lístek, reklama apod.), a tím je spojeno s praktickým životem. Rodiče mohou s dítětem již odmala navštěvovat knihovnu. Vliv rodiny na budoucí čtenářství je však nesrovnatelně vyšší než ostatních institucí, přestože i jesle, školky, mateřská centra nebo knihovny mohou pomoci dítě naladit a ke čtenářství přivést.

Začít se čtením by měli rodiče co nejdříve. Už malé děti se mohou seznamovat s leporely z různých materiálů. Zpočátku se jedná hlavně o jednoduchý popis obrázků. K němu se postupně přidává více informací, které vyjadřují, co se na obrázku děje, s čím si kdo hraje, jak se u toho tváří apod. U neslyšících dětí dělají problémy i základní pojmy, jako jsou např. názvy zvířat a jejich mláďat, ovoce či zeleniny.

Při společném čtení dítěte s rodiči hraje důležitou roli tělesný kontakt, který navozuje příjemnou atmosféru. Při získávání čtenářské zkušenosti je podstatná emocionální složka osobnosti. Jedním z možných způsobů, jak dítě získat pro text, je jeho vlastní zkušenost související s textem. Další možností je přímý estetický zážitek, který dítě prožije po přečtení či přeznakování úryvku například společně s předvedením výtvarného díla. Ilustrace mohou mít také motivační charakter. Rodinné čtení nesmí být nudné ani nucené, malé děti je možné zaujmout maňáskem či hračkou. Klid a pohoda navozují u dítěte příjemné pocity, pozitivní náladu, uvolnění a ochotu naslouchat a povídat si. Potěšení z naslouchání a vnímání vyprávění bývá prvním a nejdůležitějším krokem k tomu, aby mělo malé dítě chuť později samostatně číst. Zájem u velmi malých dětí může podnítit už i fakt, že knihu může samo držet, obracet stránky a ukazovat obrázky.

Když už dítě rozumí základům řeči, ať už v mluveném jazyce či znakovém, je vhodné vyprávět mu krátké příběhy. Děti v tomto věku mají rádi přesné vyprávění, pamatují si konkrétní slovní či znakové spojení a vědí, jak věty na sebe navazují. Děti milují opakování a i přesto, že se seznamují s novými slovy nebo znaky, které jsou pro ně ještě neznámé, může je zaujmout samotný příběh či mimika. Pomocí převyprávěných příběhů najde dítě modelové situace vztahů mezi lidmi, událostmi, řešení konfliktů a pochopí tak, co je správné a proč tomu tak je. Dětská literatura pomáhá dětem v jejich psychickém zrání. Příběhy poslouchané s oblibou opakovaně mají u dětí hlubokou odezvu a děti v nich nacházejí odpovědi na otázky spjaté s úrovní svého vývoje.

Dítě vnímá literární text poslechem nebo v případě převyprávění ve znakovém jazyce vizuálně díky další osobě, která mu příběh předčítá či vypravuje. Pomocí svého vypravěče, ke kterému má silné citové pouto, snadněji pronikne k jádru sdělení, splyne s hlavním hrdinou a sleduje postup vyprávění. Pokud rodič zapojí i trochu hereckého talentu, dítě prožívá naplno povahu a činy jednotlivých postav a zaujímá k nim své stanovisko. Rodič má při předčítání naprostou svobodu – může uplatnit vlastní kreativitu a přizpůsobit text svému dítěti, aby usnadnil porozumění nebo zvýšil atraktivitu děje. Společně s tím vším dítě při nahlížení do knížky vnímá ještě i vizuálně grafickou, výtvarnou či ilustrační stránku textu. Dítě se postupně učí chápat, že knihy jsou zdrojem informací a zábavy, začíná se o knihy zajímat a roste jeho přání naučit se číst. Učí se chápat, co to vlastně čtení je a učí se s knihou zacházet.

Mezi neslyšícími dětmi bývá oblíbená metoda tzv. mateřského deníku, kterou zmiňuje například i Červenková (2004), kde jsou zaznamenány drobné denní události, které dítě zažilo. Rodiče mohou popisovat krátkými dobře srozumitelnými větami např. fotografie, pohlednice či vstupenky, a později tak při rodinném čtení deníku znovu prožívat společně strávené radosti i starosti každodenního života. To vše příznivě ovlivňuje soudržnost rodiny a posiluje vztahy mezi jejími členy. Později bývá právě mateřský deník nejoblíbenější knihou prvního čtení. Zájem o čtení je vyvolán společným potěšením ze sdílení knih dítěte s rodiči. Oboustranně radostná atmosféra má pozitivní vliv na schopnost soustředění a udržení zájmu dítěte o čtení, což usnadňuje i fakt, že se dění týká přímo aktuálního života dítěte.

Osvědčené a velmi oblíbené je u neslyšících dětí také rodinné čtení komiksů s jednoduchými texty. Obsahují názorné obrázky, málo textu hlavně ve formě přímé řeči a mají rychlý dějový spád. Děj běží dopředu bez odboček a komplikací a čtenář se nezaplétá do složitých slovních charakteristik postav a prostředí. Je velice důležité, aby dítě předtím než začne číst samo psaný text, umělo „číst" obrázky, jelikož právě ty mu budou později při samotném čtení velmi pomáhat. Podoba komiksu se dá různě upravovat, je možné ji pro děti tvořit pomocí kreslených obrázků, ale i fotografií či ilustrací. Komiks je dobrým dějovým vodítkem, dítě ví, co se stalo a co bude následovat. Nevýhodou je však to, že brzdí představivost a rozvoj fantazie (Červenková, 1999c).

Problematickou oblastí se může jevit pro některé rodiče poezie. Není lehké ji dramaticky ztvárnit a znázornit např. výraznou mimikou, na druhou stranu není poezie tolik svázaná gramatikou a její vnímání může mít základ v emocionalitě každého čtenáře. Rodič může dítěti ukázat, jakými možnými způsoby je možné báseň vnímat a že na každého čtenáře může působit zcela jinak. Každý člověk může vycítit skryté významy v souvislosti s jeho jedinečnou individuální zkušeností (Červenková, 1999c).

Důležité je rozvíjení představivosti a fantazijní hry, které je právě v počátcích u dětí tak silné. Každou báseň by mělo dítě pochopit a poté po svém uchopit. Pro lepší pochopení rýmu jsou pro začátek vhodnější spíše říkadla, rozpočitadla, popěvky či hádanky. Rodiče mohou s dětmi vybrat nejdůležitější motivy, doplnit je ilustracemi, prožít rytmus, recitovat ji různými způsoby či podnítit vlastní postoje dětí. Problém, který může nastat u využití rýmu pro vnímání rytmu veršů, může vyřešit využití stejného počtu slabik, stejných slov nebo jejich částí. Rytmus mohou rodiče zábavnou formou použít

k nácviku rytmizace, např. hrou na tělo, na Orffovy nástroje, což je pro děti příjemným zpestřením a napomáhá k zapamatování slov a veršů (Kolářová, Kánská, 1999).

Literatura umožňuje rozvoj představivosti. Vařejková (1998) připomíná, že představy jsou vázány na konkrétní smyslovou zkušenost, smyslový vjem, se kterým jsme se setkali. Pokud zkušenost neodpovídá, jsme jako dospělí schopni si to představit. U dětí je zkušenost velmi malá, nedokáží si vše představit, proto si určitou představu dotváří fantazijně. Je důležité, aby představy dětí byly podpořeny a poté zakořeněny vizuálně, sluchově, hmatově, čichově, chuťově, aby se vázaly k danému příběhu. Při povídání o příběhu se aktivizuje soubor jejich zkušeností, který je oproti dospělému přístupu bohatší o schopnost bez zábran, samozřejmě a spontánně prostupovat hranicemi světa reality, fikce a fantastiky s pomocí imaginace, kreativity a hry. Neslyšící děti stejně tak jako ty ostatní potřebují jen dodat sebedůvěru a ukázat tisíce možností, jak je možno příběh či pohádku vnímat.

Použitá literatura

ČERVENKOVÁ, A. Co dává neslyšícímu dítěti čtení, In *Co a jak číst se sluchově postiženým dítětem*, Praha: FRPSP, 1999a.

ČERVENKOVÁ, A. „Čtení" obrázků a komiksů, In *Co a jak číst se sluchově postiženým dítětem*, Praha: FRPSP, 1999b.

ČERVENKOVÁ, A. *Funkční gramotnost jako předpoklad integrace neslyšících do většinové společnosti*, Infozpravodaj, s. 9, roč. 12, č. 1, 2004.

ČERVENKOVÁ, A. Kdy začínat s poezií, In *Co a jak číst se sluchově postiženým dítětem*, Praha: FRPSP, 1999c.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu I.*, Praha: Septima, 1997.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu II.*, Praha: Septima, 1998.

HUDÁKOVÁ, A. Obrázkové čtení & Čtení a psaní, In *Co a jak číst se sluchově postiženým dítětem*, Praha: FRPSP, 1999.

KOLÁŘOVÁ, M., KÁNSKÁ, T. Dítě s těžkou vadou sluchu a poezie, In *Co a jak číst se sluchově postiženým dítětem*, Praha: FRPSP, 1999.

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*, Praha: Karolinum Univerzity Karlovy, 2002.

OKROUHLÍKOVÁ, L. Problematika vzdělávání neslyšících, In *Neslyšící očima veřejnosti aneb veřejnost očima neslyšících* (sborník z konference), Praha: Česká unie neslyšících, 2003.
MACUROVÁ, A. Předpoklady čtení, In *Četba sluchově postižených*, Praha: FRPSP, 1999.
STRNADOVÁ, V. *Jaké problémy má neslyšící člověk při čtení*, In InfoZpravodaj č. 1, roč. 6, Praha: FRPSP, 1998.
TOMAN, J. *Vybrané kapitoly z teorie dětské literatury*, České Budějovice: Pedagogická fakulta Jihočeská Univerzita, 1992.
VANĚČKOVÁ, V. *Příprava na čtení sluchově postižených dětí*, Praha: Septima, 1996.
VAŘEJKOVÁ, V. *Literárněvýchovná interpretace uměleckého textu na 1. stupni základní školy*, Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy Univerzity, 1998.

DÍTĚ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA V RANÉM VĚKOVÉM OBDOBÍ V KONTEXTU RODINY

Mgr. Alena Říhová

Ústav speciálněpedaogogických studií Pedagogické fakulty
Univerzity Palackého v Olomouci

Klíčová slova

Poruchy autistického spektra, raná péče, rodina, symptomatologie, diagnostika, intervence.

Uvedení do problematiky

Poruchy autistického spektra (dále též PAS) patří mezi nejzávažnější poruchy dětského mentálního vývoje (Kurt-Lasocka, 1994; Thorová, 2006; Weber, 1970). Vývoj dítěte s PAS je od útlého věku aberentní vzhledem k intaktnímu dítěti a narušen do hloubky. Jde tedy o pervazivní vývojovou poruchu (Was ist autismus?, 2009). „Slovo pervazivní znamená vše pronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 12). Jelínková (1999) uvádí, že do této kategorie spadají těžké vývojové poruchy, které mají svůj počátek v raném dětství a jsou charakterizovány kvantitativní poruchou sociální interakce, komunikace a sklonem k stereotypnímu a ritualistickému chování. Uvedené deficity patří k tzv. triádě symptomů. Popsala je Wingová a jsou pro PAS charakteristické. Podle MKN – 10. revize (2006) patří mezi pervazivní vývojovéporuchy dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, jiná dezintegrační porucha v dětství, hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy a pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná. Nejlépe prostudovanou a zároveň nejtěžší poruchou autistického spektra je dětský autismus (Hrdlička, 2004). Pojem autismus zavedl do lékařské terminologie v roce 1911 psychiatr Bleuler. Kanner, americký psychiatr, popsal v roce 1943 jedenáct případů dětí, které vykazovaly nepřiměřené, zvláštní chování. Tyto projevy nazval Časný dětský autismus (Hrdlička, 2004). „K výběru tohoto označení inspiroval Kannera řecký původ slova autos, což znamená sám. Názvem se Kanner snažil vyjádřit domněnku, že děti trpící autismem jsou osamělé, pohroužené do vlastního vnitřního světa, nezajímající se o svět kolem sebe,

neschopné lásky a přátelství“ (Thorová, 2006, str. 34). Hrdlička (2004) pojednává o tom, že v roce 2000–2001 byly popsány významně vyšší prevalence jak u dětského autismu, tak i u ostatních pervazivních vývojových poruch. Podle kritérií MKN-10 ve studii Bairda a kol. (2000) udávané hodnoty činí 30,8 a 57,9/10 tisíc, podle kritérií DSM-IV pak 16,8 a 62,6/10 tisíc. V práci Chakrabartiho a Fombonna (2001) 40,0 a 67,0/10 tisíc v práci Bertranda a kol. (in Hrdlička, 2004).

I přes nespočetné množství výzkumů obhajujících různé teorie a hypotézy, nebyla etiologie poruch autistického spektra jednoznačně prokázána. Možné příčiny pohlíží na PAS jako na dědičné onemocnění, na onemocnění, při kterém se uplatňuje vliv prostředí, výživy, prodělané nemoci, vliv metabolického onemocnění a vrozených vloh. Příčina PAS bude ale s největší pravděpodobností multifaktoriální (Hoffman, 2008). V současnosti neexistuje žádnáterapie, která by přinášela stoprocentní výsledky. Teorie a hypotézy o příčinách autismu jsou s terapiemi PAS úzce spjaty. Mnohé terapie na některou z teorií přímo navazují nebo z ní alespoň částečně vycházejí. Stejně tak, jako existuje mnoho teorií o příčinách vzniku PAS, existuje i nepřeberné množství terapií.

Symptomatologie poruch autistického spektra

Na tomto místě bychom chtěli poukázat především na prvotní symptomy, které rodiče ve vývoji dítěte mohou zaznamenat a jež se stávají incentivou k vyhledání odborné pomoci.

Zaměříme se na jednotlivé oblasti uvedené diagnostické triády.

Narušení sociální interakce a sociálního chování je jedním z prvních příznaků, které laická veřejnost u osob s PAS viditelně zaznamená. Zmíněný deficit je také příčinou toho, že nezasvěcené okolí může mylně označit dětí s PAS za rozmazlené, vzpurné, neposlušné a egoistické. „Byl to právě zvláštní charakter sociálního chování (sociální izolace), který vedl Leo Kannera k tomu, že poruchu, kterou pozoroval u svých dětských pacientů, nazval infantilním autismem. Kanner předpokládal, že tyto děti přicházejí na svět s vrozenou neschopností navazovat normální biologicky podmíněný kontakt s lidmi. Mnohaletým studiem došel k závěru, že tato sociální izolace nemusí být definitivní“ (Jelínková, 2000, str. 4). Oční kontakt, úsměv, broukání, pozitivní reakce na lidskou řeč, natahování ruček dítěte k matce. To vše jsou typické projevy zdravého dítěte v prvních měsících života. Absence empatie, reciprocity a sociálního cítění, nepochopení sociální situace a další deficity

doprovází jedince s PAS po celý život. Člověk je od podstaty tvor společenský, k existenci potřebuje budovat a udržovat sociální vztahy, potřebuje patřit do určité společenské skupiny.

U osob s PAS nacházíme v této potřebě a schopnosti velmi výrazné aberence. Thorová (2006) uvádí, že lidé s PAS dosahují výrazně nižších výsledků v testech emoční a sociální inteligence. uvádí Jedinec s PAS se vyhýbá kontaktu s lidmi, nevyhledává interpersonální vztahy a v chování chybí reciprocita. Uchyluje se k interpersonální izolaci, k upřednostňování interakce a manipulace s předměty. Většinou chybí iniciace sociálního kontaktu. Na druhé straně se ale můžeme setkat se snahou navázat kontakt nepřiměřenými prostředky, mezi které patří vulgarismy, agresivita a jiné behaviorální projevy. Typické je nepochopení emocí druhých lidí. Jde tedy o absenci empatie. Dovednosti jsou rigidní a mechanicky naučené.

Osoby s PAS jsou označovány za „sociálně slepé", protože mají obtíže s pochopením emocí, intencí a myšlenek. Nemají vůbec, nebo omezeně vyvinutou takzvanou teorii myšlení, která zahrnuje schopnost uvažovat o myšlení druhých lidí. Absentuje zrakový kontakt nebo je přítomno vyhýbání se zrakovému kontaktu v sociální interakci (Thorová, 2006; Pátá 2007; Peeters 1998 et al). Škála narušení v sociální sféře je u každého jedince individuální. Totopoznání vedlo Wingovou ke klasifikaci kategorií podle převažujícího typu sociálního chování.

Rozlišuje typ osamělý, pasivní, aktivní – zvláštní a typ formální, afektovaný (Thorová, 2006).

Thorová (2006) k zmíněným typům přidává ještě typ smíšený, zvláštní. „Jednotlivé typy chování se prolínají. Záleží na osobě člověka, se kterou dítě kontakt navazuje, a na jiných okolnostech. V některých situacích se dítě chová odtažitě, například v kolektivu nebo s cizím člověkem může působit jako velmi uzavřené a samotářské. Aktivní kontakty je schopné navázat pouze v situaci, kterou dobře zná, nebo pokud se týká oblastí jeho zájmů" (Thorová, 2006, str. 74).

„Kvalitativní postižení v oblasti představivosti se manifestuje repetitivním chováním, rituály a omezeným okruhem zájmů. Někteří odborníci dávají přednost termínu rigidita v myšlení a chování namísto termínu nedostatek představivosti, který je trochu zavádějící" (Jelínková, 2000, str. 4). U osob s PAS dominuje obsedantní lpění na neměnnosti, které se projevuje intenzivním nutkáním dodržovat rituály a odporem k jakékoliv změně. Sebemenší

změna je obvykle provázena záchvaty úzkosti, stresu, nejistoty, agrese i autoagrese.

„Narušená schopnost imitace a symbolického myšlení způsobuje, že se u dítěte nerozvíjí hra, tedy jeden ze základních kamenů učení. Nedostatečná představivost způsobuje, že dítě upřednostňuje činnosti a aktivity, které obvykle preferují mladší děti. Vyhledává předvídatelnost a upíná se tak na stereotypní jednoduché činnosti" (Thorová, 2006, str. 117).

Zájmy osob s PAS můžeme označit termíny jako je ulpívavost, stereotypie, neodklonitelnost, zaujetí, repetitivnost. Osoby s PAS si chtějí vytvořit pocit bezpečí, jistoty a předvídatelnosti. Stereotypní chování má však různé formy. Mnozí odborníci (např. Hrdlička, Komárek, 2004; Peeters, 1998; Jelínková, 2000) uvádí, že v projevu osob s PAS můžeme zaznamenat motorické stereotypy, mezi které patří třepotání prstů před očima, kývavé pohyby, plácání rukama, ale i sebezraňování.

Narušení komunikační schopnosti je další symptom, který utváří klinický obraz pervazivní vývojové poruchy. „Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchami komunikace. Opožděný vývoj řeči bývá velmi často první příčinou znepokojení udávanou rodiči" (Gillberg in Thorová, 2006, str. 98). Thorová (2006) pojednává o tom, že deficit komunikační schopnosti nalézáme v recepci, v expresi, ve verbální i nonverbální komunikaci a v preverbálních interakčních dovednostech. Míra narušení je značně variabilní a podléhá řadě faktorů. „Jde o globální selhávání ve všech komunikačních modalitách. Tyto děti celkově velmi málo napodobují druhé, téměř nepoužívají gesta, ale i jejich mimice a ostatním tělesným pohybům chybí komunikační význam" (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, str. 514). Hrdlička (in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) se zmiňuje o dominanci opožděného vývoje řeči a jejího nedostatečného sociálního užití. Aberence v oblasti sociálního užití se projeví například v nedostatečné reciprocitě při běžném rozhovoru a sníženou přizpůsobivostí individuálnímu jazykovému vyjadřování. Howlin (2005) uvádí, že zhruba u 30 % postižených se smysluplná řeč nevytvoří nikdy a i mezi těmi, kteří mluví, je řeč někdy celý život značně pozměněna. Peeters (1998) upozorňuje na skutečnost, že asi polovina lidí s autismem nepoužívá řeč, 75 % z nich využívá smysluplnou echolálii, zatímco u ostatních 25 % to není tak jednoznačné. Eisenmajer (in Attwood, 2005) uvádí, že téměř u 50 % dětí s Aspergerovým syndromem dochází k pozdějšímu rozvoji řeči, ačkoli ve věku pěti let takřka všechny hovoří plynule. „V případě autismu nevíme,

jak je porucha specificky spojena s obtížemi při osvojování řeči. Nevypadá to, že by mohl být nějaký zřetelný problém se strukturálními aspekty produkce řeči nebo motorickými aspekty produkce řeči " (Bondy, Frost, 2007, str. 30). Vágnerová (2004) uvádí, že pro autistické děti je typický narušený vývoj řeči a neschopnost jej používat jako prostředek komunikace. Osoby s PAS neprojevují zájem o tento druh interakce. Předpokládá se, že mají narušenou schopnost takzvané metareprezentace. To znamená, že neakceptují obvyklým způsobem signály komunikačního partnera, nerozumějí jeho emočním projevům ani kognitivnímu obsahu sdělení, a tudíž pro ně tyto podněty nemohou být dostatečně atraktivní. Je možné, že se řeč nevyvíjí právě proto, že ji autistické dítě k ničemu nepotřebuje (Vágnerová, 2004). Mezi postřehy v aberenci komunikace v raném věku patří podle Páté (2007):

1. Do 12 měsíců nežvatlá.
2. Do 12 měsíců negestikuluje.
3. Do 16 měsíců neužívá slova.
4. Do 24 měsíců spontánně neužívá věty.
5. Ztráta jakýchkoli jazykových nebo sociálních schopností v kterémkoli věku.
6. Nereaguje na své jméno.
7. Neříká co chce.
8. Nereaguje na pokyny.
9. Vývoj jazyka je opožděný.
10. Někdy působí dojmem, že neslyší.
11. Zdá se, že slyší, ale nikoli ostatní osoby.
12. Neukazuje a nemává na rozloučenou.
13. Říkalo několik slov, ale přestalo.

Diagnostika poruch autistického spektra

Všepronikající, kvantitativně a kvalitativně odlišné symptomy vyžadují interdisciplinární a komplexní přístup. Proto je potřeba, aby co možná největší počet odborníků byl schopen vyslovit alespoň podezření na PAS. „V současné době neexistuje zkouška biologického charakteru, která by prokázala autismus. Screening se proto zcela zákonitě zaměřuje na mapování a výzkum chování" (Thorová, 2006, str. 263). A priori tedy diagnostiku stanovuje klinický psycholog, který má zkušenost s tímto postižením. Zmíněný odborník vychází z dlouhodobého pozorování, z řady klinických testů a opětovné verifikace

diagnózy, neboť vývojem dítěte se klinický obraz poruchy může měnit. V České republice se ve značné míře používá semistrukturovaná škála CARS. Podle Hrdličky, Komárka (2004) existuje mnoho psychodiagnostických metod, které jsme v praxi zvyklí používat. Při vyšetření dítěte s PAS je náš repertoár spíše omezen. Většinou nelze dostatečně navázat kvalitní kontakt s dítětem. Dítě nerozumí mnoha instrukcím a nereaguje na běžně prováděné pokyny. Mezi psychologické metody patří pozorování, rozhovor, vývojové škály (Gesselova vývojová škála, Škály N. Bayleyové), testy rozumových schopností (Stanford-Binetova zkouška, McCarthyové škála), Wechslerovy zkoušky inteligence, Ravenovy testy, kresby a grafomotorika. K screeningovým a diagnostickým nástrojům dále řadíme ADI-R, ADDS, A.S.A.S., AQ test, CARS, CHAT, DACH (Thorová, 2006; Hrdlička, Komárek, 2004; Jelínková, 2002). Vocilka (1995) uvádí následující diagnostická kritéria, která vychází z narušení ve třech základních oblastech. Mezi ně patří poškození v sociální interakci, v komunikaci a stereotypní, omezený repertoár zájmů, činností. Počet symptomů, které spadají pod tyto tři široké oblasti je dvanáct.

A) Kvantitativní poškození v sociální interakci
(alespoň ve dvou z uváděných příznaků)

1. Zřetelná neschopnost používat obecných forem vystupování, jako je pohled do očí, výraz tváře, gesta, pohyb těla atd., k vzájemné sociální interakci.
2. Selhání při vytváření vztahů se svými vrstevníky.
3. Neschopnost sdílet radost, smutek a zájmy s ostatními lidmi.
4. Nedostatek sociální a emocionální vzájemnosti (např. neschopnost aktivně se účastnit jednoduchých her, preferování samotářských aktivit nebo používání ostatních osob jen jako „nástroje“ k mechanické pomoci).

B) Kvantitativní poškození komunikace
(alespoň v jednom z uváděných příznaků)

1. Vývoj mluvené řeči je opožděn nebo zcela chybí. Chybí i pokusy o alternativní způsob komunikace pomocí gest nebo mimiky.
2. Je-li řeč vyvinuta, chybí spontánnost začít a udržet konverzaci.
3. Použití jazyka je stereotypní, opakující se.
4. Chybí rozmanitost, spontánnost a představivost i schopnost napodobit pravidla společenského chování při hře přiměřené věku.

C) Omezený a opakující se repertoár zájmů a aktivit
(alespoň ve dvou z následujících příznaků)

1. Přílišné zaujetí jednou nebo více stereotypními a omezenými činnostmi, které jsou abnormální buď intenzitou, nebo předmětem zájmu.
2. Zjevným přilnutím ke specifické nefunkční rutině nebo rituálu.
3. Stereotypní a opakující se pohybové manýry (třepotání rukama, prsty, kroucení prsty nebo složitý komplex pohybů celého těla).
4. Vytrvalé zaujetí detailními částmi jednotlivých předmětů.

„Pro stanovení diagnózy autismus musí být přítomno nejméně šest z popsaných symptomů.

První projevy jsou vždy přítomny do věku tří let" (Vocilka, 1995, str. 7).

Intervence u klientů s PAS

Včasná, komplexní a verifikovaná diagnostika spolu s ranou intervencí je jeden ze zásadních rozhodujících činitelů ovlivňující prognózu PAS.

V současnosti neexistuje žádná terapie, která by přinášela stoprocentní výsledky.

Teorie a hypotézy o příčinách autismu jsou s terapiemi PAS úzce spjaty. Mnohé terapie na některou z teorií přímo navazují nebo z ní alespoň částečně vycházejí. Stejně tak, jako existuje mnoho teorií o příčinách vzniku PAS, existuje i nepřeberné množství terapií. Od přísně vědeckých, podložených mnoha výzkumy, přes terapie vycházející spíše z přímých zkušeností s lidmi s PAS, až k terapiím takřka „šarlatánským" (Srbková, 2007). Schopler, Reicher (1998) Gillberg, Peeters (2003) Thorová (2006) a další se shodují v tom, že nejlepší výsledky přináší strukturované vzdělávací programy. „Strukturované vzdělávací programy, kombinace behaviorálních technik, využívání vizualizovaných informací, kvalitní spolupráce s rodinou, dobrá znalost vývojové psychologie a specifik poruch autistického spektra, uplatňování teorie učení, pedagogická a terapeutická empatie tvoří nejlepší základ pro kvalitní pomoc" (Thorová, 2006, str. 381).

Na tomto místě považujeme za důležité zmínit se o opodstatnění logopedické intervence. Správné a včasné budování funkční komunikace má zásadní vliv na komplexní vývoj jedince s PAS. Nejdůležitější rolí logopedické intervence je výstavba pragmatické jazykové roviny, která je stěžejním deficitem narušené komunikační schopnosti u této klientely. Gronfeldt (in Klenková,

2008) uvádí, že pragmatická rovina je rovina sociálního uplatnění komunikačních schopností, sociální aplikace. Schopnost správného vedení komunikace, střídání v komunikaci a reciprocity komunikačního procesu je základním předpokladem úspěšné školní i sociální integrace a inkluze.

„V současné době je obecně kladen stále větší důraz na co nejefektivnější využívání raného věku dítěte. Uplatňování tohoto trendu v praxi má velký význam pro děti zdravé a je možno říci, že v případě dětí s postižením sehrává úlohu někdy téměř nenahraditelnou" (Ludíková in Renotiérová, Ludíková a kol., 2005, s. 150). Uvědomujeme si, že raný věk je období, které značně ovlivňuje vývoj jedince po stránce fyzické, sociální i psychické. Cílem rané péče je ucelená podpora rodiny pečující o dítě s PAS. Tato podpora vzniká z jejich individuálních potřeb (Apla, 2009; Checklisten zur Früherkennung, 2009; Was ist autismus?, 2009).

V případě rodiny dítěte s PAS má svoji nezastupitelnou roli úloha psychologa, který psychologickými prostředky usiluje o vyrovnání se se sdělenou diagnózou, řeší aktuální problémy a pomáhá překlenou se přes toto náročné životní období. Dítě s PAS by dále mělo být pod pravidelnou kontrolou a péči pediatra, neurologa, psychologa, psychiatra, logopeda, speciálního pedagoga či pedagoga.

Rodina dítěte s poruchou autistického spektra

Rodina je z hlediska rozvoje dětské osobnosti nejvýznamnější sociální skupina.

Systém rodiny tvoří její jednotliví členové a interakce mezi nimi. Chování jednoho člena ovlivňuje všechny ostatní (Matějček, 2005). „Každé, i banální onemocnění kteréhokoliv člena rodiny pozměňuje do určité míry povahu dosavadního rodinného fungování. Sdělení závažné diagnózy dítěte znamená ovšem pro rodiče hluboký otřes. Narození dítěte s postižením znamená pro rodiče jen očekávání problémů, které s tímto dítětem nastanou, ale znamená i ztrátu původního obrazu dítěte, tj. dítěte, jaké očekávali, na jaké se těšili a k němuž měli již vytvořený většinou hluboký vztah. Současně dan situace zasahuje do jejich vlastního sebepojetí" (Krejčířová in Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 69). Kubler-Rossová (in ibid) popsala stadia emočních reakcí, kterými rodiče po sdělení diagnózy prochází. Většina rodičů prochází jednotlivými stadii v jistém pořadí, tempo je ale individuální:

1. Šok s racionálním myšlením a cítěním, kdy rodiče prožívají pocity derealizace a zmatku a mohou reagovat zcela nepřiměřeně.
2. Popření (nebo útěk ze situace) – „není to pravda“ nebo „musí existovat zázračný lék“, případně vtěsnění – „lékaři mi nic neřekli. Na přechodu k dalšímu stadiu bývá někdy uváděno ještě stadium kompenzace. U rodičů se v tomto období projevuje často magické nebo mystické zaměření, pokusy smlouvat s Bohem apod.
3. Smutek, zlost, úzkost, pocity viny. Typické bývá hledání viny u druhých, hostilita a vztek na celý svět, ale i na sebe sama. Agresivní pocity se nejčastěji vztahují buď na partnera nebo jsou zaměřeny proti zdravotnickému personálu. Častou reakcí v tomto období je dále hluboký smutek, sebelítost, litování druhých a zejména pocity viny, které bývají uváděny až u 25 % rodičů.
4. Stadium rovnováhy, kdy dochází k snižování úzkosti a deprese, narůstá přijetí situace a roste snaha rodičů starat se o dítě a aktivně se účastnit jeho léčby. Toto období trvá obvykle několik týdnů až měsíců, ale ani v nejlepším případě nebývá adaptace po léta úplná, s novými stresy a vývojovými krizemi dochází k opakovaným emočním výkyvům.
5. Posledním stadiem je stadium reorganizace, kdy je situace rodiči přijímána, rodiče se s faktem nemoci vyrovnávají, přijímají dítě takové, jaké je, a zaměřují se na hledání optimálních cest do budoucna. (Krejčířová in Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 69, 70).

Závěr

Problematika poruch autistického spektra je oblast vyžadující intirdisciplinární angažovanost odborníků. Z týmové spolupráce nesmí být vylučováni rodiče. Mělo by být na ně pohlíženo jako na jeden z nejdůležitějších článků, kteří svým přístupem mohou zásadním způsobem ovlivnit vývoj dítěte. Stěžejním úkolem odborníků je proto poskytnout okamžitou pomoc pro psychické zvládnutí situace po sdělení diagnózy, dostatečně a vhodným způsobem informovat o této problematice a zprostředkovat kontakty na další odborníky, kteří se věnují péči o osoby s PAS.

Použitá literatura

ATTWOD, T. Aspergerův syndrom. Porucha sociálních vztahů a komunikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-979-8.

BONDY, A., FROST, L. Vizuální komunikační strategie v autismu. Přel. Strnadová I. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2053-1.
ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
DE CLERG, H. Mami, je to člověk, nebo zvíře? Praha: Portál, 2007. ISBN 978-7367-2355-5.
DVOŘÁK, J. Logopedický slovník. Žďár nad Sázavou: Logopaedia Clinica, 2001. ISBN 80902536-2-8.
GILLBERG, CH., PEETERS, T. Autismus- zdravotní a výchovné aspekty. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7176-856-2.
HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178303-X.
HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
HOWLIN, P. Autismus u dospívajících a dospělých. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-0410.
HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. Dětský autismus. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-8139.
JELÍNKOVÁ, M. Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2000.
JELÍNKOVÁ, M. Autismus III. Problémy s představivostí u dětí s autismem.
MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. REVIZE. Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
PÁTÁ, P. K., Mé dítě má autismus. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2185-9.
PEČEŇÁK, J. Diagnostika dětského autismu. In LECHTA, V. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
PEETERS, T. Autismus od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-X.
ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 2006.ISBN 80247-1049-8.
SCHOPLER, E., MESIBOV, G. Autistické chování. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178133-9.
SCHOPLER, E., REICHLER, R., LANSINGOVÁ, M. Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-199-1.

SRBKOVÁ, J. Edukační a terapeutické přístupy k osobám s vybranou duševní poruchou. Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Katedra psychologie a patopsychologie. Vedoucí práce: Oldřich Muller.
SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, M., VÁGNEROVÁ, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
THOROVÁ, K. Poruchy autistického spektra. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7376-091-7.
VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 807178-802-3.
VOCILKA, M. Autismus a možnosti výchovné praxe. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-8580158-2.
VOCILKA, M. Výchova a vzdělávání autistických dětí. Praha: Septima, 1994. ISBN 8085801-33-7.
WEBER, D. Der Frühkindliche Autismus. Bern, 1970.

Elektronické zdroje

HOFFMAN, R., G. In Otázky kolem vzniku a léčení autismu. 2008. [cit. 2008-9-05] Dostupné na: http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1073.
Historie Jan – Olomouc o. s. 2007 [cit. 2008-25-06]. Dostupné na: http://www.janolomouc.estranky.cz.
Raná péče. 2009. [cit. 2009-11-30]. Dostupné na: http://www.praha.apla.cz/ranapece/ranapece.html.
Was ist autistische Störung? Diagnostik. Therapie und Frühförderung... [2009-12-9]. Dostupné na: http://www2.autismus.de/pages/startseite.php.

DĚDICTVÍ RODIČOVSKÝCH VÝCHOVNÝCH POSTOJŮ – DETERMINACE OBLASTI SOCIALIZACE A SOCIÁLNÍ INTEGRACE OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Mgr. Kateřina Stejskalová

Ústav speciálněpedagogických studií, PdF Univerzity Palackého v Olomouci

Klíčová slova

Těžké zrakové postižení, výchovné postoje, socializace, sociální integrace, osobní zkušenost, kazuistické studie.

Tento příspěvek si neklade za cíl působit pateticky, nemá ani vzbudit soucit, lítost nebo podobné pocity, neměl by ani pobouřit, i když každá emoce je vlastně dobrá a z pohledu pisatele žádoucí. Co je tedy hlavním účelem tohoto referátu? Jeho obsahový rámec je nám všem více či méně znám, ať už teoreticky nebo z vlastní praxe. Nicméně, možná s kapkou iluzí, by mohl alespoň pootevřít příležitostným čtenářům – rodičům oči, a to ve chvíli, kdy je poradenský pracovník s nedirektivním přístupem v koncích – pak budiž zprostředkovatelem této osobní zpovědi, která v sobě integruje jak pohled speciálního pedagoga, tak osoby s těžkým zrakovým postižením.

„Výchova je největší a nejtěžší problém, který je možno člověku uložit." (Immanuel Kant) – pokud se budete bouřit nad obsahem příspěvku, vraťte se vždy k tomuto citátu, který Vám připomene, že přes veškerou kritiku, je náročnost „výchovného" úkolu nesporná a neoddiskutovatelná a autorka to plně respektuje a chápe. Ale zpět na začátek. Nastiňme si alespoň trochu průvodní okolnosti, které formovaly výsledný výchovný postoj mých rodičů, který je hlavním tématem tohoto referátu. Téměř by se dalo začít ve stylu před mnoha a mnoha lety, za devatero horami... – před 26 lety jsem se předčasně narodila dvěma tehdy dosti vyděšeným rodičům. Svět přestal mít řád – změnila se nejen jejich potřeba smysluplnosti a řádu, ale i otevřené budoucnosti. Nastalo období boje o život a zachování potřeby seberealizace v rodičovské roli. A co na to tehdy odborníci-lékaři: „Berte to jako potrat, no co, jste mladá, můžete mít ještě dětí" a naprosto neznámý lékař odešel... Tentokrát však platilo, že naděje umírá poslední – vlastně jsem přežila první „životní krizi". Snad jen krátká odbočka k potřebě vytvoření unikátní citové vazby mezi matkou a novorozencem – v náručí své matky jsem se ocitla až

po dvou měsících od narození. Už můžeme jen spekulovat, co všechno by se na tyto okolnosti dalo svést...

Téma zní rodina, jak tedy reagovalo to širší rodinné zázemí? Babička velmi, velmi pomalu přistoupila ke kočáru, s citelným strachem se sklonila, aby viděla dovnitř a s obrovskou úlevou pravila: „Ale vždyť ona je krásná!?" Ale zpět k rodičům. První měsíce se mnou byly krušné, postupně jsem přibírala a shazovala na váze (což se ostatně děje dodnes). Nicméně další Jobova zvěst měla teprve přijít. Přišla v podobě dětské lékařky na pravidelné návštěvě v rodině, aneb Další slova z úst odborníka – „Mně připadá, že ona vůbec nevidí"... Následovala série vyšetření, která zjistila, že „něco" z toho vidění tam ještě zbylo – zrakové funkce jsou zachovány v pásmu zbytků zraku... Tolik o průvodních původních okolnostech.

S menší nadsázkou a velkým množstvím osobní zkušenosti lze říci, že rodina je nejen základem státu, ale i života každého člověka. Co všechno je ve sféře jejího vlivu? Budeme-li vycházet z funkcí rodiny, dospějeme k velmi širokému spektru působnosti. Směrem k osobám s postižením se tato situace stává specifickou. Teoretický rámec pravděpodobně všichni známe – neadekvátní výchovné postoje, determinace socializace, obranné mechanismy atd. Zdůrazníme tudíž pouze ty aspekty, které můžeme ilustrovat z vlastní zkušenosti. Pro „pořádek" uveďme krátký teoretický rámec (možná spíše rámeček). Postižení dítěte s sebou přináší změnu rodičovských postojů, očekávání a přístupů k dítěti, jehož role dostává zcela novou dimenzi. „Roli postiženého dítěte lze definovat jako komplex očekávaného chování. Takové očekávání bude působit ve smyslu regulace požadavků rodiny na dítě. Obsah role handicapovaného dítěte vychází z hodnotícího stereotypu, tj. souhrn vlastností a projevů, které jsou postiženým připisovány na základě jejich příslušnosti k této skupině. Stereotyp nediferencuje individuální rozdíly a navíc bývá mnohdy značně nepřesný a neodpovídá skutečnosti. Přesto významně ovlivňuje chování laické veřejnosti, především chování rodičů." (Vágnerová, 2000, s. 159) V tomto kontextu musíme zmínit další podstatný aspekt – reakci rodičů na postižení a jeho akceptaci (alespoň částečnou), a s ní související obranné mechanismy – pomocníci při „odstranění" nadměrné psychické zátěže.

Jaký „koktejl" byl tedy namíchán mně a mým rodičům? Rodiče ještě stále popíjejí směs nepřijetí postižení svého dítěte, únikového mechanismu ve formě racionalizace s trochou nadměrné fixace. Až s odchodem na vysokou školu jsem dokázala udělat řez na pupečníkové šňůře – pro rodiče radikální a bolestivý, pro moji soběstačnost nezbytný – ještě dnes jsou však třeba

poměrně vysoké dávky analgetik ve formě každodenních telefonátů apod. Rodiče, z mého pohledu, postižení svého dítěte nikdy úplně do důsledku a se všemi důsledky neakceptovali. Ten největší „balvan" byl z jejich pohledu odvalen ve chvíli, kdy jsem přežila a oni si mě vypiplali ve smyslu fyzického zdraví. Již tradičně je to pro nás primární indikátor dobrého života.

Pro mě byl namíchán long drink, jehož základními ingrediencemi byly hyperprotektivní výchova v poměru jedna ku jedné s perfekcionistickou. Jak je nám pravděpodobně všem dobře známo, s koktejly se velmi rychle vymkne dění kontrole, a pak si ráno neseme následky... Vzápětí tuto metaforu objasním. Oba výchovné přístupy, samozřejmě ve vzájemné interakci, mi pro běžný život vytvořily poměrně slušný bolehlav. Na jedné straně naprostá ochrana před zlým, zraňujícím, náročným, nepříjemným světem – na straně druhé orientace na výkon, přístup ve variantě „vyrovnej se ostatním, zvládni to sama a nedej hlavně na sobě znát, že špatně vidíš!". Tak jsem nedala a naučila se maskovací techniky, díky nimž dnes působím naprosto suverénně, sebejistě, zkrátka bezproblémově... působím. I právě teď, když píšu tenhle článek při čekání na autobus, mi hlavou běží hlavně, aby to na mně nikdo nepoznal! A rodiče – dnes najednou žasnou, co všechno nevidím (naučila jsem se o tom mluvit) a jak umě to všechno skrývám... Právě toto skrývání je pro mě dnes klíčový aspekt, díky němuž vnímám své postižení ve smyslu handicap. Málem bych zapomněla na tu hyperprotektivitu (ale opravdu jen málem) – zkrátka ne moc dobrá deviza pro soběstačný, samostatný a nezávislý život, z níž mi nyní plynou velmi vysoké úroky. Bylo by nespravedlivé vidět celou situaci černobíle. Tak jako každá mince má dvě strany, tak i já jsem dnes schopna najít na tomto výchovném postoji i pozitiva. Na obranu svých rodičů, pokud je to vůbec třeba, mohu říct snad jen tři slova – strach, intuice, láska.

Kudy vede cesta ven k soběstačnosti a nezávislosti každého dítěte s postižením? V praxi je velmi špatně značená, ale v teoretické mapě je jasně vytyčená ve formě demokratické výchovy, kvalitní komunikace s rodiči a interdisciplinární spolupráce s dalšími odborníky.

V rámci aktivního vystoupení budou prezentovány některé další souvislosti a mimo jiné také kazuistika konkrétního klienta s akcentem na rodinnou anamnézu.

Použitá literatura

VÁGNEROVÁ, M. a kol. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.

PORADENSKÉ SLUŽBY SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA NA ZÁKLADNÍ ŠKOLE

The special educators' counselling on elementary school

Mgr. Pavla Švojgrová

Pedagogická fakulta, Masarykova Univerzita;
Faculty of education, Masaryk university

Klíčová slova

Speciální pedagogika, speciální pedagog, integrace, inkluze, základní vzdělávání, základní škola, speciální vzdělávací potřeby.

Key words

Special needs education, teacher for children with special needs, integration, inclusion, primary school, special education needs.

Teoretická východiska

Speciální pedagog a jeho role v základním vzdělávání

Pedagogika je podle J. Skalkové (2007) společenská věda, která zkoumá podstatu, strukturu a zákonitosti výchovy a vzdělávání jako záměrné, cílevědomé a soustavné činnosti formující osobnost člověka v nejrůznějších sférách života společnosti. J. Průcha (2009) k tomu dodává, že v současnosti neexistuje jednotné pojetí pedagogiky, protože se liší podle jednotlivých autorů, teoretických směrů i podle kulturní orientace charakteristické pro určitou zemi. Struktura tohoto oboru je navíc velice členitá a zahrnuje jak teoretické, tak výzkumné podobory.

Jednou z disciplín pedagogiky je i speciální pedagogika orientovaná na výchovu, vzdělávání a na podporu pracovních a společenských návyků u osob se zdravotním, sociálním, tělesným, mentálním, smyslovým či řečovým znevýhodněním. Termín speciální pedagogika použil poprvé B. Popelář již v roce 1957 a od roku 1973 se objevoval i u významného českého speciálního pedagoga M. Sováka (Pipeková, J. 2006).

Tato pedagogická disciplína se ale nezaměřuje pouze na osoby s nejrůznějšími druhy poruch, dotýká se i jedinců ohrožených možným narušením

nebo sociální retardací i jejich rodin, a to u všech věkových kategorií od novorozeneckého období přes dospělost až po stáří (Leonhardt, A. 2001).

L. Goodman (1990) charakterizuje obor speciálního vzdělávání jako oblast edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami cestou, která je nejbližší jejich individuálním rozdílům a potřebám. Wilmshurst, L. společně s Brue, A. W. (2005) vychází při své definici speciálního vzdělávání z odlišnosti tohoto oboru od běžného způsobu vzdělávání, které je podle nich pravým opakem využívajícím standardizovaných výukových metod bez přidané individualizované podpory žáka.

Speciální vzdělávání využívá a zahrnuje individuální vzdělávací plány, speciální přístupy a metody ve výuce, speciální pomůcky a vybavení školy i tříd a také podpůrná opatření a pomoc žákům při výuce a jejich rodinám.

V dřívější době se při klasifikaci osob s postižením vycházelo nejvíce z lékařské terminologie. V současnosti nahlížíme na jedince s nejrůznějšími postiženími spíše z pohledu formy, stupně a hloubky postižení a jednotlivým poruchám rozumíme více jako dimenzím. V naší odborné literatuře, ale i ve světové, se nyní nejčastěji setkáváme s označením osoby se speciálně vzdělávacími potřebami (Special Educational Needs, Sonderpädagogischer Förderbedarf) jimž má právě obor speciální pedagogiky poskytnout podporu, pomoc i poradenské služby.

Snahou všech speciálně pedagogických disciplín je integrace osob s postižením do adekvátní reality a vytváření inklusivního prostředí vhodně podporujícího tyto osoby.

Speciální vzdělávací potřeby u žáků mohou mít velký vliv na vzdělávání i na kvalitu života (Gronfeld, M. 2000). Pokud by byl navíc ještě takovýto žák integrován na běžnou základní školu, potřebuje specifickou materiální, technickou i didaktickou podporu při rozvoji svých kompetencí. Naplnit tyto potřeby by měl na dané škole speciální pedagog, který by s integrovanými dětmi pracoval a zaměřoval se na jejich rozvoj.

J. Průcha (2003) vysvětluje, že speciální pedagog má vzdělání a kvalifikaci pro práci s osobami vyžadujícími zvláštní péči a může se uplatnit ve vědeckovýzkumné, organizační a metodické činnosti. Každý speciální pedagog musí projít odborným vzděláním na vysoké škole a očekává se od něho velký všeobecný přehled v oboru i sledování současných trendů speciální pedagogiky. Role speciálního pedagoga se podle J. Jankovského (2001) vyvíjí a má stále více interdisciplinární charakter.

Speciální pedagog může pracovat ve školském poradenském pracovišti, jakým je například Pedagogicko-psychologická poradna anebo Speciálně pedagogické centrum, v alternativních zařízeních výchovného charakteru, ve střediscích komplexní rehabilitace, ve střediscích výchovné péče i v dalších zařízeních nebo terénní práci s rodinami s postiženými dětmi. Může také působit na základní škole běžného typu, kde vyučuje ve třídách pro žáky se speciálně vzdělávacími potřebami nebo v běžných třídách, v nichž jsou tito žáci integrováni, případně pracuje se žáky individuálně či skupinově mimo běžnou výuku.

V rámci své činnosti se speciální pedagog věnuje mnoha činnostem. Velice dobře je shrnuje do několika kategorií společný projekt Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy a evropského sociálního fondu s názvem Investice do rozvoje vzdělávání – Náplň práce školního speciálního pedagoga, kde je uvedeno několik okruhů jeho činnosti.

Hlavní okruhy práce speciálního pedagoga:

- metodická a koordinační činnost,
- diagnostické a intervenční činnosti, osobnostní a sociální výchova žáků,
- nápravy, reedukace a práce s třídními kolektivy,
- práce s pedagogickými pracovníky,
- poradenství rodičům a pedagogům.

Speciální pedagog se v rámci výše uvedených okruhů věnuje žákům se speciálně vzdělávacími potřebami integrovaným na běžné základní škole, jejich rodinám i jejich vyučujícím. Mezi činnosti speciálního pedagoga na základní škole tedy můžeme zařadit převážně vyhledávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich zařazování do speciálně pedagogické péče, vytyčování hlavních problémů jednotlivých žáků, stanovování individuálních vzdělávacích plánů a plánů podpory, individuální či skupinovou práci se žáky se speciálními vzdělávacími v rámci běžného vyučování nebo i mimo něj, průběžné a dlouhodobé pečování o žáky s neprospěchem a vytváření předpokladů pro jeho snižování, hledání optimálních vzdělávacích cest, vyhodnocování účinnosti realizovaných intervenčních činností a jejich úpravy, podporování učitelů při aplikaci speciálně pedagogických aspektů vzdělávání do školních vzdělávacích programů, prohlubování a zlepšování spolupráce s rodiči a poradenskými zařízeními.

Spisovatelka K. Plumley (2010) výstižně píše, že neexistují jiné dvě více důležité osoby v životě dítěte, než je rodič a učitel, a ještě mnohem více toto

tvrzení platí pro dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. Každý žák by měl dostat možnost podle svých speciálních potřeb i vlastních schopností a možností dosáhnout základního vzdělání, a to nejlépe v místě bydliště, kde bude v blízkosti své rodiny. Vždyť rovný přístup ke vzdělání je i v našem zákonodárství značně zdůrazňován. Práce speciálního pedagoga na základní škole má právě tuto výsadu umožňovat a nadále také rozšiřovat.

Žák se speciálními vzdělávacími potřebami na základní škole

V rámci základního vzdělávání je u nás kladen velký důraz na klíčovou kompetenci k učení. Jejím cílem je vést žáky, mimo jiné, také k hledání vhodných způsobů, metod a strategií efektivního učení, k plánování, organizování a řízení vlastního učení, k vyhledávání, třídění a systematizaci informací a také se je snaží motivovat i k dalšímu učení a získávání vědomostí či dovedností v průběhu života.

Základní škola hraje velice důležitou roli v posilování kompetencí důležitých pro celoživotní vzdělávání všech svých žáků. Vzhledem k narůstající tendenci integrovat žáky s nejrůznějšími poruchami a vytvářet na základních školách inkluzivní prostředí, by měl být kvalitní systém základního vzdělávání schopen připravit pro celoživotní vzdělávání právě také žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a poskytnout jim v rámci vzdělávání veškerou speciálně pedagogickou podporu a odborné poradenství.

Je-li žák integrován v běžné třídě, mluvíme o individuální integraci. Pro takové dítě je třeba zajistit individuální přístup a vytvořit mu individuální vzdělávací plán. Některé základní školy volí druhou variantu integrace, kterou nazýváme skupinová, kdy dochází k vytváření tříd pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. U žáků s narušenou komunikační schopností se například jedná o logopedické třídy.

Žáci s nejrůznějšími speciálně vzdělávacími potřebami, kteří byli integrováni na běžnou základní školu, potřebují speciálně pedagogickou péči a podporu při rozvoji svých dovedností, schopností a kompetencí a také poradenské služby jejich rodinám a pedagogům.

Poradenské služby, materiální i didaktickou podporu, pedagogickou a psychologickou diagnostiku, případně i potřebnou intervenci nebo pomoc školám s tvorbou individuálních plánů zajišťují poradenská pracoviště. Činnost školských poradenských zařízení, tj. speciálně Pedagogických center a Pedagogicko-psychologických poraden, se řídí vyhláškou MŠMT ČR č. 72/ 2005 Sb.

o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Potřebnou intervenci může ale žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami poskytnout také školní speciální pedagog.

Výzkumné šetření

Metodologie výzkumného šetření

Součástí výzkumného šetření prováděného v rámci přípravy disertační práce je i výzkum zaměřený na analýzu práce speciálního pedagoga a jeho zapojení do intervence u integrovaných žáků v základních školách.V rámci tohoto šetření bylo vytýčeno i několik parciálních cílů, které směřují ke zjištění:

- v jakém počtu integrují základní školy žáky se specifickými vzdělávacími potřebami,
- zda pracuje s integrovanými žáky speciální pedagog,
- jaká je jeho specializace v oboru,
- jak často je s integrovanými žáky pracováno,
- jakým způsobem je s integrovanými žáky pracováno,
- zda speciální pedagog poskytuje poradenství i rodinám.

Výzkumné šetření je realizováno v rámci řešení Výzkumného záměru (MSM0021622443) Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání.

Kvantitativní výzkum byl proveden dotazníkovým šetřením uskutečněným ve dvou fázích. Ve fázi první byla skupina základních škol obeslána dotazníkem zaměřeným na otázky integrace: jací žáci jsou na škole integrováni, zda s těmito žáky pracuje speciální pedagog a zda tento speciální pedagog spolupracuje i s dalšími odborníky. Z výsledků vyplynulo, že přibližně jedna třetina základních škol využívá možnost zaměstnat speciálního pedagoga pro práci s žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. V druhé fázi výzkumného šetření byl do vybraných základních škol v krajích Jihomoravském a Zlínském elektronicky rozeslán dotazník směřovaný ke speciálním pedagogům, kteří na těchto školách pracují. Informace, získané dotazníkovým šetřením, byly statisticky vyhodnoceny.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 63 speciálních pedagogů pracujících na základních školách s integrovanými žáky. V této skupině bylo pouze 9 mužů, ženy proto ve výzkumu převažují v poměru 1 : 6 a tvoří 86 % procent respondentů. Stejně velké procento představují i speciální pedagogové s ma-

gisterským vzděláním, jedná se o muže i ženy. Bakalářské vzdělání uvedlo v dotazníkovém šetření jen 14 % respondentů.

Závěry z výzkumného šetření

U největšího procenta speciálních pedagogů na základních školách se délka pedagogické praxe pohybuje v rozmezí 5–10 let. Tato skupina tvoří 31 % z celkového počtu, což je 20 respondentů. Následující dvě další skupiny jsou shodně velké. Představují vždy 24 % respondentů, kteří pracující ve svém oboru buď 1–5 let nebo 10–15 let.

Více než polovina (63 %) speciálních pedagogů na základních školách, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, uvedla jako svou specializaci v oboru kombinaci oblastí logopedie, surdopedie a specifických poruch učení. Dalších 8 % uvedlo jako svou specializaci pouze logopedii a surdopedii.

Můžeme tedy říci, že 71 % respondentů ve svém oboru specializuje na oblast poruch řeči a sluchu, to je 45 ze 63. Daléích 10 respondentů se specializuje na psychopedii a somatopedii a 8 respondentů na psychopedii a etopedii. Žádný speciální pedagog na běžné základní škole neoznačil v dotazníkovém šetření oblast poruch zraku ani kombinované poruchy.

Více než tři čtvrtiny respondentů pracují na základní škole na plný pracovní úvazek. V rámci výzkumného šetření to uvedlo 53 speciálních pedagogů, což je 84 %. Na poloviční úvazek je zaměstnáno 9 respondentů a jen jeden uvádí úvazek částečný. Více než polovina ale poukazuje i na to, že pracuje také nad rámec svého úvazku. Do 5 pracovních hodin týdně nad pracovní úvazek pracuje 16 % respondentů. Jsou zaměstnání všichni na plný pracovní úvazek. 27 % respondentů pracuje 5–10 hodin týdně nad svůj běžný úvazek. Do této skupiny spadají zejména respondenti pracující na poloviční nebo částečný úvazek.

V největším procentu škol (59 %) integrují základní školy, na nichž pracovali respondenti výzkumného šetření, skupinu mezi 11 až 20 žáky. Základní školy, které integrují skupinu 21 až 30 žáků, tvoří 21 % škol, a základní školy integrující více než 31 žáků ve výzkumném šetření zastupují 14 % z celku. V nejmenším procentu případů (6 %) je na základních školách integrován pouze malý počet žáků – do deseti. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že 79 % žáků, je integrováno individuální formou.

Respondenti v rámci výzkumného šetření také uváděli, jaké terapeutické metody práce s integrovanými žáky využívají. Každá metoda byla nejprve

vyhodnocena zvlášť a tyto výsledky byly posléze porovnány. Mezi nejvíce využívané metody zařadili respondenti: reedukaci společně s kompenzací, poradenskou a intervenční činnost. Méně využívanými metodami práce jsou relaxační techniky a rehabilitační metody práce. Dramatoterapie, muzikoterapiie a arteterapie se v porovnání s ostatními metodami využívají v nejmenší míře.

Vzhledem k tomu, že žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, pracují individuálním tempem a je u nich třeba speciálně pedagogická podpora při výuce některého učiva nebo při plnění některých úloh, pracují speciální pedagogové s integrovanými žáky pravidelně. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastěji probíhá pravidelná intervence každý den (57 %). Tato intenzivní péče je součástí běžné výuky ve třídě, kde vyučuje přímo speciální pedagog.

Součástí výzkumu bylo také škálové hodnocení četnosti některých aktivit speciálních pedagogů. U každé aktivity mohli respondenti volit na škále ze čtyř stupňů:

- velmi často,
- často,
- výjimečně,
- nikdy.

Mezi aktivity, které vykonávají respondenti velmi často, byla zařazena intervenční činnost (56 %), řešení výukových a výchovných obtíží (68 %), metodická podpora školy (71 %) a tvorba individuálních vzdělávacích plánů (90 %).

Za aktivity označované v největší míře jako časté označili respondenti poradenství při školní neúspěšnosti (56 %), prevenci sociálně patologických jevů (43 %), podporau pedagogických pracovníků (38 %) poradenství rodičům (73 %) a depistážní činnost (73 %). Více než polovina, tedy 57 %, provádí u žáků na základní škole často také diagnostiku. Jen 13 % respondentů uvedlo, že diagnostiku nikdy neprovádí.

K činnostem, u nichž respondenti v největší míře uváděli, že je vykonávají jen výjimečně, patřila péče o žáky nadané a mimořádně nadané (57 %), třetina respondentů dokonce uvádí, že s nimi nepracuje nikdy. Za výjimečnou označují speciální pedagogové také osvětovou činnost (87 %), která by formou přednášek nebo diskuzí informovala veřejnost.

Více než polovina speciálních pedagogů, přesněji 59 %, pracuje se svými žáky všemi dostupnými způsoby. Přímo je vyučuje v hodině, věnuje se jim

individuálně i skupinově díky školním kroužkům. Individuální intervenci a přímou výuku využívá 14 % respondentů, někteří respondenti uvádějí, že pouze vyučují přímo ve vyučovacích hodinách (11 %). Možnosti přímé výuky, individuální a skupinové práce s integrovanými žáky se prolínají u všech respondentů.

Speciální pedagog je pro základní školu, která integruje žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, velkým přínosem, protože umožňuje těmto žákům pracovat vlastním tempem, za vhodných podmínek a podle individuálních vzdělávacích plánů. Provádějí depistážní i diagnostické činnosti, podporují školu metodicky a snaží se provádět preventivní opatření proti sociálně patologickým jevům. Pomáhají vyučujícím naplňovat speciální potřeby žáků, které mají ve svých třídách, a poskytují poradenství rodičům.

Výzkum týkající se zajišťování poradenských služeb speciálního pedagoga bude i nadále rozšiřován, a to zejména v oblasti poradenství pro žáka s narušenou komunikační schopností, aby bylo možné přesněji navrhovat opatření pro zlepšování efektivity této práce.

Použitá literatura

GOODMAN, L. Time and learning in the special education classroom. 1. vyd. Albany, N.Y.: State University of New York Press, 1990. 122 s. ISBN 0-7914-0371-8.

GROHNFELDT, M. Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. 1. vyd. Berlin: Kohlhammer, 2000. 360 s. ISBN 3-17-016049-4.

JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska. 1. vyd. Praha: TRITON, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.

JANKOVSKÝ, J., JANKOVSKÁ, B. Arteterapie jako součást ucelené rehabilitace dětí s tělesným postižením. Speciální pedagogika, Praha: Pedagogická fakulta UK, 2001. 11, 4, od s. 243-247, 5 s. ISSN 1211-2720.

LEONHARDT, A. Úvod do pedagogiky sluchovo postihnutých. 1. vyd. Bratislava: Sapientia, 2001. 248 s. ISBN 80-967180-8-8.

MAREŠ,J., PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. Pedagogický slovník. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. 324 s. ISBN 80-7178-772-8.

MŠMT ČR č. Vyhláška 72/ 2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online], c2005, last revision 21st of January 2010

[cit. 10-01-25]. <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>.
PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 330 s. ISBN 80-7315-120-0.
PRŮCHA, J. Pedagogický slovní – nové, rozšířené a aktualizované vydání, 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 395 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
PRŮCHA, J. Přehled pedagogiky, 3.vyd. Praha: Portál, 2009. 271 s. ISBN 978-80-7367-567-7.
PLUMLEY, K. Special Needs Education. American red cross [online], c2010, last revision 8th of January 2010 [cit. 10-01-25]. <http://special-needseducation.suite101.com/>.
SKALKOVÁ, J. Obecná didaktika. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 368 s. ISBN 80-247-1821-9.
WILMHURST, L., BRUE, A.W. A Parent's Guide to Special Education. 1. vyd. New York, NY: AMACOM, 2005 265 s. ISBN 0814472834

Kontaktní adresa
Pavla Švojgrová
pavla.svojgrova@seznam.cz

DOSPÍVÁNÍ LIDÍ S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA A JEJICH VLIV NA RODINU. PROFESNÍ ADJUSTACE A PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ LIDÍ S PAS

Mgr. Eva Urbanovská

Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta UP v Olomouci

Klíčová slova

Poruchy autistického spektra, profesní adjustace, pracovní uplatnění.

Key words

Autistic spectrum disorders, vocational training, job placement.

Narození potomka je pro většinu partnerů významná a velmi radostná událost v jejich společném životě. Budoucí rodiče přemýšlí o nejkrásnějším jméně, nakupují výbavičku a představují si, jak krásný bude život s dítětem. Samozřejmě jejich myšlenky míří i k problematice zdraví potomka. Díky dostupné literatuře i díky informacím z úst lékaře jsou si vědomi možnosti, jakéhosi rizika, že jejich dítě může být nemocné či trpět vrozenou vadou. Tuto možnost si ale nechtějí připouštět, už z důvodu zachování duševního zdraví. Každý rodič přece chce, aby jejich dítě bylo zdravé a život mu přinášel minimum úskalí, překážek a problémů.

Narodí-li se pak rodičům dítě s postižením, znamená to pro ně těžkou ránu. Jedná se o situaci, kterou jsou zaskočeni, nepočítali s ní a musí se s ní vyrovnat. A to není zdaleka snadné.

Jedná se o dlouhou cestu vyrovnání se s danou tíživou situací. Tato cesta má několik stádií:

- „Stádium šoku: klamná očekávání, nejistota, nedůvěra.
- Stádium deprese: počátek přijímání situace, deprese, strach z budoucnosti.
- Stádium reakce: ambivalentní pocity (přehnané ochranářství, odmítání), hledání názorů, pocity viny.
- Přijetí reality: funkční adaptace, realistické činy“ (Cuxart, 2008, str. 9).

Doba trvání jednotlivých etap vyrovnání se s krizovou situací se liší případ od případu, rodina od rodiny. Dokonce i v jedné rodině se průběh může odlišovat u jednotlivých jejich členů (Cuxart, 2008).

Tato skutečnost se samozřejmě týká také rodin s dítětem s postižením autistického spektra. Rodina dítěte s poruchami autistického spektra je kromě běžných zátěžových situací, které se vyskytují i v jiných rodinách (nemoc, rozvod, soužití více generací, výchovné problémy, apod.), vystavena i stresovým faktorům, které jsou dány právě postižením dítěte.

Jedná se o problémy vyplývající z vrozených nedostatků dítěte s PAS:

- Problémy v sociálních vztazích.
- Problémy v komunikaci.
- Problémy s chováním.
- Nevyrovnaný vývojový profil.

Dále na rodinu působí také vnější stresové faktory:

- Neznalost problematiky a nevhodné reakce okolí.
- Obavy z budoucnosti.
- Ekonomická situace (Jelínková, 2008).

Zvládat tyto stresové situace je velmi obtížné a rodiče se můžou cítit znavení, vyčerpaní a plní beznaděje. Abychom předcházeli či alespoň minimalizovali tyto stavy a pocity, je třeba rodičům s dětmi s poruchami autistického spektra pomoci.

Pomoc rodičům přinese:

- Včasná diagnóza.
- Individuální ohodnocení dítěte.
- Školení a praktický výcvik rodičů.
- Podpora společnosti (lékařů, speciálních pedagogů, státních orgánů, svépomocných organizací, médií, ale i běžných spoluobčanů) (Jelínková, 2008).

Péče o dítě s poruchou autistického spektra je psychicky i fyzicky velmi náročná. Takové dítě vyžaduje více ošetřování, více hlídání. Výchova je spojena i s vyšší mírou napětí a úzkosti. Rodiče jsou tak plně vytíženi, v mnoha případech přetíženi. Takové přetížení ale ohrožuje ideál šťastného života rodiny. A o tento ideál by rodiny s dětmi s poruchami autistického spektra neměly být ochuzeny. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby ne delší časový úsek i na pár hodin denně zastal péči o dítě někdo jiný, než rodiče. Tento čas by pak rodiče měli využít pro sebe a užít si ho. Měli by dělat něco jiného, myslet na něco jiného a mít tak možnost načerpat tolik potřebné síly na další chvíle s dítětem (Matějček in Marková, Středová, 1987).

Tuto možnost poskytuje rodičům dětí s poruchami autistického spektra škola. V době, kdy je dítě ve škole, má rodič pro sebe ty vzácné chvilky klidu, kdy si může odpočinout a načerpat novou energii. Co se ale stane, až dítě ukončí povinnou školní docházku?

Dospívání lidí s poruchami autistického spektra s sebou přináší nové situace, nové skutečnosti, kterým je třeba věnovat pozornost a které je třeba řešit. Jedná se o tyto skutečnosti:

- Fyzické změny a sexuální chování: Dospívající s poruchami autistického spektra se od svých vrstevníků neliší ve fyzickém dospívání, ale především v chápání změn, které v tomto období nastávají. Je potřeba jim důvody těchto změn vysvětlit a omezit tak nejen nevhodnému chování adolescenta, ale také jeho traumatizaci způsobené nepochopením.
- Záchvatová onemocnění: U mnohých jedinců s poruchami autistického spektra se v období adolescence vyskytnou epileptické záchvaty. Jedná se asi o 30 % jedinců. Výskyt epileptických záchvatů je častější, pokud je k poruše autistického spektra přidružena také mentální retardace.
- Psychiatrické problémy: Období adolescence u jedinců s poruchami autistického spektra je spojen se zvýšeným výskytem depresí, úzkostných či afektivních poruch. Příčinou může být nezvládnutí problematických situací, se kterými se dospívající s poruchou autistického spektra musí vyrovnat (Jelínková, 2008).

Samozřejmě přetrvávají problémy, které se vyskytovaly i nižším věku dítěte:

- Problémy v sociálních vztazích.
- Problémy v komunikaci.
- Problémy s chováním.
- Nevyrovnaný vývojový profil (Jelínková, 2008).

Důležitou otázkou, která trápí rodiče dospívajících s poruchami autistického spektra je jejich budoucnost. Lze konstatovat, že nepočítají s pracovním uplatněním svých dětí. Předpokládají tak, že se o své dítě budou starat po celý život.

Z výsledků studie o životě mladých lidí s autismem, publikované Sue Goode (Howlin, 2009) je patrné, že většina žáků s autismem odchází po dosažení základního vzdělání přímo do pobytových zařízení. Pokud si jedinec s autismem najde vhodně zaměřený obor studia, často po určité době ze školy odchází. V některých předmětech je podle mínění studenta výuka na tak

nízké úrovni, že se nudí. Naopak v jiných předmětech je student neúspěšný, protože není schopen pojmout abstraktní pojmy.

Je patrné, že další studium jedinců s poruchami autistického spektra je v současné době značně problematické. Navzdory potenciálním problémům je třeba snažit se o zařazení studentů s poruchami autistického spektra do vyššího vzdělávání. Zvyšujeme tak šance těchto jedinců na plnohodnotný a nezávislý život (Howlin, 2009).

Uplatnění jedince se specifickými potřebami na trhu práce je závislé na zvládnutí všech etap profesního vývoje. Při profesní orientaci a profesní přípravě by měli být pomocnou rukou pedagogové, v etapě profesní adjustaci pak celý pracovní kolektiv včetně vedení.

Potřeba této pomocné ruky je uvedena i ve standardních pravidlech pro vytváření stejných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením přijatých valným Shromážděním OSN. Zde se v jednom z článků vymezuje: „Osoby se zdravotním postižením jsou členové společnosti a mají právo zůstat v místní komunitě. V rámci normálních struktur vzdělávání, zdravotní péče, zaměstnávání a sociálních služeb by měli dostat takovou pomoc, jakou potřebují." (Usnesení OSN 1993).

Je potřeba si také uvědomit důležitost úspěšného pracovního uplatnění pro osoby se specifickými potřebami. V mnoha případech nejde jen o zdroj obživy, ale především – pracovní uplatnění má sociálně rehabilitační účinek. Jedinec má možnost rozšiřovat odborné znalosti a získává cenné zkušenosti v oblasti sociální interakce. Pro vysoký účinek této rehabilitace je potřeba nedovolit dlouhý interval mezi ukončením školy a nalezením práce. Optimální by bylo vytvoření sítě podporovaného zaměstnávání pro všechny žáky se specifickými potřebami (Krejčířová, 2007).

Problematika profesní přípravy jedinců s poruchami autistického spektra je tématem projektu, který bude realizován v roce 2010.

Cílem projektu je analýza současného stavu profesní přípravy jedinců s poruchami autistického spektra. Dílčím produktem projektu je vytvoření modelu metodiky profesní přípravy jedinců s poruchami autistického spektra.

Výchozí problémová otázka projektu zní: „Jak je realizována profesní příprava dětí a mládeže s poruchou autistického spektra?" Z této základní otázky nám vyplynuly další dílčí otázky a témata pro bližší specifikaci zaměření výzkumu: „Je vůbec profesní příprava dětí s poruchou autistického spektra realizována?" Pokud odpověď na tuto otázku bude kladná, považuje-

me za potřebné stanovit další okruh zkoumání, zaměřený zejména na oblast: plynulosti přechodu absolventa z profesní přípravy do pracovního poměru.

Jedná se pouze o základní problémy, ze kterých vyplývá zaměření našeho výzkumu. Je velmi pravděpodobné, že v průběhu realizace předloženého výzkumného projektu bude třeba plánované zaměření upravit a rozšířit o témata, která se objeví v průběhu pilotáže.

V rámci projektu bude využito metody kvantitativního výzkumu (dotazníkové šetření) i metody kvalitativního výzkumu.

Dotazníkové šetření bude využito k počátečnímu výzkumu, kdy bude zmapována současná situace v České republice. Pomocí této metody se pokusíme odpovědět na vytyčené problémové otázky („Jak je realizována profesní příprava dětí s poruchou autistického spektra?" „Je vůbec profesní příprava dětí s poruchou autistického spektra realizována?" „A jakým způsobem je zajištěn plynulý přechod absolventa z profesní přípravy do pracovního poměru?").

Při ověřování efektivity vytvořeného modelu metodiky bude využito metody kvalitativního výzkumu.

Pro dotazníkové šetření bude osloven co největší počet praktických škol, základních škol, ZŠ speciálních, ZŠ praktických a učitelů těchto škol, kteří by se vyjádřili ke sledované problematice.

Výzkumný vzorek pro kvalitativní výzkum (ověřování efektivity modelu metodiky) budou tvořit žáci těchto škol, u kterých je diagnostikována porucha autistického spektra.

V prvotní fázi bude zjišťováno, zda se ve školách uskutečňuje profesní příprava žáků s poruchami autistického spektra a jakým způsobem. Dalším předmětem zkoumání bude otázka úspěšného zařazení absolventů takovéto profesní přípravy v zaměstnání. Bude zjišťováno, jaké procento absolventů profesní přípravy z řad jedinců s poruchou autistického spektra získá pracovní místo a jaká část z nich si pracovní pozici udrží. Pro tento průzkum bude využito dotazníkového šetření.

Zpracování dat z dotazníkového šetření poskytne důležité informace pro vytvoření vlastního návrhu metodiky profesní přípravy osob s poruchami autistického spektra.

Přínosná bude jistě i komparace se zahraničím. Toto srovnání nám poskytne cenné informace potřebné pro následnou aktivitu.

Následně bude vytvořen vlastní model profesní přípravy jedinců s poruchami autistického spektra. Tento model bude plně respektovat zvláštnos-

ti dané handicapem, stejně jako individuální zvláštnosti každého jedince. Bude také reflektovat požadavky ze strany potencionálního zaměstnavatele. Úspěšnost tohoto projektu bude ověřována na vybraných školách, kde jsou vzděláváni jedinci s poruchami autistického spektra. Pilotními školami budou: Odborné učiliště a Praktická škola, Brno, Lomená 44 a Speciální školy a Dětský domov, Velké Heraltice. Zvolení těchto škol za pilotní vyplývá z dobrých zkušeností při spolupráci. Pro toto ověření bude využito kvalitativního výzkumu.

Výsledky budou dány k dispozici odborné veřejnosti i rodičům dětí s PAS a v podobě odborné přednášky také studentům SPPG.

Seznam literatury

CUXART, F. Vliv autismu na rodinu. In JELÍNKOVÁ, M. Rodina s autistickým dítětem (Soubor dokumentů). Praha: OS AUTISTIK, 2008. s. 9–11.

HOWLIN, P. : Autismus u dopívajících a dospělých. Portál, s. r. o., Praha 2009. ISBN 978-80-7367-499-1.

JELÍNKOVÁ, M. Intervence u dospívajících a dospělých. In JELÍNKOVÁ, M. Rodina s autistickým dítětem (Soubor dokumentů). Praha: OS AUTISTIK, 2008. s. 33–43.

JELÍNKOVÁ, M. Rodina s autistickým dítětem. In JELÍNKOVÁ, M. Rodina s autistickým dítětem (Soubor dokumentů). Praha: OS AUTISTIK, 2008. s. 3–8.

KREJČÍŘOVÁ, O.: Manuál zaměřený na orientaci v poradenství a v problematice pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1632-8.

MATĚJČEK, Z. Předmluva. In MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L. Mentálně postižené dítě v rodině. Praha: SPN, 1987. s. 7–15.

SPOLUPRÁCE S RODIČI ŽÁKŮ ZÁKLADNÍ ŠKOLY PRAKTICKÉ ZE SOCIÁLNĚ VYLOUČENÝCH LOKALIT V KLADNĚ

Mgr. Jana Vožechová

Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta,
ústav speciálněpedagogických studií, obor Speciální pedagogika

Následující text vychází ze zkušeností, kdy jsem téměř tři roky pracovala jako speciální pedagog na základní škole praktické a základní škole speciální v Kladně. Jedním z „globálních" cílů školy bylo přimět rodiče žáků více se podílet a spolupracovat na vzdělávání jejich dětí. Se školou aktivně spolupracuje zanedbatelné procento rodičů. Vzhledem ke skupině žáků: žáci s mentální retardací, ze sociálně vyloučených lokalit, děti ohrožené prostředím, apod. je spolupráce s rodiči velmi důležitá. Nejen v kontextu základních povinností rodičů vůči škole a naopak, ale i v souvislosti s faktem, že rodiči žáků jsou „garantem kvality" ve smyslu: chci, aby mé dítě chodilo do dobré školy, kvalitně se vzdělávalo, nebylo mu ubližováno, atd. Pokud se rodiče o školu nezajímají, neznají spolužáky svého dítěte, prostředí, se školou nekomunikují, nedávají podněty ke zlepšení. Na úvod rozklíčuji jednotlivá slova v názvu příspěvku.

Rodina

Rodinou je podle sociologické definice skupina osob (případně více skupin osob) navzájem spjatých pokrevními svazky, manželstvím (nebo srovnatelným právním vztahem) nebo adopcí, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí. Rodina má své funkce: reprodukční, sociálně ekonomické, kulturně výchovné, sociálně psychologické, emocionální a další.

Žák základní školy praktické

Žákem základní školy praktické je osoba se speciálními vzdělávacími potřebami. „Posláním základní školy praktické je speciálními výchovnými a vzdělávacími prostředky a metodami umožnit žákům dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a osobnostních kvalit. Konečným cílem výchovné a vzdělávací práce je příprava žáků na zapojení, v optimálním případě na úplnou integraci do běžného občanského života." (Švarcová, 2006, s. 73).

Sociální vyloučení

Je definováno jako proces, v jehož rámci je jedinci, skupině jedinců či komunitě výrazně znesnadňován či zcela zamezován přístup ke zdrojům, pozicím a příležitostem, které umožňují zapojení do sociálních, ekonomických a politických aktivit majoritní společnosti. (MPSV, 2010)

Sociálně vyloučená romská lokalita

Za sociálně vyloučenou romskou lokalitu je označován prostor obývaný skupinou, jejíž členové se sami považují za Romy a/nebo jsou za Romy označováni svým okolím, a jsou sociálně vyloučeni (MPSV, 2010).

Školu navštěvuje přibližně 180 žáků. Většina žáků má na škole jednoho či více sourozenců. Rodiče žáků spolupracují ve větší míře na I. stupni základní školy praktické. S přechodem na druhý stupeň většinou spolupráce utichá.

Z pohledu průběhu školního roku je nutno nastolit spolupráci dlouhodobě, neustále motivovat rodiče k participaci na vzdělávání dítěte. Na začátku školního roku je třeba zaopatřit dítě základními školními pomůckami – zakoupit nebo poskytnout finanční prostředky na jejich koupi. V mnoha případech je nezajištění pomůcek první překážkou pro další kvalitní vzdělávání. Pedagogové poté z vlastní vůle a přesvědčení poskytují žákovi základní školní vybavení z vlastních zdrojů. Je třeba také seznámit rodiče se školním řádem, obzvláště s omlouváním nepřítomnosti žáka. Rodiče často nedodržují základní povinnosti náležitě omlouvat své dítě a kumulace neomluvených hodin se pak promítne do snížené známky z chování, která v podstatě nepoukazuje na nevhodné chování žáka, ale nezodpovědnost rodičů.

V průběhu školního roku by měli rodiče participovat na běžných úkonech: podepisování žákovské knížky, notýsku a domácích úkolů; připravovat dítě na vyučování: domácí úkoly, pomůcky; spolupracovat při řešení přestupků dítěte; poskytovat finanční prostředky na různé vzdělávací, výchovné a kulturní programy.

Pokud rodič neplní základní povinnosti vůči škole, dítě se pak nachází v mnoha nepříjemných situacích. Z pohledu sociálního klimatu ve třídě se může stát terčem posměchu, nebo naopak agresorem. Na pedagozích je pak zohlednit obtížnou situaci dítěte a vytvářet různé podpůrné prostředky a opatření směřující ke kvalitnímu vzdělání a bezpečnému pocitu ve škole.

Proces zkvalitnění spolupráce s rodiči

Škola se snaží různými prostředky přimět rodiče ke spolupráci formou projektů, dnů otevřených dveří, neformálních schůzek s rodiči a podobně, ale přesto je situace nepříznivá. Škola se zapojila do projektu „Škola pro každého, škola pro všechny", který organizoval Člověk v tísni, o. p. s. Jednou ze zakázek projektu bylo najít efektivní nástroje, které napomohou zkvalitnit spolupráci rodiči žáků ze sociálně vyloučených lokalit v Kladně. Pedagogové z různých škol zapojených do obdobného projektu pod záštitou Člověk v tísni se sešli v rámci tzv. Zimní školy, aby si pod vedením lektorů vyjasnili některé otázky týkající se výchovy a vzdělávání žáků ze sociálně vyloučených lokalit. Mottem vzdělávacích bloku spolupráce s rodiči bylo: „Každý získaný rodič je úspěch". Z diskuse se postupně vykrystalizovaly následující postřehy:

Proč spolupráce s rodiči:

- přináší oboustranný přínos – tzv. synergický efekt,
- škola navazuje na rodinu, rodina na školu,
- oba subjekty si navzájem poskytují zpětnou vazbu,
- společně stanovují a slaďují cíle v procesu výchovy a vzdělávání dítěte,

Před procesem zkvalitňování spolupráce je nutné si uvědomit:

- Nikdy nebude spolupracovat 100% rodičů.
- Spolupráce bude vypadat jinak, než v ideálním případě chceme.
- Spolupráce bude v čase proměnlivá.
- Spolupracovat budou rodiče úspěšnějších žáků.

Možné metody a formy spolupráce:

- Zveřejňování úspěchu dětí.

Na akcích jakými jsou například výstavy prací, jarmarky, sportovní utkání je možnost oslovit rodiče skrze pozitivní zážitek a zkušenost se školou. Rodiče často přicházejí do školy až v případě, kdy je to nevyhnutelné (spáchání vážného přestupku a nedodržení školního řádu).

- Otevřená škola.

Škola by měla být schopna přijmout rodiče kdykoliv v době provozu školy. Přijmout je bezpodmínečně a vstřícně, vhodnou formou s nimi vést podporující rozhovor, navázat s nimi vřelý vztah, zjistit aktuální kontakt – telefon, bydliště, využít situace a předat rodičům důležité dokumenty týkající s života školy a „potěšující materiály" (viz níže). Ale zároveň rodiče informovat o je-

jich povinnostech ve vztahu ke školní docházce jejich dítěte. Příchod rodičů do školy zatěžují faktory plynoucí ze sociálního znevýhodnění vůbec: ekonomická situace, prostorové vyloučení (jedinci a skupiny postižení sociálním vyloučením často žijí v uzavřených a/nebo izolovaných lokalitách s nízkou úrovní bydlení a nedostatečnou občanskou vybaveností), rizikový životní styl, životními strategiemi orientovanými na přítomnost, sníženou sociokulturní kompetencí (např. jazykovou bariérou, nezkušeností či neznalostí vlastních práv a povinností)

Medializace a marketing školy

Škola by měla nenásilnou formou „pronikat" do rodin – propisky s logem školy, kalendáře, vlastní žákovské knížky, ...a s tím souvisí i celoškolní marketing – jednotná symbolika školy – logo, hymna, trička, apod. Medializace a marketing školy mají za cíl vybudovat v dětech a rodičích pozitivní vztah ke škole.

Tripartitní třídní schůzky

Třídní schůzky kde jsou přítomni rodiče, učitelé i žáci.

Na výše zmíněných metodách a formách spolupráce se musí pracovat souvisle a postupně. Důležité je, aby s dílčími postupy souhlasili všichni pedagogové a personál školy, a nedocházelo tak k nevyjasněným situacím.

„Socializace je v nejširším slova smyslu formováním a růstem osobnosti pod vlivem rozmanitých vnějších podnětů, včetně lidských činností, které souborně nazýváme výchovou. Speciální termín výchova vyjadřuje cílevědomé a soustavné působení rodičů, učitelů a dalších výchovných činitelů." (Jedlička a kol., 2004, s. 15). Touto interpretací uzavírám příspěvek, který poskytuje jeden z pohledů na spolupráci s rodiči žáků, kteří s nalézají v obtížných životních situacích. Kvalitní a dlouhodobá spolupráce mezi všemi třemi zúčastněnými stranami: školou, žáky a rodiči není automatickou, ale je třeba o ni neustále pečovat, rozvíjet a podporovat.

Použitá literatura a zdroje

ESFCR, MPSV [online]. 2006 [cit. 2010-01-12]. Mapa sociálně vyloučených a sociálním vyloučením ohrožených romských lokalit v České republice. Dostupné z WWW: <http://www.esfcr.cz/mapa/index-2.html>.

JEDLIČKA, R. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2004. 487 s. ISBN 80-7312-038-0.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.

VÝZNAM RODINY U JEDINCŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM DLOUHODOBĚ ŽIJÍCÍCH V ÚSTAVNÍM ZAŘÍZENÍ

The Importance of Family for People with Disability Who Live in the Social Care Houses in the Long Term

Mgr. Eliška Vymazalová

Ústav speciálněpedagogických studií, UP v Olomouc

Klíčová slova

Rodina, jedinec se zdravotním postižením, deprivace.

Key words

Family, person with disability, deprivation.

V průběhu roku 2008 a 2009 jsme provedli kvalitativní výzkum v několika domovech pro osoby se zdravotním postižením v Jihomoravském kraji. Zaměřili jsme se na reflektování potřeb dospělého člověka s mentálním postižením dlouhodobě žijícího v institucionálním zařízení.

Nejdříve, alespoň v krátkosti, nastíníme výzkumné šetření. Jak už jsme uvedli, zvolili jsme kvalitativní výzkum, neboť je to „nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Jeho cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím (Disman 1996, s. 285)."

Pro tento typ výzkumu jsme zvolili metodu rozhovoru, což je metoda shromažďování dat, která se zakládá na bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta (Chráska, 2007). Výhodou této metody je navázání osobního kontaktu respondenta a výzkumníka, které vede k hlubšímu porozumění motivů a postojů respondenta.

Výzkumným vzorkem byli uživatelé dlouhodobě žijící v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Rozhovory s respondenty, a to buď individuální nebo skupinové, byly nahrávány na diktafon. Snažili jsme se také respondenty motivovat k vzájemné interakci vzniklé v debatě, ale naše snahy nebyly vždy úspěšné. Proto jsme kombinovali metody ohniskové skupiny, skupinového a individuálního interview. Z nahrávek rozhovorů pak byl vytvořen doslovný přepis.

V další fázi jsme se zaměřili na seskupování výpovědí na základě podobností a souvislostí, takzvanou metodu trsů. Tato metoda, jak tvrdí Miovský (2006), se snaží seskupovat a konceptualizovat určité výroky do skupin, trsů. Tyto skupiny by měly vznikat vzájemným překrýváním podobných jevů. „Tímto procesem vznikají všeobecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny je asociované s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd. (Miovský, 2006, s. 221)."

Prostřednictvím této metody jsme rozdělili výpovědi dotazovaných uživatelů na několik tématicky podobných oblastí, neboli trsů, a to na potřebu seberealizace (co uživatele uspokojuje, baví), přání (popř. potřeby, které jsou nedostatečně uspokojovány), motivace (na co se uživatelé těší), nespokojenost (co uživatelům nevyhovuje) a spokojenost.

V odpovědích respondentů, pak nacházíme potřebu rodiny ve třech z pěti trsů, a to trsu přání, motivace a nespokojenosti. Mezi přáními uživatelů bylo navštěvovat rodinu, nebo alespoň obnovit kontakt s rodinou. S tímto motivem se setkáváme ve všech okruzích odpovědí, neboť setkání s rodinou nebo pobyt doma je jak přání, tak motivací a příjemnou vizí budoucnosti, ale i důvodem nespokojenosti, neboť styk s ní postrádají.

Pozastavme se ještě u trsu motivace. Uživatelé se těší, až přijedou rodiče, popřípadě sourozenci, nebo až oni sami pojedou domů. Bohužel velká část respondentů nikdy nebyla v kontaktu s rodinou, nebo styk v průběhu let ztratila.

Z odpovědí uživatelů můžeme vyvozovat následující: Pro osoby žijící v zařízení je nejdůležitější potřebou kontakt s rodinou. Jedná se především o uživatele, kteří tento kontakt udržují. Uživatelé, kteří svou rodinu nepoznali se k této problematice přirozeně nevyjadřovali. Z výpovědí personálu jsme se také dozvěděli, že ztráta kontaktu s rodinou je pro uživatele velmi zatěžující a dochází k emočním deprivacím. Ta bývá definována jako psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu (Langmeier, Matějček, 1974).

Za běžných okolností zajišťuje potřeby člověka rodina. Řada odborníků považuje dětství za jedno z nejdůležitějších období života člověka, neboť to pak determinuje jeho následný vývoj. V případě osob se zdravotním postižením, jejichž rodina se rozhodla pro ústavní výchovu, tuto roli substituuje instituce a její pracovníci. Sami si můžeme domyslet jaká míra individuálního přístupu se uživatelům dostává. Situace je tedy v podstatě daná, co ale dál?

Jak lze těmto osobám zabezpečit domov? Dokáže to instituce o 240 klientech a 150 zaměstnancích?

Zastáváme názor, že pokud rodina nedokáže plnit svoji funkci, měla by být nahrazena „novou rodinou", životem v komunitě a ne životem skupiny žijící na jedné „chodbě". Řešením takového stavu by měla být systémová změna, a to transformace pobytových sociálních služeb.

Transformace je popisována jako dlouhodobý proces přeměny, který vede ke zkvalitnění života osob, žijících v ústavních zařízeních. Podle Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV, 2007, s.3) je „transformace cestou přirozeného vývoje vycházejícího z požadavku odborníků, uživatelů, jejich rodin i samotných poskytovatelů." Měla by směřovat k poskytování sociálních služeb, jež by vedly k individuální podpoře života člověka v přirozeném prostředí (MPSV, 2005).

Mezi hlavní ideje tedy patří zvýšení kvality života a s tím související naplňování potřeb lidí v domovech pro osoby se zdravotním postižením prostřednictvím vytvoření takových podmínek, které by vedly k co největší nezávislosti osob na instituci. Poté by následovalo takzvané „rozpuštění" velkokapacitních domovů do přirozené sítě služeb v komunitě (MPSV, 2007).

Dalším krokem by pak byla úplná deinstitucionalizace, což by znamenalo změnu funkce ústavních zařízení. Ta by ve svých budovách neshromažďovala uživatele, ale především by poskytovala sociální služby lidem žijícím v okolí. Současní uživatelé by pak bydleli například v klasické bytové zástavbě a využívali by sítě komunitních služeb (Johnová, 2008).

Situace by v reálných podmínkách měla vypadat následovně: V bytě, či rodinném domě bude žít zhruba pět uživatelů, kteří si budou sami zajišťovat úklid, vaření, popřípadě někteří budou moci i manipulovat s penězi. Klienty bude občasně navštěvovat asistent, který je bude podporovat ve složitějších úkolech. V současnosti se spíše setkáváme s možností, kdy asistenti zajišťují čtyřiadvacetihodinovou péči.

Samozřejmě, že cesta k tomuto modelu bydlení nebyla jednoduchá a v České republice je stále ještě v počátcích. Předcházelo jí chráněné bydlení, jenž je specifické tím, že uživatelé stále většinu času tráví v areálu zařízení, přestože míra samostatnosti a možnost osamostatnění je mnohem větší, než-li přímo v domově. Bohužel i nadále je tato forma velmi populární, neboť pro zřizovatele domovů je to rádoby nejjednodušší cesta i z pohledu finančního zajištění takových projektů.

Nelze však opomenout ani předposlední článek, jímž je tréninkové bydlení. Tréninkové bydlení můžeme definovat jako přechodné bydlení, které by v co největší míře mělo suplovat klasické bydlení, přičemž klient zde získává možnost osvojit si dovednosti z oblasti přípravy jednoduchých pokrmů, nakupování, hygieny, úklidu, hospodaření s penězi, atd. Nově nabyté dovednosti podněcují k rozvoji samostatnosti a dále by měly vést klienta k tomu, aby mohl začít samostatně bydlet v běžné bytové zástavbě. Tréninkové bydlení směřuje člověka s handicapem k všestrannému rozvoji jeho schopností a ulehčuje mu tak proces integrace.

Nyní jsme popsali možnosti bydlení, které by měly vést k osamostatnění klienta a především vytvoření rodinného prostředí v malé komunitě, v jednom bytě. Jsme si vědomi spousty aspektů, jež ovlivňují podmínky a především vývoj těchto snah. Pevně doufáme, že proces transformace bude uzákoněn a osoby se zdravotním postižením tak budou mít možnost alespoň částečně saturovat pocit rodiny v malé komunitě mimo brány instituce.

Použité zdroje

ATKINSON, L., R. a kol. Psychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7066-822-9.

CHÁB, M. Svět bez ústavů. Praha: Quip, 2004. ISBN 80-239-4772-9.

CHRÁSKA, M. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Havlíčkův Brod: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

LEČBYCH, M. Psychologické aspekty podporovaného zaměstnávání u lidí s mentálním postižením (rigorózní práce). Olomouc: UP, 2006.

MICHALÍK, J. Poradenství pro uživatele sociálních služeb. Praha: NRZP ČR, 2007. ISBN 80-903640-9-8.

MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

JOHNOVÁ, M. Zkušenosti s transformací ústavní péče [online].2008, [cit. 9. 10. 2008] Dostupné na World Wide Web: <http://www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html>.

MPSV Koncepce plánování podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [online]. 2007, [cit. 11. 3. 2009] Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>.

DRAMATERAPIE

DIAGNÓZA JAKO UMĚLECKÉ GESTO

Markéta Dulavová, Kamila Boháčová

Příspěvek *Diagnóza jako umělecké gesto* vznikl na základě dialogu. Po třech letech praxe obou autorek se objevila potřeba podívat se na jisté problémy, témata, s kterými se potkávají při práci s klienty v rámci teatroterapie.[1] Otázky a následné odpovědi směřují k profesnímu i osobnostnímu růstu. Autorky jsou toho názoru, že je důležité se těmito otázkami zabývat, posouvat je a následně se jim vymezovat.

Příspěvek se opírá o vlastní zkušenosti obou autorek, které získaly při práci s klienty v Terapeutické komunitě a v profesionálním komunitním divadle Divadlo z Pasáže. Obě instituce vycházejí z procedurálně rozdílných filosofií, obě pracují s rozdílnou klientelou – diagnózou. Tou první jsou lidé se závislostí na nealkoholových látkách, tou druhou lidé s mentálním postižením. Příspěvek je zachován ve formě dialogu.

Z jakého důvodu vznikl příspěvek?

K. B. – *Na základě své praxe jsem si začala klást jisté otázky, na které hledám odpovědi. Jsem si vědoma toho, že odpovědí mi dávají zase otázky a to je to, co mě baví, co patří do mého profesního i osobnostního růstu. Jako stěžejní téma pak mám čemu nebo komu vlastně diváci po představení vzniklé v rámci teatroterapie dávají zpětnou vazbu a jakou roli zde hraje diagnóza.*

M. D. – *Prvotní myšlenka o příspěvku vznikla z naléhavé potřeby zamyslet se nad prací, kterou se zabývám. Časem a praxí, sbíráním zkušeností se právě nyní dostávám k otázkám, které se stávají neoddělitelnou součástí mé práce. Po mnoha podnětných dialozích s Kamilou mi vyvstávají otázky, na které hledám odpovědi. Ptám se na to, čím může být pro diváka umělecký zážitek „S diagnózou" jiný, oproti zážitku „Bez diagnózy" a co ho vede k potlesku.*

---

[1] „Teatroterapie patří mezi tzv. expresivní terapie. Základem metod teatroterapie je od samého začátku směřování k divadelnímu tvaru, k představení, jeho interpretaci před diváky. Základním cílem této disciplíny je léčba-terapie, která se uskutečňuje procesem přípravy a následnou prezentací divadelního představení." In: Polínek, M., Teatroterapie in Műller, O., Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika. Olomouc: UP, 2005, s. 137–139

Na co odkazuje název příspěvku?

M. D. – *Podle mého názoru se diagnóza vyznačuje svou odlišností. Na diagnóze je vždy něco zvláštního, hezkého, škaredého, fascinujícího nebo nepěkného na pohled. A v každém bodě oné odlišnosti je kus uměleckého. Prvek, moment, gesto, pohyb, zvuk, který lze rozvinout a divadelními prostředky převést do divadelní metafory. Je to tvořivá práce nejen režiséra a aktérů, ale i celého uměleckého týmu. Mé zkušenosti vycházejí především z tvorby Divadla z Pasáže. Zde se lidé s diagnózou snaží komunikovat s diváky skrz divadlo, snaží se jim přiblížit svůj svět prostředky, kterým můžeme porozumět všichni. Snaží se přenést příběh, emoci, dotknout se diváka a získat zpětný dotek. Snaží se o rozhovor mezi jevištěm a hledištěm. Tady jsou ale také nástrahy. Může se stát, aniž by to bylo záměrem, že představení svým provedením nezáměrně, ale o to výrazněji umocní diagnózu. Se všemi jejími nedostatky. V té chvíli já, jako divák nerozumím světu, který se odehrává na jevišti. Diagnóza je mi cizí a nevidím cesty, jak bych se mohla přiblížit. Co to způsobuje je otázkou. Asi je pro to více důvodu. Ale jeden velmi důležitý je podle mě v nedostatečném důrazu na kumšt. Na estetiku uměleckého provedení, na neznalost zákonitostí a principů, které jsou na první pohled nepatrné, ale velmi důležité. Podle mého názoru divadelní představení nejde jen tak lehce „vymáčknout" jen z diagnózy a talentu protagonistů bez uměleckého vedení.*

K. B. – *Název odkazuje na myšlenku, co se stane, když z představení, které vzniklo v rámci teatroterapie, zmizí z funkčního hlediska umělecký aspekt. Domnívám se, že pokud vypustíme tento aspekt, tak samotné představení umocní diagnózu, respektive handicap, který má člověk s danou diagnózou. Musím podotknout, že ono umocnění není záměrné ze strany tvůrců. Pro mě diagnóza nemůže být sama o sobě uměleckým gestem. Je třeba si dávat pozor v jakém kontextu se o diagnóze hovoří. Mám pocit, že občas vznikají divadelní představení, kdy si tvůrci neuvědomují, že se nachází v diskurzu umění. Jedná věc je, když vznikne divadelní tvar na základě určitého procesu a pak je tento výsledný tvar prezentován jako divadelní představení, tzn. že proces probíhá s cílem jevištní realizace – teatroterapie. Druhá stránka je, když v rámci dramaterapie vznikne nějaký výsledný tvar, který se ale už neprezentuje jako divadelní představení.*[2] *Probíhá před jiným publikem, v jiných prostorech. Oba dva procesy se mi líbí*

[2] Dramaterapii lze definovat jako záměrné použití dramatických/divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní i fyzické integrace a osobního růstu. – the national Associatio for Drama Therapy ve Spojených státech. Valenta, M.: Dramaterapie. Praha: GRADA, 2007 s. 23.

a každý z nich má jiná úskalí a přednosti. Je ale důležité rozlišovat, kde je jejich hranice a v jakém kontextu pracujeme s lidmi s diagnózou. Myslím si, že hodně lidí vnímá tento rozdíl, ale buď máme radost, že se alespoň v této oblasti něco děje nebo se necháváme strhnout euforii dnes už tak známých pojmů jako je integrace či inkluze.

Kdy je divák svobodný?

K. B. – *Já jako divák se cítím svobodně ve chvíli, kdy mám možnost se rozhodnout; potřebuji mít na výběr, vycházet z možností. Jedna z nich je mé vědomí, že na pódiu stojí herci, kteří mají diagnózu, druhá je, že všechno, co se děje kolem nich – tedy samotná performance, má nějakou uměleckou hodnotu. Opět záleží v jakém kontextu na svobodu diváka nahlížím. V tomto případě je kontext divadelní představení, které vzniklo v rámci teatroterapii a tudíž více či méně vykazuje uměleckou stránku. Pokud je umělecká stránka druhotná až tak, že je úplně potlačena a dominuje jiná funkce – proces vzniku divadelního představení, jsem jako divák tlačena k tomu, aby můj potlesk k směřoval pouze k lidem s nějakou diagnózou. Tedy k jakési lítosti k nim. Nemám na mysli k soucítění, ale k lítosti a to je to poslední, co herci potřebují.*

M. D. – *Pro mě svoboda diváka přichází tehdy, když je poskytnut prostor. K tomu, aby se mohl vyjádřit, jestli se mu představení líbilo, nebo nelíbilo, dát mu prostor zatleskat, nebo nezatleskat, aniž by byl dotlačen k lítosti nad lidmi s diagnózou, pocitům vinny, když nezatleská, nebo jen málo. Aby divadelní zážitek, mezi hercem a divákem byl partnerský dialog. Kdy divák může říct, že to nebyl jeho šálek kávy, aniž by to znamenalo, že si neváží tvrdé práce a obrovské odvahy herce. Svobodu vidím za potleskem pro umělecký zážitek, ne za lítost nad lidmi s diagnózou.*

Co by se stalo, kdyby se představení hrála v profesionálních sálech?

M. D. – *Divadlo z Pasáže hraje svá představení v profesionálních sálech, a tak mám možnost sledovat, co se děje. Herci mají adekvátní podmínky a jsou na ně kladeny adekvátní nároky. Mají možnost poznat, co všechno obnáší divadelní práce, od oblékání kostýmů, po světelné zkoušky. S prostorem přichází i duch. Publikum,, které chce zhlédnout tato představení je velmi různorodé. Nejsou to jen kamarádi, známí nebo lidé, kteří se pohybují v jedné sféře. Divadelní sál otevírá představení lidí s diagnózou široké veřejnosti.*

K. B. – *Domnívám se, že by se nestalo nic v negativní smyslu. I já si myslím, že takové divadelní prostory rozšíří publikum. Čím rozmanitější publikum, tím*

více pohledů na věc. Kolem lidí s drogovou závislostí jsou často vytvořeny jednostranné názory, většinou ty negativní. Nechci lidem vnucovat představu, že to tak není, chci jim dát na výběr. Mohou získat náhled na to, že s těmito lidmi mají stejné prožitky, přání, cíle nebo i stinné stránky osobnosti. S profesionálnějšími prostory vzroste i kvalita těchto představení a naopak. Pokud nebudou mít tyto představení určitou estetickou hodnotu, nedostanou se do těchto prostorů.

Z čeho máme strach, obavy při naší práci?

K. B. – *Dávám si pozor na své ambice. Jsou to takové narcistní pastičky. Jako terapeut, který pracuje s lidmi s drogovou závislosti jsem odpovědná za proces, jako režisér pak za výsledek tj. divadelní představení. K mé terapeutické práci patří mimo jiné vytvoření bezpečného prostoru, vlastní sebereflexe, ať už je to oblast přenosů, protipřenosů apod. K režijní práci posouvat věci jinam, dávat tomu procesu tvar. Je to výživný dialog, stejně jako to musí být dialog i pro lidi, s kterými pracuji. Možná, že právě to, že se klient stává i hercem, je pro něho sebeuzdravující. Může tak v onom herci hledat vnitřní zdroje, nacházet svou integritu. Čeho se bojím, na to si i dávám pozor.*

M. D. – *Lidé, kteří tvoří umělecký soubor tohoto divadla jsou lidé s mentálním postižením. Právě tato skutečnost je odlišuje od většinové populace, propůjčuje jim jinakost, odlišnost se všemi přednostmi a obtížemi. Tito lidé pracují, tvoří, vzdělávají se, snaží se v co největší míře žít samostatným životem. Jedna z mých úloh v procesu tvorby je postavit pomyslný komunikační most mezi hercem a režisérem. Formou cvičení, technik, tvořivých dílen máme šanci navazovat kontakt a spolupráci mezi tvůrci, režisérem a protagonisty – herce. Můj strach při této práci pramení především ze snahy najít balanc, jakousi harmonii mezi tvurčími ambicemi, které divadelní metaforu, situaci i samotného aktéra, posouvají dále a mezi respektováním osobitého výrazu herce. Má oživlá obava by vypadala následovně. Při práci nenacházím balanc.Posouvám necitlivě hranici práce s herci daleko od středu. Kladu na herce velké nároky, protože chci uspkojit své ambice a nebo nedůvěřují v jejich schopnosti, talentu, čímž nedávám hercům prostor k tvůrčímu i osobnostnímu rozvoji.*

Markéta Dulavová
Absolvovala magisterské studium speciální pedagogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Od roku 2006 pracuje jako dramaterapeut v Divadle z Pasáže. Divadlo z Pasáže je profesionálním komunitním divadlem se stálým souborem lidí s mentálním postižením. Od roku 2009 pracuje také jako zdravotní klaun v Bánské Bystrici.

Kamila Boháčová
Absolvovala bakalářské studium speciální pedagogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Od roku 2006 pracovala jako terapeut v TK Renarkon, kde se léčí lidé se závislosti na nealkoholových látkách. V současnosti v tomto zařízení pracuje jako externí pracovník.

Divadlo z Pasáže
Centrum pre komunitné divadlo
Horná strieborná 25
974 01 Banská Bystrica
tel./fax: +421 484 124 782
email: divadlo@divadlozpasaze.sk
www: http://www.divadlozpasaze.sk

TK Renarkon
739 12 Čeladná-Podolánky 383
tel. 558 684
www: tkrenarkon@seznam.cz

BLINDFRIENDLY

Mgr. Klára Eliášková, Ing. Miroslava Wagnerová

Gymnázium pro zrakově postižené a Střední odborná škola pro zrakově postižené,
Radlická 115, 158 00 Praha 5

Klíčová slova

Socializace, škola – rodina, zrakově postižený.

Key words

Socialization, school – family, vissualy impaired.

Jedním z hlavních úkolů naší činnosti v rámci dramatického souboru školy je zkvalitňování procesu socializace zrakově postižených v jejich osobním a profesním životě. Podpora a zdokonalování sociální komunikace se ukazuje jako nezbytný předpoklad pro úspěšné fungování člověka se sníženými vizuálními schopnostmi, proto usilujeme o výrazný rozvoj této oblasti nejenom ve středoškolském vzdělávání. Hlavní pozornost našeho příspěvku bychom rády zaměřily na konkrétní zpětné vazby ze strany různých sociálních skupin a organizací, které reflektují naší činnost a následně působí na inkluzi (přijetí a začlenění žáků se specifickými vzdělávacími potřebami).

Osobnost zrakově postiženého se vyvíjí pod vlivem vnějšího prostředí, její rozvoj závisí na přijetí rodiči, fungování rodiny, způsobu výchovy, na míře kontaktu s okolím a na možnosti získat různé role a z nich získané sociální zkušenosti. Rodina se zrakově postiženým má nutně jinou identitu, je výjimečná – její životní styl se přizpůsobuje potřebám postiženého. Skutečností ale je, jak se nám ukazuje v praxi, že postoj rodiny k postiženému výrazně ovlivňují i postoje okolní společnosti. Velkým problémem jsou tzv. úzkostní rodiče, kteří omezují svobodný prostor dítěte a zejména jeho proces učení se samostatnosti. Jiná skupina rodičů se snaží nesprávně kompenzovat zrakovou vadu orientací dítěte na vynikající studijní výkony a to je jednostranně přetěžováno bez volného prostoru k osvojování si běžných životních situací. S tím souvisí také přehnaná orientace na slovní projev a podceňování či úplné vynechání pohybové a prostorové orientace, což omezuje rozvoj samostatného pohybu či manuálních schopností.

Vraťme se ale k dramatické výchově a dramaterapeutickým postupům – v rámci našeho působení máme velmi pozitivní zkušenosti s propojením rodiny, školy a žáka. Vystoupení školního souboru otvírají prostor pro vzájemné setkávání a předávání zkušeností, prohlubují proces poznání osobnosti každého konkrétního žáka, a tím zkvalitňují a formují rozvoj sociálních kompetencí. Řada rodičů nabízí pomoc při přípravě a činnostech dramatického souboru, účastní se různých pobytových akcí, což vnímáme jako velice přínosný prostředek například pro rozvoj komunikačních dovedností (ostatní navazují řečový kontakt s nově příchozími, střet generačních pohledů) apod. Bezpochyby funguje zpětná vazba, kdy také rodina získává nové možnosti pro oživení rodinného klimatu. V neposlední řadě se vytváří skutečně neformální prostor pro vzájemné setkávání rodičů téměř dospělých zrakově postižených dětí, před nimiž stojí nové překážky, cesty, východiska, jako je například nové zaměstnání dítěte, jeho vysokoškolské studium nebo prostě jen problém dospívání, o kterém mohou pohovořit s podobně identifikovanou rodinou.

Poslední dobou jsme zaznamenaly pozitivní zpětné vazby od různých organizací, které dávají prostor členům dramatického souboru k další seberealizaci. Takový zájem je pro nás velmi žádoucí, neboť je potvrzením našich snah vedoucích ke zkvalitňování socializačního procesu. V závěru našeho příspěvku přinášíme stručný přehled některých z nich.

VERVA – Vznikla v roce 1980 při Svazu invalidů v Praze 6 z původního divadelního souboru Jedličkova ústavu. Členové souboru jsou z velké části tělesně, zrakově či vnitřně postižení, někteří zcela nevidomí. V současné době působí v souboru dva studenti našeho gymnázia (2. a 4. ročník). Umělecká vedoucí D. Skálová.

SUKUS, o. s. – Občanské sdružení pod vedením paní Vlasty Rydlové každoročně pořádá Festival integrace Slunce, kde se setkávají amatérské divadelní soubory pro postižené.

LIONS CLUB – Liberty Intelligence Our Nation's Safety (svoboda, porozumění, bezpečí našich vlastí) je organizace, která již více než 80 let působí po celém světě a snaží se pomáhat lidem, kteří se bez pomoci ostatních neobejdou. V posledních letech se „lionské hnutí" nejvíce soustředí na prevenci a léčbu různých onemocnění zraku. Náš kroužek vystupuje každý rok pod záštitou Lions Clubu v budově Českého rozhlasu.

LEONTINKA, SVĚTLUŠKA, NADACE CHARTA 77 – významné nadace podporující dílčí projekty (pobyty, individuální příspěvky např. získání příčné flétny pro nevidomého studenta gymnázia apod.).

FAKULTNÍ NEMOCNICE MOTOL – spolupráce s LDN Motol, PhDr. Josef Vaško; pravidelná vystoupení souboru s následným povídáním se seniory.

OKAMŽIK, o. s. – sdružení pro podporu nejen nevidomých – vzniklo v Praze v roce 2000. Posláním sdružení je podpora plnohodnotného a samostatného života lidí se zrakovým postižením a jeho propojení se světem lidí bez postižení prostřednictvím sociálních služeb, dobrovolnických, kulturních a osvětových aktivit.

VIDĚNO HMATEM – občanské sdružení, vzniklo v roce 2005. Hlavním smyslem sdružení je pomáhat při překonávání bariér souvisejících se zrakovým či kombinovaným postižením. Pomoc se uskutečňuje zejména aktivní formou, tj. organizací sportovních, kulturních a jiných volnočasových aktivit studentů, zlepšováním jejich studijních podmínek, rozvíjením jejich samostatnosti a soběstačnosti.

OBEC SPISOVATELŮ – aktivní podpora našich kulturních, divadelních a literárních aktivit

ŽIŽKOVSKÉ DIVADLO JÁRY CIMRMANA – dlouholetá spolupráce a podpora kulturních zájmů zrakově postižených studentů.

INTEGRACE, občanské sdružení – Usiluje o zvyšování zaměstnanosti zrakově postižených. K realizaci této myšlenky vede řada projektů, zaměřených na profesní růst v tradičních i nově vznikajících oborech, v kterých lidé s těžkým zrakovým postižením mohou najít uplatnění a na zlepšování dovedností v práci s osobními počítači. My využíváme zejména služby digitalizace textů.

Naše speciální střední školy zajišťují předně předprofesní a profesní přípravu (gymnázium, obchodní akademie, obchodní škola), ale snažíme se zajišťovat a zprostředkovávat také speciálně pedagogickou pomoc žákům nad 15 let a dospělým. Na této rovině spolupracujeme s dalšími známými organizacemi – tyfloservisy, rekvalifikační centrum v Praze – Dědina, centrum Tereza, Apla Praha apod. Naši absolventi uzavírají středoškolské vzdělání maturitou nebo závěrečnou zkouškou, nicméně usilujeme o to, aby odcházeli především s pocitem, že budou moci prožít plnohodnotný život bez sociální izolace, což se bohužel ne každému podaří. Doufáme, že činností naší dramatické skupiny alespoň minimálně zvyšujeme jejich šance.

Příspěvek bude na konferenci doplněn:
- prezentací v programu Microsoft PowerPoint,
- krátkým záznamem z vystoupení zrakově postižených studentů.

One of the main tasks of our activities in the school drama workshop is to improve the process of socialization for visually impaired in their personal and professional lives. Support and improve social communication appears as a prerequisite for the successful functioning of a person with reduced visual abilities, so we strive for a significant development in this area not only in secondary education. The main attention of our contribution we would like to focus on specific feedback from various social groups and organizations reflecting our activities and then work on inclusion (reception and integration of pupils with special educational needs).

Personality visually impaired people develops under the influence of external environment, its development depends on the acceptance by parents, family functioning, mode of education, on the degree of contact with the surroundings and the possibility of obtaining different roles and have acquired social experience. Family with the visually impaired has necessarily a different identity, it is exceptional – her lifestyle is adapted to his/her needs. However, the fact is, as we show in practice that family attitude to its impaired member dramatically influences attitudes surrounding society. A major problem is the so-called anxiety parents, who restrict the child free space and in particular the process of learning independency. Another group of parents trying to compensate for visual disablement wrong orientation of the child to excellent educational achievement and that is unilaterally hazed without free space to acquire normal life situations. Related to the excessive focus on verbal expression and the complete disregard or omission of movement and space orientation, which restricts the development of independent movement or manual skills.

But let's return to the drama and drama-therapeutic processes – in our operation, we have a very positive experience with interconnection family, school and pupil. Presentations of school ensemble open the space to gettogetherness and handover experience as the process of deepening understanding of the personality of each individual pupil, and thus improve the quality and shape the development of social competencies. Many parents offer assistance in the preparation of our school dramatic ensemble activities,

participating in various residential activities, which we see as very beneficial of developing communication skills (other build speech contact with the newcomers, clash of generational perspectives) etc. There is no doubt of working feedback when the family receives new opportunities for reviving the family climate. Finally, it creates a truly informal space for meeting parents of almost adult visually impaired children facing new barriers, ways, bases, such as child's new employment, his/her university education or simply the problem of adolescence, which can talk with similarly identified family.

Lately we have seen positive feedback from various organizations, which give the floor to members of our school dramatic ensemble to their self-realization. Such an interest is a very want able because it confirms our efforts leading to improvement socialization process. At the end of our contribution we bring a brief overview of some of them.

Was formed in 1980 by the Association for Handicapped in Prague from the original theatre group Jedlicka Institute. Ensemble members are largely physically, visually and internally disability, some of them totally blind. It currently gets involved two our students (2nd and 4th class). Artistic director D. Skálová.

Associations under the leadership of Mrs. Vlasta Rydlová. It annually held Sun Integration Festival, to bring together amateur theatre groups for the disabled.

An organization that has more than 80 years been all over the world to help people who can not manage without assistance. In recent years, „lion's movement" most focus on prevention and treatment of various eye diseases. Our school dramatic ensemble every year performs under the auspices of Lions Club in the building of Czech Radio.

Important foundations, which support partial projects (holidays, individual contributions such as obtaining flute, etc.)

Faculty Hospital Motolworking with LDN Motol, PhDr. the regular performance of the ensemble followed by talking with seniors.

Association for support not only the blind – was established in Prague in 2000. The mission of the association is to promote full and independent life of people with visual impairment and its link with the world of people without disabilities through social services, voluntary, cultural and educational activities.

Association was established in 2005. The main purpose of the association is to assist in overcoming barriers related with visual and multiple disabilities. Assistance is mainly carried out in active form, organization of sporting, cultural and other students leisure activities, improve their learning conditions, developing their independency and self-support.

The active promotion of our cultural, theatrical and literary activities long-time cooperation and support of cultural interests of visually impaired students.

Seeks to promote employment of visually impaired. To implement this idea there is a number of projects aimed at professional growth in both traditional and emerging fields in which people with severe visual impairments may find opportunities and improve skills in working with personal

Our special high schools primarily provide pre-vocational and vocational training (high school, commercial school, business school), but we try to mediate and provide special pedagogical assistance for students over 15 years and adults. At this level we work with other well-known organizations – Tyfloservis, Dědina – retraining centre in Prague, Tereza Centre, Apla Praha etc. Our students graduate their high school education passing leaving or final examination, but we strive to ensure that particularly left with the feeling that they could live full life without social isolation, which is unfortunately not everyone succeed. We hope that the activities of our dramatic group at least a minimum increase their chances.

The contribution will be added at the conference:

- Presentations in Microsoft PowerPoint.
- A brief record of the performance of visually impaired students.

MEZINÁRODNÍ ŠKOLENÍ O VYUŽITÍ DRAMATERAPIE V INTERKULTURNÍM UČENÍ

Kristýna Krahulcová

Ve dnech 25. 7. až 1. 8. 2009 proběhlo ve Zlenicích na Sázavě mezinárodní školení o využití dramaterapie v interkulturním učení.

Charakteristika projektu

Školení se zúčastnila skupina pracovníků s dětmi a mládeží z 9 evropských zemí. Jeho cílem bylo zkoumat možnosti využití dramaterapeutických metod v práci zúčastněných organizací a také pro rozvoj interkulturního učení. Hlavním tématem projektu byl princip dramaterapie a možnosti jejího využití při mezinárodních setkáních a pro osobnostně sociální rozvoj účastníků, lektorů a organizátorů mezinárodních projektů programu Mládež v akci (viz také http://ec.europa.eu/youth/index_en.htm), kteří mohou dále implementovat principy dramaterapie nejen do své práce ve vlastních organizacích, ale i na poli mezinárodních projektů. Během projektu se účastníci teoreticky i prakticky seznámili s dramaterapeutickými (DT) technikami, jakožto novým druhem práce využitelným v interkulturním učení (ICL).

Program byl financován z programu Mládež v Akci Evropské unie. Tento program se zaměřuje na posilování spolupráce a vazeb mezi neziskovými organizacemi v různých zemích Evropy a nabízí také finanční podporu pro pořádání mezinárodních výměn mládeže a pro neformální vzdělávání mladých.

Dramaterapie využívá prvků výchovné dramatiky, jejíž metody jsou již hojně v programu Mládež v akci využívány, za účelem zlepšení situace osob s určitým znevýhodněním. Během dramaterapeutických workshopů jejich účastníci pracují v roli, která vytváří bezpečný prostor pro to, aby se více otevřeli sami sobě a ostatním. Hraní různých rolí umožňuje reagovat na reálné životní situace a mezilidské interakce efektivněji, což přináší větší osobní sebevědomí. Dramaterapie je využitelná jak v práci s lidmi s vážným psychickým, fyzickým nebo sociálními handicapem, tak je možné její techniky namířit na jakýkoli problém, jako například: komunikace v mezinárodní skupině, řešení konfliktů, boj proti stereotypnímu myšlení apod. Využití dramaterapie pro práci s mezinárodní skupinou není obvyklá, ale jelikož jsme předpokládali její přínosnost, rozhodli jsme se jejich spojení studovat v rámci tohoto školení.

Celkem 18 účastníků (psychologů, herců a pracovníků s mládeží) se v rámci tohoto školení zúčastnilo několika dramaterapeutických workshopů vedených absolventkou oboru Speciální pedagogiky–dramaterapie na Univerzitě Palackého v Olomouci Kristýnou Krahulcovou a dále Janem Bartoškem a Janem Veselým z Asociace Dramaterapeutů ČR. Přednášející z Asociace Dramaterapeutů ČR byli v dostatečném předstihu před začátkem školení informováni o kontextu školení a své úloze během něj. Byli požádání uvést účastníky do teoretického rámce dramaterapie a o vedení jednodenního dramaterapeutického workshopu s názvem Malá mořská víla namířeného na problémy spojené s komunikací a kulturní diverzitou.

Interkulturní složka školení byla dána skladbou účastníků jak z evropských tak kavkazských zemí a Turecka. Po stránce teoretické i zážitkové přispěla k interkulturní výchově polská školitelka Ewa Niemialkowska. Většina partnerů byla oslovena přes emailovou konferenci „european-youth-exchanges". Z přihlášených organizací jsme vybírali na základě těchto kritérií: jaký vidí přínos své účasti a získaných poznatků o dramaterapii ve své práci a zda ve své práci drama již využívají. Přihlíželi jsme též k vyvážení počtu partnerských zemí, větší zájem však přišel od zemí EU. Skupina 9 partnerů zahrnovala organizace, které pracují s dětmi nebo mládeží (Gruzie, Slovensko, Turecko, Ázerbájdžán), aktivně hrají divadlo nebo ho využívají ve svých aktivitách s mládeží (Česká republika, Maďarsko), nebo jsou to psychologové (Litva, Rumunsko, Makedonie).

Celé školení organizačně zaštiťovaly společně s výše uvedenými školiteli Jitka Marelová a Helena Bartošová. Tyto organizátorky a školitelka Kristýna Krahulcová jsou mimo jiné zakladatelky nově vznikajícího občanské sdružení Streem o.s. ktere si klade za cíl využívání divadelních i jiných uměleckých a terapeutických metod pro osobnostní rozvoj a podporovat interkulturního učení v rámci všech svých aktivit.

Komunikace ve skupině

Pracovním jazykem byla po celou příprav, realizace aktivit i zhodnocení projektu angličtina. K účasti jsme přizvali i dvě účastnice, které měly pouze základní znalosti angličtiny, překlad jim však zajistili kolegové z jejich vlastní organizace, díky tomu se nám podařilo bez problémů zvládnout celý program i organizaci projektu bez komplikací. Většina DT aktivit je více zaměřena na komunikaci bazální, někdy až nonverbální a více jde o pocity jednotlivce.

I z tohoto důvodu jsme, oproti původnímu záměru přijmout pouze účastníky vybavené pokročilejšími znalostmi angličtiny, z našich nároků slevili a přijali i dvě účastnice se znalostí základů. A hlavní princip vzájemného porozumění během DT lekcí i bez znalosti jazyka se nám potvrdil i v praxi. S překladem při některých aktivitách vedených českými lektory pomáhal i český účastník; všichni ostatní účastníci byli středně pokročilí až pokročilí, ke komunikaci tedy bez potíží užívali angličtinu.

Realizace školicího kurzu

V úvodu jsme se věnovali seznámení účastníků mezi sebou a s programem školení. V prvních dnech školení byli účastníci seznámeni zážitkovou metodou s dramaterapeutickými technikami. Úvodní dramaterapeutické lekce přinesly stmelení skupiny a dobré naladění účastníků na spolupráci. Během tohoto úvodu také zúčastnění na vlastní kůži zjistili, co dramaterapie jedinci ve skupině může přinášet.

Další fáze se soustředila na prohloubení vhledu do procesů interkulturního učení prostřednictvím simulační hry, její následné reflexí i krátkých teoretických vstupů. Avšak už v předchozí fázi se dramaterapeutické workshopy dotýkaly významnou měrou otázek spojených s multikulturalitou a účastníci si měli možnost uvědomit některé souvislosti v rámci aktivit, vlastním prožitkem.

V druhé polovině školení byli účastníci vyzváni k vytvoření vlastních dramaterapeutických lekcí, na základě vlastních zážitků s dramaterapií a na základě zkušeností z vlastní praxe v práci s mládeží. Tyto originální lekce byly poté vedeny samotnými tvůrci pro ostatní účastníky školení. V následných reflexích po provedených workshopech získali komentář k vytvořené lekci. Účastníkům byl takto poskytnut prostor nejen k aktivní participaci na školení ale také ke spojení nových poznatků se zkušenostmi z vlastních organizací, i usnadnění proces převedení osvojených dovedností do praxe.

Každý den večer proběhla reflexe v malých skupinách, tzv. „Reflection groups“, při kterých účastníci mohli vyjádřit své dojmy a přání týkající se průběhu školení. Školení bylo otevřeno aktivitou „Přání, obavy a očekávání“ a ukončeno závěrečnou evaluací – pro získání představy o učebním procesu účastníků během školení.

V průběhu školení proběhl nejen klasický „Interkulturní večer“, ale i zcela originální „Český večer“, na kterém se rovným dílem podíleli organizátoři

a čeští účastníci. Jejich snahou bylo účastníkům přiblížit, co to pro ně znamená být Čechem. Seznámili v něm ostatní s českými zajímavostmi, historií a zvyklostmi.

Každý účastník obdržel na závěr školícího kurzu certifikát o své účasti a DVD s materiály od školitelů a multimediálními materiály pořízenými během školení.

Aktivity po skončení školicího kurzu

Dva měsíce po skončení kurzu byli účastníci požádáni o vyplnění on-line formuláře zpětné vazby. Jejich odpovědi sloužily jako podklad pro interní vyhodnocení školení pořádající organizací.

Výstupem našeho školení je brožurka s originálními dramaterapeutickými lekcemi, které vytvořili účastníci našeho školení. Dále obsahuje postřehy a doporučení účastníků školení týkající se využití dramaterapeutických metod při pořádání projektů Mládež v akci, ale i v jiných mezinárodních setkáních. Tato brožura bude využita jako informační materiál pro dramaterapeutické obce (nejen) v zúčastněných zemích a pro všechny další zájemce o využití dramaterapeutických technik v práci s mládeží. Do budoucna bychom rádi využití dramaterapeutických metod šířili dále do povědomí školitelů a facilitátorů i organizátorů akcí Mládeže v akci, mj. prostřednictvím prezentace brožurky na SALTO.youth.net.

Naším školením a brožurkou, která z něj vznikla jsme svým způsobem přispěli k Evropskému roku kreativity a inovací: dramaterapie využívající prvky dramatu rozvíjí spontaneitu a kreativitu a zároveň je zatím jako metoda v rámci programu Mládež v Akci nová. Národní prioritě programu Mládež v akci Boj proti rasismu a xenofobii jsme naším školením přispěli díky tomu, že jsme vybavili novými metodami práce pracovníky jednotlivých organizací zúčastněných na našem projektu. V přípravné fázi je zatím pokračování tohoto projektu v Turecku – organizací Balkaya Youth and SportAssociation.

DRAMATERAPIE NA DETOXIKAČNÍM ODDĚLENÍ

**Mgr. Kristýna Krahulcová, Mgr. Jana Vožechová,
Mgr. Michal Růžička, Ph.D.**

„Nečekal jsem, že to bude až takový krásný pocit koupit Ti kytici růží a hladit Tě teplou dlaní po dlouhých černých vlasech. Nečekal jsem, že to bude až takový krásný pocit líbat Tě za svitu měsíce, když kolem krouží netopýři a světlušky ozařují Tvoji tvář. Nečekal jsem, že to bude až takový krásný pocit milovat se pod skalami v houštinách. A nečekal jsem, že to bude až tolik bolet, když jsi mi napsala ‚Nepiš a nevolej'."

Dramaterapeutická intervence

Dramaterapeutická intervence probíhá ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí – detox ve Vojenské nemocnici Olomouc. Cílem hospitalizace pacientů je očištění organismu od drog a nasazení substituční léčby. Všeobecná zdravotní pojišťovna hradí svým klientům 28denní pobyt, ostatní pojišťovny i déle. Průměrná doba léčby na detoxu je 1 měsíc, maximálně mohou pacienti setrvat až na dobu 3 měsíců. Takto dlouhý pobyt je však výjimečný. Hospitalizace ve Středisku podléhá zdravotnickým poplatkům ve výši 60 Kč za den. Oddělení je omezeno kapacitou 15 lůžek. Součástí Střediska je i oddělení záchytky. Záchytka je místem, kam jsou převezeni lidé ve stavu silné opilosti, změněném vědomí, pod vlivem drog a podobně. Zde setrvávají ve zvláštní péči do vystřízlivění. Poté přechází plynule na detox nebo se vrací domů.

Ve středisku Sekundární prevence a léčby závislostí pracujeme od září roku 2009 jako dramaterapeutky. Spolupráce vznikla díky kontaktům z P-centra Olomouc a následným osobním setkání s vrchním ošetřujícím lékaře, který byl myšlence dramaterapie na jejich oddělení vstřícně nakloněn. V počátcích jsme docházely na intervenci dvakrát týdně, vždy ve středu a ve čtvrtek. Poté jsme frekvenci intervencí snížily na jedenkrát týdně. V současné době probíhají terapie každou středu od 16:30 do 18:00 hod. Pro pacienty je účast na dramaterapii povinná, je součástí denního řádu. Do denního řádu spadají dále ranní komunity, sportovní terapie, pracovní terapie, skupinové terapie, relaxace a další.

Před samotným začátkem intervencí považujeme za důležité seznámit se předem s chodem oddělení: se zaměstnanci, časovým harmonogramem, pravidly pro pacienty – přestávky na kouření, návštěvy; dalšími terapeuty či psychology; prostorovými podmínkami, v nichž bude dramaterapie probíhat.

V průběhu počínající intervence se vykrystalizovala forma spolupráce s ošetřujícím lékařem, která byla zpočátku mlhavá a neukotvená. Komunikace nyní probíhá v týmu na bázi výměny informací elektronickou podobou. Ošetřující lékař posílá ve středu stručné informace o pacientech, zmiňuje poznatky o nově příchozích a pokroky či změny v léčbě stávajících klientů. Ve čtvrtek zasíláme pravidelně my podrobnou zprávu o dramaterapeutické intervenci s obsahem:

- Datum.
- Přítomni.
- Nepřítomni.
- Obsahová náplň intervence – popis použitých technik.
- Celková atmosféra a skupinové dění.
- Informace a postřehy k jednotlivým pacientům.
- Poznámky.

V rámci této spolupráce bychom rádi docílili komplexnosti a návaznosti celé terapeutické péče o naše klienty. Ke zprávám má přístup pouze ošetřující lékař a psycholožka, která na oddělení dochází rovněž několikrát v týdnu. Informace z dramaterapeutické intervence jsou pak dále zohledněny na velké vizitě, jež probíhá v pátek dopoledne.

Postupně se utvářela i spolupráce v rámci terapie mezi námi, kdy nám napomohly supervizní setkání. Šlo o vymezení rolí v rámci vedení skupiny – terapeut a koterapeut. Ve vedení skupiny dochází k pravidelnému střídání role terapeuta a koterapeuta. Společně pracujeme na přípravě obsahové náplně a konzultujeme odesílané zprávy ošetřujícímu lékaři. Dále následuje každý měsíc supervize, jež nám dává náhled a zpětnou vazbu na naši práci. Supervizi považujeme za nedílnou součást celkové terapeutické práce.

Na detoxu pracujeme s koedukovanou skupinou (smíšenou co do pohlaví), věkově nesourodou (nejmladší klientkou byla 16letá slečna, nejstarší 73letá paní). Skupina je otevřená. V současné době probíhá výzkum na statistické zpracování průchodnosti lidí na detoxu za rok 2010. Dílčí dramaterapeutická intervence má danou strukturu. Časově je vymezena dobou 90 minut. Struktura má pevné body. Po našem příchodu se přivítáme s novými členy,

seznámíme je s pravidly, které jsme vytvořili společně s klienty na začátku našeho působení na oddělení. Je třeba dodat, že v průběhu času a velkým obměňováním klientů bylo nutné některá pravidla modifikovat, či úplně přidat. Ve skupině dodržujeme pravidlo respektu k sobě samým, pravidlo bezpečnosti prostoru, tykání, vypnutých mobilních telefonů a v neposlední řadě využití „práva stop". Následuje úvodní kolečko, kdy má každý prostor říci, co nového se v jeho léčbě nebo životě odehrálo za poslední týden. Po úvodním zahájení postupujeme podle klasické terapeutické struktury: warm, up, hlavní technika a závěrečná reflexe. Časové rozdělení: úvod – 10 minut, warm up – 10 minut, hlavní technika – 45 minut, závěrečná reflexe – 20 minut, rozloučení se s odcházejícími – 5 minut. Pravidlem bývá podat odcházejícím klientům reflexi na jejich dosavadní léčbu, případně zmínit jejich růstový vývoj na dramaterapeutických sezeních.

Do textu jsme umístily úryvky produktů jedné z hlavních technik naší dramaterapeutické intervence.

„Nečekal jsem, že to bude až takový problém uhlídat ji tak, aby se to nevymklo kontrole. Kontrolovaně se hlídat nedá, neboť to je lavina, která se zastaví až na nejnižším bodě. Stále se v čase zvětšuje a dokáže v krátké době nadělat hodně problémů a nepříjemností. Spouští se sama od sebe a dělá si, co chce. Nic ji nestojí v cestě. VLASTNÍ ŽÍZEŇ."

Supervizní pojetí projektu

Supervizi v obecném pojetí chápeme jako interakci mezi osobou supervizora a osobou supervidovaného. Cílem této interakce je zlepšení schopností a dovedností supervidiovaného v jeho práci.

Loganbill definuje supervizi jako „intenzivní, mezilidsky zaměřený individuální vztah, v němž je úkolem jedné z osob usnadňovat rozvoj terapeutické kompetence druhé osoby". (Loganbill, 1982)

Kadushin se zabývá hlavními funkcemi supervize a vidí je ve vzdělávání, podpoře a řízení. (Kadushin, 1976) Takovéto pojetí supervize využíváme i v naší práci.

Vzdělávací funkce supervize spočívá v poskytování prostoru, kde mají supervidovaní uvažovat o obsahu a procesu své práce, dále zde mohou rozvíjet další dovednosti a kompetence. V námi popisované praxi se tato složka se naplňuje prostřednictvím komentáře a hodnocení uplynulých dramaterapeu-

tických skupin. Verbální uvažování o problému nám pomůže k uvědomění si obsahů procesů naší práce. V rámci supervizí, které v projektu doposud proběhly byly řešeny zejména témata kompetencí hlavního terapeuta a koterapeuta při vedení skupiny. Dále pravidla, kterým se bude skupina řídit. Dalším významným uvědoměním bylo zjištění, že pokud má práce mít skutečný terapeutický efekt, musí se činnosti externích terapeutů propojit s činností odborného personálu zařízení.

Podpůrná složka supervize znamená poskytnutí prostoru pro zmapování osobních těžkostí při práci s klienty. Obtíže a projekce získané během terapeutického procesu se tak dostávají ven a jsou zkoumány v jiném světle. Úkolem supervizora je dát prostor supervidovanému aby své problémy zpracoval a nabídnout mu podporu a energii do další práce. Klientela se kterou pracujeme je riziková z hlediska vkládání emočních investicí a možnosti jejich následné ztráty. Značnou roli zde hraje přenos a protipřenos neboť supervidované lektorky jsou mladé atraktivní ženy a značná část klientů na skupině jsou starší lidé. U žen může vzniknou problém rivality a žárlivosti, u mužů někdy dochází k otcovskému nebo mileneckému komplexu.

Řídící složka supervize má za cíl plánovat a využívat osobní i odborné zdroje k vyšší efektivitě a kvalitě práce. Zde se zabýváme i dalším plánováním popřípadě studiem dalších odborných pramenů souvisejících s vykonáváním naší dramaterapeutické činnosti. Případně konzultujeme některé zásadní problémy s dalšími odborníky.

„Jsem pravděpodobně ovlivněn několika okolnostmi najednou. Usilovně se snažím přijít na to, proč se dnes cítím tak, jak se cítím. Mám dnes tak strašnou nechuť se účastnit dnešního setkání a nejde mi to přemoct. Nečekal jsem, že to bude až takové...“

PRVKY DRAMATU V NÁCVIKOVÝCH TECHNIKÁCH KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

The elements of the drama in training techniques of cognitive behavioral therapy

PhDr. et Mgr. Procházka Roman, Mgr. Růžička Michal, Ph.D.

P-centrum, Olomouc

Klíčová slova

Kognitivně behaviorální terapie, kasuistika, drama, dramaterapie, fobie, úzkost.

Key words

Cognitive behavioral therapy, case report, drama, drama therapy, phobia, anxiety.

Prvky dramatu v nácvikových technikách Kognitivně behaviorální terapie.

V tomto příspěvku se zaměříme na využití prvků dramatu, v nácvikových technikách kognitivně-behaviorální terapie. Než se zaměříme na problematiku, jak propojit drama v nácvikových technikách, tak se nejdříve stručně zaměříme na stručné vymezení a specifika dramaterapie a kognitivně-behaviorální terapie. Aktuální pojetí dramaterapie vychází z jejího začlenění v ranku expresivních terapií. Dramatu jako prostředku je v různých terapeutických přístupech užíváno k dosažení léčebného cíle. Dramaterapie jako terapeutická metoda má blízko k psychodramatu. M. Valenta definuje dramaterapii jako „terapeuticko-formativní disciplínu, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti“ (2007, s. 23). Následně lze definovat i obecné cíle dramaterapie, které jsou (Valenta, 2007. s. 31):

- Zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence.
- Získání schopnosti uvolnit se.
- Zvládnutí kontroly svých emocí.
- Změna nekonstruktivního chování.

- Rozšíření repertoáru rolí pro život.
- Získání schopnosti spontánního chování.
- Rozvoj představivosti a koncentrace.
- Posílení sebedůvěry, sebeúcty.
- Získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti.

Specifičnost dramaterapie na rozdíl od jiných terapeutických postupů spočívá, v aktivním využívání rolí. Užívání prvků role v dramaterapii nám přináší tzv. dramatický paradox, který má významný terapeutický potenciál, neboť klient v roli je v jedné rovině sám sebou, ale zároveň sám sebou není. Dramaterapeutický klient se tak pohybuje uvnitř i vně dvou permanentních skutečností.

Valenta hovoří o osmi krocích rolové metody:

1. Invokace role.
2. Pojmenování role.
3. Hraní a propracování role.
4. Explorace subrolí.
5. Reflektování role.
6. Vztahování fiktivní role k všednímu životu.
7. Integrování rolí za účelem vytvoření funkčního systému rolí.
8. Sociální modelování: nacházení způsobů, kterými ovlivní klientova role jeho sociální učení.

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) vznikla integrací behaviorální terapie a kognitivní terapie. Podstatou behaviorální terapie je analýza zjevného chování jedince v problémové situaci a její podstatou je posilování žádoucího chování. Druhá část KBT je tvořena kognitivními přístupy A. Becka a A. Ellise. Tím, že kognitivně-behaviorální terapie pracuje s koncepty vnitřních kognitivních procesů se více přibližuje psychodynamicky orientovaným terapeutickým směrům

Pro doplnění uvádíme stěžejní rysy kognitivně behaviorální terapie. Jsou to:

- Časová omezenost.
- Strukturovanost a direktivnost.
- Intenzivní spolupráce terapeuta a klienta.
- Zaměření na přítomnost.
- Konkrétnost a ohraničenost sledovaných fenoménů.
- Vědeckost.
- Edukativnost.

Důležitým znakem KBT je, „že terapeut se snaží analyzovat maladaptivní vzorce myšlení a chování, vysvětlit jak tyto vzorce vznikly, co je udržuje, a v průběhu terapie pomáhá pacientovi, změnit je na vhodnější, konstruktivnější a účinnější strategie, které zmírní či odstraní jeho emoční negativní prožívání (úzkost, deprese)“ (Praško, Možný, Šlepecký, 2007, s. 17). Nyní jsme se dostali k důležitému pojmu, na který je potřeba se zaměřit. Tímto pojmem je prožívání, které lze definovat jako, „nepřetržitý tok psychických zážitků, který probíhá při různých stupních jasnosti vědomí, respektive bdělosti“ (Plháková, 2003, s. 45). U prožívání lze lokalizovat tři hlavní složky, a to složku rozumovou, emoční, a volní, čímž každý psychický obsah nabývá tyto komponenty. Důležité je, že v různých dějích a situacích může vystupovat do popředí jeden z těchto tří aspektů. Např. při přípravě na podání výkonu u zkoušky, vystupuje do popředí aspekt rozumový a motivační. V oblasti např. specifické fobie je propojenost komplikovanější tím, že v popředí je rozumový aspekt, který společně s emočním aspektem ovlivňuje motivační systém resp. vyhnutí se podnětu, který vyvolává fobickou reakci. V jiné podobě pak funguje anticipační úzkost, kdy si jedinec v popředí rozumového aspektu spustí bludný kruh navazujících reakcí tj. při myšlence, já tam půjdu a tam bude pavouk, on na mě skočí, povede k emočně-fyziologickým projevům a následně k chování, které je posíleno motivačním aspektem vedoucímu k vyhnutí se danému místu. Složitost propojení těchto aspektů je zřejmá i s tím, že hovoříme o psychickém provázání a podmíněnosti psychických procesů, které se také dělí na kognitivní, emocionální a volní. V práci s jedincem je potřeba si také uvědomit, že prožívání má významný vztahový rozměr, který se projevuje právě tím, že člověk si více či méně neustále uvědomuje své citové vazby k ostatním lidem a svou začleněnost do kolektivu (Plháková, 2003). Druhým rozměrem je časovost, která představuje to, že člověk má v libovolném okamžiku na mysli svou minulost, přítomnost i budoucnost. Tímto jsme stručně nastínili problematiku prožívání a nyní se stručně zaměříme na problematiku učení. Učení lze definovat relativní trvalou změnu chování, jež vyplývá z nácviku (Atkinson et al. 2003). Učení lze rozdělit na čtyři druhy:

Habituace – znamená postupné přivykání a ignoraci podnětu, který je pro nás známý nebo nemá pro nás závažné následky.

Klasické podmiňování – při tomto učení dochází k tomu, že se organismus učí, že po jedné události přijde událost druhá.

Operantní podmiňování – v tomto ohledu se organismus učí, že pokud se chová určitým způsobem, bude to mít určité následky např. trest či odměna.

Z toho hlediska vznikl zákon účinku, který zní, že „takové chování, které v uspokojení v dané situaci, se v ní bude s větší pravděpodobností vyskytovat, než chování, které k uspokojení nevede“ (Smékalová, Procházka, 2007, s. 66).

Komplexní učení – v rámci komplexního učení se jedná o složitější děje s tím, že dochází k vytváření kognitivních map a k používání různých strategií řešení problémů, při nichž se uplatňují různé kognitivní procesy např. generalizace, indukce, dedukce apod. Ostatní druhy učení jsou odvozeny z těchto základních.

V rámci nácvikových technik lze namítnou, že KBT příliš nepracuje s emociálním doprovodem, ale není tomu tak. Ve funkčním kruhu, se kterým KBT pracuje, se vyskytují aspekty, jako jsou myšlenky, emoce, fyziologické projevy a chování, které jsou důležité pro vytvoření základní povahy problému, se kterým klient přichází. V rámci teoretické báze se hovoří o propojenosti emocí a myšlení respektive kognice v kontextu relativní desynchronizace. Např. Lazarus (1968) předpokládal to, že kognitivní procesy jsou primární a emocionální procesy jsou sekundární. Teorií emocí je samozřejmě více, ale s ohledem na nynější neurofyziologické studie se KBT zaměřuje na výzkumy, které tvrdí, že emoční reakce na podnět může předcházet reakci kognitivní (LeDoux, 1996). S této problematiky proto vychází model relativní desynchronizace, který říká, že obě reakce mohou fungovat nezávisle na sobě a vztah mezi nimi, může být relativně volný. V rámci kognitivního přístupu zmiňme Ellisovo REBT (racionálně-emoční-behaviorální terapie), který pracoval ze základní premisou, že emoční dopad určité události (podnětu A) a reakce na ně v určité formě zjevného chování jsou výsledkem nebo jsou způsobeny kognitivním zpracováním této události (Ellis, 2005). Tím se dostáváme k jeho teorii A–B–C–. Kdy A je událost či podnět, B je kognitivní proces, který se skládá z kognitivní události, interpretace faktů, hodnocení těchto faktů a přesvědčení (relativně stabilní a názory na to, jaký jsem, jaký je svět kolem mě) z nichž aktuální interpretace a fakta vycházejí a C, které znamená důsledek (emoce, chování). V podstatě to znamená, že k C nevede A, ale B. Tento koncept kognitivního přístupu společně s přístupem Beckovým, KBT integrovala s poznatky behaviorální terapie a doplnila faktory, které jsou účinné v ostatních psychoterapiích. Podrobnější analýza této problematiky je nad rámec tohoto příspěvku. My se nyní zaměříme na nácvikové techniky KBT s ohledem, jak v nich lze využít právě prvky dramatu. Z Hlediska nácvikových metod lze zmínit behaviorální metody, jako jsou expozice jak in

vivo, tak v imaginace např. systematické desenzibilizace, metoda zaplavení. Dalšími metodami vedoucí vytvoření nového chování, se kterými pracujeme, jsou učení podle vzoru, formování, řetězení a pobízení a hraní v rolích. Právě hraní v rolích patří k nejrozšířenějším metodám v KBT. Slouží jak k analýze klientova stávajícího chování, tak k nácviku vhodného chování. Nyní se dostáváme k jádru, jak propojit drama v nácvikových technikách. Nejdříve si objasníme experimentální nové termíny, z nichž budeme vycházet při syntéze těchto technik s rozdílnou tváří dramatu. Tato rozdílná tvář je složena z behaviorálního dramatu a dramatu kognitivního. Nyní si přiblížíme východiska behaviorálního dramatu. Jak již bylo řečeno, tak behaviorální terapie pracuje s rozvíjením žádoucího chování a potlačování chování negativního. Dramaterapie staví, jako svou ústřední metodu pro dosažení změny hru v roli. Jestliže využijeme osvědčené techniky, viz výše v KBT a podpoříme je dramaterapeutickou metodou hry v roli, lze definovat novou metodu práce, jako behaviorální drama. Behaviorální drama lze vymezit jako záměrné cílevědomé a vědecké aplikování dramatických prostředků za účelem navození pozitivní změny v chování klienta a zároveň pomocí systematického vedení odstranění chování nežádoucího. Dramatickým prostředkem zde rozumíme metodu hraní role. Na rozdíl od behaviorální terapie zde počítáme s estetickou distancí, která umožní jedinci odstup od svého emočního prožívání, které je po určitou dobu nahrazeno prožíváním rolové postavy, zároveň se však psychologický konflikt odehrává v struktuře já klienta. Následný verbální rozbor a jeho analýza, má pak za cíl poukázat na zisky, který nový způsob chování jedinci přináší aneb, jak uvádí Procházka, dochází ke kognitivní expozici a změně kognitivních schémat. Dále se zaměříme na pojem kognitivní drama. Kognitivní drama můžeme definovat jako zpracování dramatu, které je založeno na kognitivní práci s představami a myšlenkami v kontextu jejich racionálního hodnocení za účelem oslabení negativních a nežádoucích myšlenek a k redukci iracionálních kognitivních jádrových přesvědčení a kognitivních omylů. Základním dramatickým prostředkem je metoda kognitivní interpretace já role a fiktivní role.

V oblasti kognitivního dramatu vycházíme ze závěru, že v dramaterapii nehraje kognitivní složka takovou roli, jako je tomu u verbálních terapií a spíše se zaměřuje na konativní stránku osobnosti (Valenta, 2007, s. 93). Vezme-li v potaz KBT teorii, která pracuje s lidskou psychikou jako s integrovaným systémem skládajícím se z kognitivních, emociálních a volních procesů je velmi

důležité, aby se v rámci prožívání dramatu srovnala váha mezi konativními a kognitivními složkami psychiky. Kognitivní interpretace nějakého podnětu apod. aktivuje další děje, jako je emoční doprovod s fyziologickou komponentou mající následný vztah k chování. Vzpomeňme např., jak trefně parafrázuje výrok Epiktéta A. Ellis ve výroku, že člověka neznepokojují věci sami o sobě, ale jeho mínění o nich. Potenciál k využití kognitivní dramatu spatřujeme u jedinců, kteří jsou více orientováni na rozumovou složku a mající potíže s expresivním vyjádřením. Také diskrepance mezi kognitivním hodnocením role Já a role fiktivní může mít výrazný terapeutický rozměr. Protože i když hraji roli, tak jsem vlastně v projekci či introjekci Já. Lze experimentálně uvažovat, že fiktivní role vede i ke kognitivnímu posunu. Ve stručnosti můžeme metodu kognitivního dramatu shrnout prakticky takto:
Na co myslí, jaké myšlenky běhaly v hlavě fiktivní postavě
Co to o té postavě říká?
Jak se myšlenky projevují v emocích? Fyziologických projevech? V chování?
Jak je mi to podobné.
Co to svědčí o mně.
Co to svědčí o druhých lidech.

Na závěr této problematiky, která bude podrobněji rozpracovaná v chystané učebnici rukověť dramaterapie si experimentálně zamyslíme u jakých poruch či obtíží lze tuto metodu užít. Domníváme se, že její užití je vhodné o sociální fobie, agorafobie a některých psychotraumatických zkušeností. Zajímavou pozici shledáváme u psychotraumat. Právě u psychotramautických zážitků jde o komplexní biologický, psychologický a sociální proces narušení normálního fungování, který se může projevit jak např. posttraumatická stresová porucha (Yehuda, et al, 1998). Trauma, traumatická událost je charakterizována svou náhlostí a neočekávaností, stejně jako svou intenzitou a rozsahem. Poněšický (2004, s. 121) uvádí, že: „z hlediska postiženého se zde jedná o jedince naprosto nepřipraveného, jenž je traumatické situaci naprosto vydán, ocitá se v e stavu bezmocné úzkosti, neutuchajícího stresu bez (biologické) možnosti obrany, tj. bez možnosti zareagovat útokem či útěkem". Autoprotektivní reakce jedince se dají přirovnat k reflexu smrti, nehybnosti, k roztříštění percipovaného a tudíž neschopnosti uvědomit si obsah celé traumatické situace. V tomto okamžiku hovoříme o disociativních fenoménech, které mohou tento stav doprovázet za účelem, aby byla ochráněna část psychického já. Díky disociativním mechanismům dochází k fragmentaci

zážitku a s ním spojených vjemů, jež se nepřevedou do narativní roviny či formy, to má za následek, že vzpomínky na trauma se nedostanou do slovní podoby, a tím se nezařadí do dosavadní osobní historie postiženého. Tato psychická obrana probíhá již na neurofyziologické a biochemické úrovni a někdy se nazývá psychosomatóza mozku (Poněšický, 2004, s. 122). Právě možnost znovu přehrát traumatickou situaci v expozici s hraním role s oporou o kognitivně-behaviorální drama by mohlo vést ke snížení úzkosti prožívané s traumatickým zážitkem a vést i k abreakci.

Shrnutí

Autoři definovali průniky dramaterapie a kognitivně behaviorální dramaterapie. Byla položena domněnka, že oba směry mohou využít svých metod pro větší efektivitu terapie. V rámci propojení obou systémů byly definovány dva termíny: behaviorální drama a kognitivní drama. Autoři budou na modelu dále pracovat a prezentovat výsledky na dalších konferencích, workshopech a v odborných pracích.

Summary

The authors have defined the intersections of dramatherapy and cognitive behavioral therapy. There is a hypothesis, that both of the approaches can use their useful methods for more effectiveness of the therapy. There were defined two new terms: the behavioral drama and the cognitive drama. The authors will work on this topic onwards and in the future they will present the results on others conferences, workshops and in the scientific articles.

Literatura

Atkinson, R. L., Smith, E. E., Bem, D, J., Nolen-Hoeksema, S. (2003). Psychologie. Praha: Protál.

Plháková, A. (2004). Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia.

Smékalová, E., Procházka, R. (2007). Vybrané otázky pedagogické psychologie. Olomouc: UP.

Lazarus, A. A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. Behav. Res. Ther. 6, pp. 83–89.

LeDoux, J. (1996). The emotional brain. New York: Simon & Schuster.

Ellis, A. (2005). Racionálně emoční behaviorální terapie. Praha: Portál.

Valenta, M. (2007). Dramaterapie. Praha: Grada.

Yehuda, R., McFarlane A, C., Shalev A, Y. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. Biological Psychiatry; 44: 1305–1313.
Poněšický, J. (2004). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton.
Praško, J. Možný, P. Šlepecký, M. (2007) Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton.

PSYCHOTERAPIE V KONTEXTU FILOSOFIE JAZYKA LUDVIGA WITTGENSTEINA

PaedDr. Vladimír Šik

Katedra sociálnípráce, FSE UJEP Ústí nad Labem

Pouhý fakt, že máme výraz ‚význam' slova, nás musí nutně vést na scestí: jsme vedeni k domněnce, že pravidla odpovídají něčemu, co pravidlem není, zatímco ona odpovídají zase jenom pravidlům.
L.Wittgenstein

Anotace

Autor se ve své práci pokouší interpretovat vztah filosofie jazyka pozdního období L.Wittgensteina v kontextu psychoterapie a psychoanalýzy. Práce komentuje vývoj jazykové Wittgensteinovy filosofie, vztah filosofie a psychoterapie a také pohled na filosofii v rámci psychoterapeutických systémů. Zvláště se pak zabývá postojem Wittgensteina k Freudovi a jeho psychoanalýze jako vědě a terapeutickému nástroji. V závěru pak reflektuje přítomnost filosofie v psychoterapii obecně. Práce se nezabývá hodnocením Wittgensteinova díla a jeho myšlenek, ale spíš kontextem, provázaností a možným vlivem Wittgensteinovy filosofie jazyka na oblast pomáhající komunikace a hlavně psychoterapie.

Filozofie a řeč

Problematika řeči a jazyka je trvalou součástí obecných otázek filozofie již od nepaměti. Do popředí a předmětem systematického zájmu se však dostala až ve 20. století v souvislosti právě se vznikem analytické filosofie. Ta je někdy dokonce vnímána jako hraniční disciplína mezi filosofií a jazykovědou. Je charakteristické, že problémy filosofie již zde nejsou chápány jako *„problémy bytí"* (jako tomu bylo v antice a ve středověku) či jako *„problémy vědomí"* (jako tomu bylo v novověku), ale jako *„problémy jazyka"*.

Právě tomuto posunu se později začalo říkat *obrat k jazyku*. Ruku v ruce s tímto obratem přirozeně šla i potřeba znovu podrobně promyslet samotný fenomén lidské řeči. Klíčové otázky, jež si analytičtí filosofové položili (a dodnes pokládají), tedy znějí: „*Co je to vlastně řeč; jaká je její povaha či podstata; v čem spočívá význam jejích výrazů?*"[1]

[1] Sousedík, P.: Co je podle Wittgensteina řeč? Dostupné 01. 2010 na: logika.flu.cas.cz/files/uploaded/UserFiles/File/sousedik/Co_je_to_rec.doc.

Právě tento *obrat k jazyku* je možno považovat za snahu o znovuoživení jedné z Aristotelových definic člověka, podle níž je člověk živočich, který má řeč. Prokop Sousedík nabízí možnost považovat obrat k jazyku za obrat k té lidské aktivitě, díky níž se člověk druhově odlišuje a přesahuje ostatní živočišné druhy a kterou proto lze společně s Aristotelem považovat za charakteristický rys člověka. A dále, že filosofování a věda patří mezi nejvznešenější lidské aktivity, kde nástrojem jsou právě řeč a jazyk.[2]

Ludwig Wittgenstein a jeho dílo

Ludwig Josef Johann Wittgenstein je často udáván jako jeden z nejvlivnějších filosofů 20. století. Bývá spojován především s analytickou filosofií a filosofií jazyka, ovlivnil však i logické pozitivisty. Jeho myšlení pravděpodobně nejvíce ovlivnili Arthur Schopenhauer, Bertrand Russell a Gottlob Frege. V prvním období se jeho zájem soustřeďoval na matematiku, přes niž se dostal k logice a filosofickým otázkám základů matematiky. Určitou dobu studoval u Bertranda Russella v Cambridge, se kterém se také rychle spřátelil a Russel se stal v mnoha věcech jeho vzorem. V Cambridgi také v této době platil za jednoho z nejvýznamnějších mladých myslitelů. Svůj potenciál Wittgenstein vnímá v reformě přirozeného jazyka za přispění vyjadřovacích prostředků formální logiky[3].

Svoje myšlenky a úvahy Wittgenstein intenzivně zaznamenával velmi různými způsoby po celou aktivní dobu svého života. Podle různých pramenů tvořily zhruba 18 tisíc stran textů, poznámek, přednášek, opisů, deníků a korespondence. Text jeho myšlenek vznikal obvykle právě ve formě krátkých poznámek, jak také napovídá text v předmluvě k českému překladu díla Filosofická zkoumání, o marném úsilí napsat knihu jako souvislý text:

„Po několika nezdařených pokusech, abych své výsledky spojil v nějaký takový celek, jsem nahlédl, že by se mi to nikdy nepodařilo. Že nejlepší, co jsem mohl napsat, by zůstalo vždycky jen filosofickými poznámkami; že moje myšlenky brzy ochromly, když jsem se pokoušel nutit je proti jejich přirozenému sklonu, aby se rozvíjely určitým směrem. A to ovšem souviselo s povahou tohoto zkoumání

[2] Sousedík, P.: Vznik filosofie a vědy z perspektivy Wittgensteinovy jazykové filosofie. Dostupné 01. 2010 na: kfcmtf.upol.cz/petr/sousedik-Bratislava.doc.

[3] http://plato.stanford.edu/entries/wittgenstein/.

samotného. To nás totiž nutí procestovat rozlehlou myšlenkovou oblast, křížem krážem všemi směry."[4]

Ludwig Wittgenstein vydal však nakonec za svého života pouze jediné ucelené filosofické dílo, a to Logisch-philosophische Abhandlung, které pak vyšlo v Anglii pod známějším názvem *Tractatus logico-philosophicus* (1922)[5]. Toto dílo učinilo autora v odborných kruzích rychle známým. Všechny ostatní Wittgensteinovy spisy byly vydány z obsáhlé pozůstalosti.[6]

To že jsou jednotlivé fragmenty Wittgensteinova díla tvořeny krátkými poznámkami (paragrafy a jejich komentáři), které jsou psány na první pohled logickým a srozumitelným jazykem, může vést k pocitu jednoduché interpretovatelnosti textu. Při bližším zkoumání však narazíme na tři problémy. Prvním je forma některých pasáží, která je vedena v jakémsi dialogu. Autor zde defacto diskutuje s jakýmsi virtuálním partnerem – kritickým oponentem, který nejspíš představuje „raného" Wittgensteina. Pro rozlišení jednotlivých rolí autor často používá uvozovky a pomlčky, není tomu však vždy (např. v § 258, se s pomlčkou v každé celé větě mění mluvčí, na rozdíl od PU § 98, kde tomu tak není). Druhým problémem je požívání různých metafor a ironie, které jsou také obtížně interpretovatelné a tak jako jazyk možná chápaní v různém smyslu. Jako třetím faktorem, je skutečnost, že samotné vydané Wittgensteinovo dílo je často přepisem a interpretací a také překladem z německého originálu do dalších jazyků. I proto uvádím v textu alespoň občas doslovné příklady z českého překladu.

Wittgensteinovo dílo, je většinou autorů rozdělováno na dvě základní období, ve kterých předložil dvě podstatně odlišné koncepce jazyka. První koncepce byla formulována v již zmíněném raném spise *Tractatus - logico - philosophicus*, druhá pak v posmrtně vydaném díle, které vyšlo pod názvem *Filosofická zkoumání*. Za zmínku ještě stojí, že většina vydaného materiálu pochází z období tzv. „pozdního Wittgensteina", tj. z let 1929–1951. Klíčovou myšlenkou Wittgensteinova *Traktátu* (ale i celé první poloviny analytické filosofie), je představa o nedostatečnosti a určité zmatečnosti přirozeného jazyka. Jako příklad můžeme uvést citaci z úvodu *Traktátu, ve které* Wittgenstein píše:

---

[4] Wittgenstein, L.: Praha: Filosofický ústav AV ČR. 1993 s. 9.

[5] Wittgenstein, L., Tractatus Logico – Philosophicus, Londýn 1922, český překlad Praha 1993.

[6] http://plato.stanford.edu/entries/wittgenstein/.

„Kniha se nezabývá filosofickými problémy, ale ukazuje, že kladení těchto problémů spočívá na nepochopení logiky našeho jazyka. Celý smysl by se dal shrnout do těchto slov: Co se vůbec dá říci, dá se říci jasně (věty přírodovědy); a o čem se nedá mluvit, o tom se musí mlčet."[7]

Po první světové válce působí Wittgenstein opět v Rakousku. Postupně obrací naruby svůj původní názor, podle nějž je jediným přiměřeným prostředkem k vyjádření našich myšlenek jazyk reformovaný pomocí prostředků formální logiky (začal tím odmítat představu existence

atomické báze jazyka a vnímání kvantifikátorů jako nekonečných konjunkcí a disjunkcí). Jeho zájem se daleko více přesouvá na přirozený jazyk. Principem řešení filosofických problémů jazyka nejsou uměle vytvořené elementy jazyka formální logiky, ale stávají se určitou analýzou či popisem jazyka přirozeného. Tuto koncepce je také fundamentální rovinou díla *Filosofická zkoumání*. Dokladem je i jedna z Wittgensteinových myšlenek o jeho vztahu k přirozenému jazyku:

„Filosofie nesmí žádným způsobem porušovat skutečný průběh použití řeči, může ho tedy nakonec jedině popisovat. Neboť nemůže podat ani jeho zdůvodnění. Nechť nechá tak, jak to je. Nechává i matematiku tak jak je a žádný matematický objev ji nemůže dovést dál.[8]

Anebo koncepce filosofie popsaná ve *Filosofických zkoumáních,* je tedy jedním ze zdrojů tzv. filosofie přirozeného jazyka. Tato koncepce se při vysvětlování pojmů soustřeďuje především na oblast, jakým způsobem užívají problematická slova lidé v běžné řeči. Vysvětlením a důvod*,* který se udává v literatuře jako skutečnost*,* že většina teoretiků orientovaný na přirozený jazyk neměla matematické, ale klasické vzdělání[9].

„Celým mým snažením, a domnívám se, že i snažením všech lidí, kteří se kdy pokusili psát nebo mluvit o etice či náboženství, bylo zaútočit na hranice jazyka. Toto narážení na stěny naší klece je úplně a absolutně beznadějné. Pokud etika pramení z přání říci něco o nejvlastnějším smyslu života, o absolutním dobru, o absolutně hodnotném, nemůže být vědou. Tím, co říká, se v žádném smyslu nerozmnožuje naše vědění. Je to však svědectví o určité tendenci v lidském vě-

---

[7] Sousedík P: Je raný Wittgenstein odpůrcem metafyziky a teologie? Teologické texty 2004/2 dostupné http://www.teologicketexty.cz/casopis/2004-2/Je-rany-Wittgenstein-odpurcem-metafyziky-a-teologie.html.

[8] Wittgenstein, L.: Filosofická zkoumání, Praha 1993, str. 66 § 124.

[9] http://filosofie.kvalitne.cz/wittgenstein.htm.

domí, svědectví, jehož si osobně nemohu jinak než hluboce vážit a které bych se za žádnou cenu neodvážil zesměšňovat."[10]

Základním tématem tohoto období (pozdního) Wittgensteina sa staly tzv. *jazykové hry.* Wittgenstein přesně nedefinuje, co vlastně jazyková hra je, ale ve *Filosofických zkoumáních* v díle uvádí různé zajímavé postřehy:

„Co je ještě hra, a co už hra není? Můžeš uvést, kde je hranice? Ne. Můžeš nějakou hranici stanovit: neboť žádná ještě stanovena nebyla. (Ale to ti ještě nikdy nevadilo, když jsi slovo ‚hra' používal.)"[11]

Asi nemůžeme najít jednu věc, která by byla společná pro všechny hry, ale můžeme najít různé podobnosti anebo vztahy mezi jednotlivými hrami. Wittgenstein přirovnává jazykové hry např. k rodině, ve které členové mají určitou podobnost. Jazykovými hrami nazývá Wittgenstein také i různé typy učení se jazyku. Jazykové hry tvoří pak systém dorozumívání, a jsou také podobné tomu, co nazýváme hrami v našem běžném jazyku.

„Lidé myslí, že učení se jazyku spočívá v tom, že člověk pojmenovává předměty. A sice: lidi, tvary, barvy, bolesti, nálady, čísla atd. Jak bylo řečeno – pojmenování je něco podobného, jako připevnit k nějaké věci tabulku se jménem. Může se tomu říkat příprava k používání slova. Ale na co je to příprava?"[12]

Wittgenstein hledá různé formy jazyka a rozličné jazykové hry. V jazykových hrách vidí a interpretuje komplikovanou síť podobností a rozdílů, které se vzájemně střetávají a rozcházejí, křižují a míjí, proto pro tyto podobnosti uvádí i výraz „rodinné příbuznosti". Na jazyk se tak musíme dívat jako na určitý nástroj komunikace a činností v jednotlivých kontextech, v jednotlivých jazykových hrách. V souvislosti s jazykovými hrami se Wittgenstein také podrobně zabýval jejich pravidly. Většinou je ale nedefinuje, ale pouze popisuje a ukazuje, jak se jejich využití projevuje (viz také odkaz 22). V textech bychom našli třeba jeho oblíbené přirovnání ke hře v šachy a jejich pravidla.

Filozofie a psychoterapie jako směr

V souvislosti s dalším směřováním si napřed položme otázku, jaký je vlastně vztah filosofie a psychoterapie jako vlastních oborů. Pro její zodpovězení považuji za nutné alespoň alimentárně operacionalizovat pojem psychoterapie. Použijme jednu z mnoha definic psychoterapie, která říká že

[10] Monk, R.: Úděl génia, Praha 1996, s. 282–283.
[11] Wittgenstein, L.: Filosofická zkoumání, Praha 1993, str. 48 § 68.
[12] Wittgenstein, L.: Filosofická zkoumání, Praha 1993, str. 25 § 26.

„Psychoterapie je zvláštní psychologická péče poskytovaná potřebným lidem.“[13]

Psychoterapie je vnímána jako vědní obor, který má teoretickou i aplikační stránku. Předmětem psychoterapie jako oboru, je tedy duševní život člověka, jeho prožívání, chování a projevy, které však většinou klient nepovažuje v podobě, se kterou se setkáváme, za optimální, a na přání a se souhlasem klienta se je pokoušíme společně měnit. Přitom zároveň vždy platí, že lidskou bytost vnímáme vždy jako psychosomatický celek (zásada psychofyzické jednoty dějů v organismu), což znamená, že bereme v úvahu skutečnost, že se vztahy mezi duševními a tělesnými procesy vzájemně, oboustranně ovlivňují. Na základě výše uvedeného základního vymezení, pak lze vytvořit určitý konstrukt, který říká, že klienty psychoterapie jsou lidé, kteří v určité míře a v daném čase postrádají optimální míru duševního a tělesného zdraví[14].

Na druhé straně ve filozofii se poměrně často potkáváme s myšlenkou, že základem zdraví člověka je zdraví jeho mysli (jeho duše). Už Platon v dialogu Charmides[15] ústy Sokrata chválí ty řecké lékaře, kteří se nezaměřují pouze na jednotlivý nemocný lidský orgán, např. oko, ale uvědomují si, že je potřeba léčit nejenom tento orgán, ale předpisovat životosprávu pro celé tělo. Sokrates však zároveň upozorňuje, že tráčtí lékaři jdou dále, neboť jsou přesvědčeni, že je nemožné léčit tělo bez léčení duše. Podle nich (i podle Sokrata) všecko dobré i zlé vychází z duše, kterou je třeba co nejstarostlivěji ošetřovat. A duše se zase podle Sokrata léčí „krásnými řečmi“. Z krásných řečí totiž vzniká v naší duši tzv. „sófrosyné“, což by mělo doslovně znamenat „zdravá mysl“. Lze tedy konstatovat, že filozofii se v jejím historickém vývoji a průběhu připisoval určitý terapeutický potenciál; měla se podílet na úloze „ošetřování lidské duše“, a tím se tak nepřímo starat o celkové zdraví člověka[16].

Také Wittgenstein svojí filozofii pozdního období vnímal jako „filozofickou terapii“. Jádro této terapie viděl Wittgenstein, v duchu jakéhosi uzdravování duše, v rozuzlování metafyzických zmatků, zodpovídání otázek

---

[13] Vymětal, J.: Úvod do psychoterapie. Grada Publishing, Praha 2003, str. 11.

[14] Vymětal, J.: Úvod do psychoterapie. Grada Publishing, Praha 2003.

[15] Platón: Charmides. In: Dialógy. Tatran, Bratislava 1990.

[16] Šulavík, J.: Psychoterapia z pohľadu filozofie. Dostupná http://www.kvsbk.sav.sk/10rokov/sulavik.htm.

a odstraňování pseudootázek, pseudoproblémů, osvětlování temných míst a v zamyšlení se nad tím, jestli skutečně víme, o čem mluvíme[17].

„Filosof vyšetřuje nějakou otázku; jako nějakou nemoc, kterou má léčit."[18]

Ovšem podíváme-li se na poznámku překladatele pod textem, tak slovo *„léčit"* nemá přesný překlad v německém *„behandeln"*, jak stojí v originálním textu. *„Léčit"* by bylo správně, pokud by Wittgenstein mluvil o *„heilen"*, používá však *„behandeln"* z důvodu slovní hříčky, tento výraz totiž znamená kromě *„léčit"* a *„vyšetřovat"* také *„projednávat"* či *„jednat"*. Tuto myšlenku bychom mohli rozvinout tak, že filosofie jako terapie nemá nějakou určitou, přesně stanovenou metodu (ve smyslu léčby v medicíně), nýbrž může probíhat různými způsoby, stejně jako různými způsoby vznikají „nemoci" jazyka[19].

Na hledání forem přítomnosti filozofie uvnitř psychoterapie se zabývá také slovenský filozof Ján Šulavík hlavně ve své monografii *Metafilosofické implikácie psychoterapie*. Filozofii považuje za cestu k jakémusi poznání, které má pro člověka hluboký existenciální význam, má sílu člověka duchovně přetvořit i z hlediska jeho celkového vnímání světa, a tím vlastně i ovlivnit celý jeho následný život. Úzkou podobnost najdeme se současným vnímáním jednoho z významu a potenciálu psychoterapie s filozofií je také uvolnění emocí, katarze a nárůst životní energie. Podle Šulavíka je však k filozofii nutné „dozrát" a dokonce „přebolet".

„Filozofie by podle něho neměla byť jakýmsi útěkem před světem, ani před sebou samým."[20]

Ray Monk pak ve své knize Úděl génia popisuje vzpomínku, při které si jedna jeho posluchaček komentovala svoji zkušenost, že Wittgensteinova filozofická metoda na ní zapůsobila jako terapie a dokonce jí přinesla obrovské duševní uvolnění.[21]

„Nechceme systém pravidel pro používání našich slov neslýchaným způsobem zjemnit nebo učinit úplnějším. Neboť jasnost o kterou usilujeme je zajisté úplná. Ale to znamená pouze to, že filosofické problémy mají úplně zmizet... Neexistuje

---

[17] Gáliková, S.: Svet za zrkadlom dostupné http://dai.fmph.uniba.sk/events/kuz2009/prispevky-pdf/galikova.pdf.

[18] Wittgenstein, L.: Filosofická zkoumání, Praha 1993, str. 115 § 255.

[19] Wittgenstein, L.: Filosofická zkoumání, Praha 1993, str. 115 (pod čarou).

[20] Šulavík, J.: Metafilozofické implikácie psychoterapie. Bratislava, Album. 2001.

[21] Monk, R.: Úděl génia. Praha Hynek 1996. str. 497.

jedna metoda filosofie, ale existují zajisté různé metody, představující cosi, jako různé terapie."[22]

Podle Wittgensteina je tedy filosofie spíše terapií. Stává se jí tím, že ukazuje cestu z omylů a nenaplněných očekávání.

„Propadáme klamu, že to, co je na našem zkoumání zvláštní, hluboké, pro nás podstatné, tkví v tom, že toto zkoumání usiluje pochopit s ničím nesrovnatelnou podstatu řeči. To znamená řád, který existuje mezi pojmy věty, slova, usuzování, pravdy, zkušenosti atd. Tento řád je jakýsi nad-řád mezi – abychom tak řekli – nad-pojmy. Zatímco přece slova, „řeč", „zkušenost", „svět", pokud mají nějaké použití, musejí mít použití zrovna tak nízké jako slova „stůl", „lampa", „dveře".[23]

Z výše uvedeného lze také usoudit, že Wittgensteinův, již dříve zmíněný, krátkými poznámkami psaný styl textu, není pouze jakýmsi stylistickým rysem. Ale je pravděpodobně, že má také svůj metodický význam a důvod. Ten je založen na jakémsi terapeutickém přístupu k filosofickým otázkám, kdy na určitý problém nahlížíme z různých úhlů pohledu (což také dále uvidíme na jeho ambivalentním pohledu na Freuda a jeho psychoanalýzu), pojednáváme o něm v různých poznámkách, a tak jej můžeme vidět ve zcela novém světle.

Filozofie a psychoterapie jako systém

Abychom se mohli dále zabývat vztahem filozofie k psychoterapii a konkrétně pak Wittgensteina a jeho jazykové filosofie, musíme vzít v úvahu ještě další rovinu. Psychoterapie byla tradičně vytvářena velkými teoretickými přístupy. Navzdory velkému počtu rozličných teoretických přístupů lze však psychoterapii v podstatě redukovat do čtyř teoretických bloků. První velkou teoretickou skupinu tvoří psychodynamické přístupy. Tyto postupy vycházejí alespoň v základu z psychoanalýzy S. Freuda. Jsou však již hodně ovlivněny vývojem v rámci psychoanalýzy (např. Egopsychologie nebo Teorie objektních vztahů.), a v současnosti stále více i empirickým zkoumáním terapeutic. kých postupů vyvíjejících se v rámci původního psychodynamického modelu. Druhou velkou skupinu tvoří kognitivně-behaviorální přístupy. Tyto přístupy

[22] Wittgenstein, L.: Filosofická zkoumání. Praha: Filosofický ústav AV ČR. 1993 str. 69 § 133.

[23] Wittgenstein, L.: Filosofická zkoumání. Praha: Filosofický ústav AV ČR. 1993 str. 60 § 97.

vycházejí z teorií učení (behaviorální postupy) a vlivu poznávacích procesů na prožívání a chování (kognitivní postupy). Kognitivně-behaviorální přístupy představují kombinaci kognitivních a behaviorálních technik, ale také postupy z jiných teoretických přístupů. Humanisticko-existenciální přístupy reprezentují soubor na sobě nezávislých terapeutických postupů. Nejvýraznější z nich jsou na klienta zaměřená terapie, Gestalt terapie, na emoce zaměřená Procesově-experienciální terapie, existenciální přístupy (např. Logoterapie) či eklektičtěji chápané existenciální přístupy (např. přístup mého oblíbence I. D. Yaloma). Nejuniverzálnější se z tohoto pohledu jeví eklektické a integrativní přístupy, které představují kombinaci předchozích tří velkých teoretických proudů, a to buď ad hoc přístupem podle povahy problému pacienta nebo systematicky vytvářením transteoretických rámců.[24] Kromě těchto čtyř velkých teoretických skupin se lze setkat i s přístupy, jež je složité mezi ně zařadit. Nejvýrazněji samostatně vystupující přístupy jsou pravděpodobně postupy systemické a narativní, které kladou důraz jednak na sociální aspekt psychologických problémů a jejich léčby, jednak na důležitost používání jazyka/řeči pro psychopatologii a léčbu[25].

Všechny tyto systémy a přístupy, mají buď své ukotvení a původ v určité filosofii, nebo se naopak od určité filosofie vymezují. Rogers, Jung, Yalom, Frankl a jistě i další významní psychoterapeuti a školy pracují s filozofickým přístupem ke klientovi jako systémem. Například v oblasti existenciálních otázek, nebo hledání odpovědi na otázky *„Kdo jsem", „jaký je smysl života", „kam jdu"* a pod. R. D. Laigh, představitel existenciální fenomenologie doslova říká:

„V určitém smyslu je psychoterapie aplikovanou teologií, aplikovanou filosofií a aplikovanou vědou".[26]

Podobně se dovolím domnívat, že i dílo Pragmatika lidské komunikace a přístup významného amerického rodinného terapeuta Paula Watzlawicka byla ovlivněna filosofií, neboť sám je udáván jako významný představitel nejen známé interakční psychoterapie, ale také jako představitel konstruktivistické filosofie. Dílem Paula Watzlawicka se také významně inspirovala a etablovala tzv. komunikační psychoterapie psychologů a psychiatrů z Palo Alta. Podobně zmínky a názory najdeme i u našich autorů. Psycholog Zbyněk Vybíral

[24] Více Prochaska, J. O., Norcross, J. C.: Psychoterapeutické systémy. Praha, Grada Publishing 1999.

[25] TIMULÁK, L.: Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha, Portál, 2006.

[26] Zaig, J. K.: Umění psychoterapie. Portal 2005, str. 349.

(2000) uvádí, že Wittgenstein a jeho filosofie vlastně inspiroval téměř celou psychologii komunikace a sám se, jako filosof, k psychologii a psychoterapii rovněž často vyjadřoval. Příkladem může být psychoanalýza. Dědictví jeho filozofie ale můžeme vysledovat i v logice a matematických a kybernetických zkoumání.[27]

Wittgenstein a psychoanalýza

Největší srovnání Wittgensteinovy filosofie a psychoterapie tedy nabízí psychoanalýza. Vztah mezi psychoanalýzou a jazykem, se samozřejmě neobešel bez pozornosti významných filozofů vůbec. V souvislosti se vznikem psychoanalýzy vznikla diskuse, zda Freud při její tvorbě vycházel z filozofie či ne. Přestože filozofové mají tendenci k tzv. „filozofické interpretace", tj. dokazovat vliv filozofie při jejím vzniku, v rámci psychoterapie je upřednostňována tzv. „biografická interpretace". Freud totiž v rozporu s první verzí ve svých textech tvrdí, že psychoanalýza byla formulována vůči filozofii v opozici[28].

Wittgenstein i Freud byli současníky, oba byli významnými představiteli své disciplíny a „vědy". Tak asi není žádným překvapením, že jeden z největších filozofů jazyka, měl také co říci a říkal k průsečíku jazyka a psychoanalýzy[29].

Názory Wittgensteina na Freuda a psychoanalýzu vykazují prvky nejednoznačnosti a rozporuplnosti. Nejednoznačnost spočívá v tom, že Wittgenstein na jednu stranu práci Freuda obdivuje, ale na druhou stranu jeho teorii opakovaně odsoudil jako nevědeckou a nejasnou, jejíž závěry svedly nejednoho odborníka na scestí. Podle Wittgensteina psychoanalýza vychází z mýtů a není to věda.

V postoji Wittgensteina však nelze nalézt a spatřovat pouze kritiku Freuda. Je tu sice vidět zřejmý útok na Freudův názor, že jeho psychoanalýza je věda, na druhou stranu ale Wittgensteinova oslava Freudově vynalézavost v překročení vědeckého rámce teorie a snaze vysvětlit vědecky nevysvětlitelné.

Wittgenstein ve své argumentaci proti názoru Freuda nepopírá, že psychoterapie může ve skutečnosti tvořit jakýsi lék, ale podle něho neplyne z pochopení (jak tvrdí Freud) v obecné rovině, ale z určitého *„přesvědčování"*.

---

[27] Vybíral, Z.: Psychologie lidské komunikace. Praha, Portál 2000.

[28] Hoenisch, S.: Wittgensteinian Approach to Discourse Analysis: http://www.criticism.com/da/lw_da.html.

[29] Heaton, J. M.: Wittgenstein a psychoanalýza. Praha Triton 2005.

Psychoanalytikovo umění, pak spočívá v nalezení cesty na základě dostupných informací získaných od pacienta a prostřednictvím přenosu. Cílem je najít pro pacienta nejpřesvědčivější argument vidět své problémy v jiném světle, to znamená přesvědčit ho, aby se díval na svět a svůj vztah k němu jinak. Tuto změna perspektivy, vnímá jako vyvolanou prostřednictvím psychoanalytikových argumentů, ale nikoliv pacientovým pochopením. Jinými slovy, vlastní léčba nespočívá v porozumění problému, ale v tom, že terapeut přesvědčil pacienta, že určitý pohled je správný.

To znamená, že nástrojem je „způsob mluvení", zralá filozofická metoda, forma lingvistické analýzy, která v širokém smyslu spočívá ve využití jazykové hry a primitivní stav[30], stejně jako důraz na kontext, připojení k životu, a hodnocení konkrétních případů, ovšem aniž by byly zevšeobecňovány.

Jedna z poznámek Wittgensteina o psychoanalýze, napsaná v roce 1938, jednoznačně potvrzuje, že viděl výsledky psychoanalýzy ne jako řešení psychologických problémů, ale jen jako nástroj, jak změnit způsob (možná lépe přeloženo – úhel pohledu), jakým jsou vidět, a tím je de facto rozpouštět, skrze jejich jiné vnímání[31].

Nutno podotknout, že tento přístup a cesta je v souladu s celou řadou současných terapeutických přístupů a metod, které pomáhají klientovi změnit jeho pohled na problém. Přerámování situace, pozitivní konotace, katarze a náhled jsou jen některé s pojmů, které s touto problematikou úzce souvisejí a využívají se jako součást terapeutického procesu. Rozbor tohoto problému by však vydal na samostatnou práci. Jako přístup, můžeme pro příklad uvést alespoň existenciální psychoterapii I. D. Yaloma.[32]

Wittgenstein tedy tvrdil, že psychoanalýza je založena na mýtu, tedy není to věda – ale připustil, že má teoretické dopady. Hlavním z nich je asi to, že přestože psychoanalýzu vnímá jako mýtus, připouští, že dokáže řešit psychologické problémy.

Lze se domnívat, že právě tato „vynalézavost" řešit psychologické problémy, vedla Wittgensteina k obdivu Freuda, pro jeho genialitu, formulační

[30] Poznámka autora: Což je volný překlad angl. textu a může ve významu znamenat jak volné asociace pacienta, přenos v analytickém systému, ale možná také naopak, bazální rozbor situace a řeči ve smyslu struktury pozdní Wittgensteinovy jazykové filosofie.

[31] Hoenisch, S.: The Myth of Psychoanalysis: Wittgenstein Contra Freud: dostupné http://www.criticism.com/md/tech.html.

[32] Více: Yalom, I. D.: Existenciální psychoterapie. Portal, Praha 2006.

dovednost a způsob mluvit o něčem, co až dosud stálo mimo hranice racionálního diskursu[33]. A právě záměna a matení racionálního diskurzu s vědeckou metodou, měla vést Freuda podle Wittgensteina do pasti tím, že trval na tom, že jeho teorie je založena ve vědě, v době, kdy to bylo ověřeno pouze prostřednictvím experimentu. Psychoanalýza, tedy není vědou a nemůže vyřešit problémy, ale pouze mění způsob, jakým jsou vidět, a možná je v tomto procesu tím objasňuje.

Nejednoznačnost a rozporuplnost v útoku Wittgensteina (i to co vypadá jako jasná kritika Freuda), může být chápáno a zároveň i obsahuje určité prvky a velebení jeho vlastního odrazu vnímání světa. Wittgensteinova rozpolcenost, obdiv kombinovaný s odsouzení může být vyloženo jako napětí Wittgensteinovy loajality vůči vědě a své intuici, že je naší mytologií a výmyslem nacházet nové způsoby mluvení, které rozpouštějí problémy ležící mimo dosah vědecké analýzy.[34]

Přítomnost filozofie v psychoterapii

Z výše uvedeného jasně vyplývá, že se jak filosofie, tak i Wittgensteinovy myšlenky do psychoterapie jasně promítají. Psychoterapie využívá slovo a jazyk jako základní nástroj a vnímá ji jako možnost a existenci něčeho mnohem účinnějšího, než té komunikace, která se omezuje na to, aby probíhala podle vhodných syntaktických pravidel. Komunikace v psychoterapii využívá v pravý okamžik a na vhodném místě některých specifických prvků verbálních i neverbálních. Příkladem je například komunikační terapie, které vychází z teorie komunikace z již zmíněné školy v Palo Alto. V léčbě využívá různých skrytých manipulací a strategií, včetně různých paradoxů, nebo např. hypnotická a nehypnotická terapie Miltona Ericksona, která k navození změněného stavu vědomí a tranzu využívá truismy, konfuze, indukce a další specifické prvky komunikace. Jazyková kompetence a přístup psychoterapeuta je jak z toho i vyplývá dán v první řadě jeho výcvikem a školou která tak odráží nějakou školu, některý z uvedených teoretických přístupů a určitou filosofii

[33] Poznámka autora: Diskurz v této práci a vlastním překladu zdroje vnímáme jako určitý výklad alebo rozpravu. Neliší se však pojetí Foucaulta že jde o jistý způsob chápání a porozumění skutečnosti v určité epoše a oboru, který se charakteristickým způsobem promítá do jazyka a jeho možnosti tak podstatně ovlivňuje.

[34] Hoenisch, S.: The Myth of Psychoanalysis: Wittgenstein Contra Freud: dostupné http://www.criticism.com/md/tech.html.

(teorie psychoterapeutické školy je tak výsledkem vědomého rozpracovaní určitých filozofických koncepcí a praxe pak její tvořivou aplikací). Lze tedy říct, že se psychoterapeut vlastně hlásí (i když to není jen a pouze pod vlivem terapeutické školy směru) k určité filozofii a je si vědomý určitých svých filosofických východisek. Filozofie se tak vlastně stává ve vztahu k psychoterapii určitým přímým a zřetelným teoretickým východiskem.

Zajímavým pohledem může být i složitější rovina. Příkladem takého typu psychoterapie je psychoanalýza. Jak již bylo, zmíněno Freud ji naopak vytvořil v opozici vůči filozofickému racionalizmu i empirizmu. Psychoterapie v tomto ohledu však není žádnou výjimkou, protože podobně se proti filosofii vymezovali i jiné speciální disciplíny (např. mechanická fyzika proti Aristotelovské filozofické soustavě). To znamená, že psychoterapeut bude vždy vycházet z filozofie, která nejspíš bude výrazně ovlivněna i určitou „filosofií" terapeutické školy. Ta se však s filosofií může ztotožňovat, nebo se od této filosofie distancovat a v krajním případě dokonce zaujímat antifilosofický postoj. Příkladem může být transpersonální psychoterapie S. Groffa která vychází z postpozitivizmu a postmoderní filozofie a v praktické rovině filozofování s klientem odmítá, neboť mu chce zabezpečit ne pojem bytí, ale mystické zážitky a zkušenost bytí, po které člověk nepotřebuje filosofovat. Jungova terapie je zase příkladem principiálně protikladného přístupu. Jung svojí teorii explicitně filozoficky nezdůvodňuje i přes konstrukt modelu vrozených archetypů, které tvoří obsah kolektivní nevědomí[35]. Archetypy se dle Junga projevují obrazným a symbolickým myšlením, které je mnohoznačné a symbolické.

Ve výsledku se to pak v praktické rovině terapie může promítat do úrovně filozofického dialogu mezi terapeutem a klientem. Tento prvek může do terapie přinést různé roviny. Při utváření vztahu je vhodné, aby mezi klientem a terapeutem také existovalo určité porozumění na úrovni jejich životních postojů a filosofií. Jinými slovy lze říci, že na pozadí terapeutického rozhovoru, byť o konkrétních problémech, terapeut zároveň vždy komunikuje svoje všeobecné postoje a názory. Výsledkem pak může být i to, zda terapeut s klientem, v průběhu rozhovoru otvírá a rozvíjí témata, která se dají označit jako filozofická, anebo se jim brání. Ve vlastní praxi to pak znamená i to co odráží definice psychologa A. Šimka:

[35] Šulavík, J.: Psychoterapia z pohľadu filozofie. http://www.kvsbk.sav.sk/10rokov/sulavik.htm.

„Psychoterapie je setkání, které probíhá ve vztahu mezi pacientem a terapeutem. Nejpodstatnější je, aby to nebyla hra na něco, ale opravdový vztah, ve kterém jdou kus cesty, a ta společná chůze, vlastně společné bytí jsou důležité nejenom pro pacienta, ale i pro terapeuta. Je štěstím pro obě strany, když potká terapeut svého pacienta a pacient svého terapeuta."[36]

Přeorientovat se v terapeutické praxi na jiný způsob filosofie a filosofického dialogu je totiž velice obtížné a bývá tím vždy v určité míře narušena možnost autenticity, pravděpodobně se bude snažit rigidně dodržovat rámec postupu terapeutického pomáhajícího rozhovoru, přičemž lze předpokládat, že klient časem tuto terapeutovu „nepohodu" vycítí. Tento fakt je sice možno řešit v rámci supervize, ale tento filosofický rámec není optimální ani pro jednu stranu. Pokud ale naopak reflexe jeho soukromé filozofie odpovídá klientově, úměrně k tomu vzroste míra naladění, empatie, sebedůvěra a míra možné autenticity.

Na druhou stranu řada autorů o tzv. filozofickém rozhovoru jako účinném terapeutickém prvku najdeme např. u I. Yaloma, který při skupinové formě terapii uvádí jako jeden z jedenácti terapeutických faktorů univerzalitu Ve skupině lidí s určitým problémem a prožíváním dochází k zpochybnění a zmírnění pocitu jedinečnosti trápení jedince (pocitu osamělosti s problémem), nakolik se klienti v rámci skupinové dynamiky prožijí zážitek podobného prožívání a tzv. „posdílení" s ostatními členy skupiny.[37]

Závěr

Wittgenstein v jednom svém díle přirovnal metafyzické používání slov ve vědě a teorii k chůzi na ledu, kde chybí tření a kde není možné jít dopředu. Až každodenní praxe poskytuje významem pojmů drsnou podlahu. V souvislosti s tím lze konstatovat, že využívání jazyka v oblasti psychoterapie, dramaterapie a v pomáhajících profesích vůbec, také potřebuje svoji pevnou podlahu a ukotvení, ať již na základě psychoanalýzy, transakční analýzy, existenciálního či systemického přístupu anebo desítek jiných. Stále pak je však nutné na jazyk v praxi pohlížet jazykem běžné řeči, vnímání klientových významů a životní filosofie. Žádná teorie není ani v době postmodernismu a kosmických i digitálních technologií schopna postihnout a beze zbytku vy-

[36] Vymětal, J.: Úvod do psychoterapie. Grada Publishing, Praha 2003.

[37] Yalom, I. D.: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Hradec Králové, Konfrontace 1999.

světlit všechny jemné niance a skrytá zákoutí významů našeho jazyka. Možná je i za Wittgensteinovou jazykovou filosofií hlubší význam, který nejsme v pohledu dnešního poznání a zatím schopni dekódovat a pochopit. Šíři významu jazyka nejlépe vystihuje právě jeden z jeho výroků:

„Hranice mého jazyka jsou hranice mého světa".

Použitá literatura a zdroje

Blackburn, S.: The Oxford Dictionary of Philosophy (Oxford: Oxford University Press, 1994).

Gáliková, S.: Svet za zrkadlom dostupné http://dai.fmph.uniba.sk/events/kuz2009/prispevky-pdf/galikova.pdf.

Hoenisch, S.: The Myth of Psychoanalysis: Wittgenstein Contra Freud: dostupné 01. 2010. http://www.criticism.com/md/tech.html.

Hoenisch, S.: Wittgensteinian Approach to Discourse Analysis: http://www.criticism.com/da/lw_da.html.

Heaton, J. M.: Wittgenstein a psychoanalýza. Praha Triton 2005. http://filosofie.kvalitne.cz/wittgenstein.htm.

Matonoha, J.: Rozhledy. Česká literatura 5/2005 str.

Monk, R.: Úděl génia. Praha Hynek 1996.

Müllerová, Z.: Filozofický rozhovor ako súčasť psychoterapie, psychologického poradenstva a výcvikov pre budúcich psychoterapeutov/poradkyne. Československá psychologie, 2004, č.2.

Platón: Charmides. In: Dialógy. Tatran, Bratislava 1990.

Peregrin, J.: Obrat k jazyku: postanalytická filosofie USA. Praha: Filosofia, 1998.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C.: Psychoterapeutické systémy. Praha, Grada Publishing 1999.

Russell, B. Logika, jazyk a věda. Praha: Svoboda, 1967.

Sousedík, P.: Co je podle Wittgensteina řeč? Dostupné 01.2010: logika.flu.cas.cz/files/uploaded/UserFiles/File/sousedik/Co_je_to_rec.doc.

Sousedík, P.: Vznik filosofie a vědy z perspektivy Wittgensteinovy jazykové filosofie. Dostupné 01. 2010: kfcmtf.upol.cz/petr/sousedik-Bratislava.doc.

Sousedík, P.: Vznik filosofie a vědy z perspektivy Wittgensteinovy jazykové filosofie. Dostupné: 01. 2010: kfcmtf.upol.cz/petr/sousedik-Bratislava.doc.

Šulavík, J.: Psychoterapia z pohľadu filozofie. Dostupná 01. 2010: http://www.kvsbk.sav.sk/10rokov/sulavik.htm.

Šulavík, J.: Problém vzťahu filozofie a psychoterapie. Filosofický časopis č. 49 (2001) str. 585–601.
Šulavík, J.: Metafilozofické implikácie psychoterapie. Bratislava, Album. 2001.
Šulavík, J.: Freudovo chápanie filozofie a otázka interpretácie vzniku psychoanalýzy. Filozofia, 54, 1999, 4, Timulák, L.: Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha, Portál, 2006.
Vybíral, Z.: Psychologie lidské komunikace. Praha, Portál 2000.
Yalom, I. D.: Existenciální psychoterapie. Portal, Praha 2006.
Yalom, I. D.: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Hradec Králové, Konfrontace 1999.
Vymětal, J.: Úvod do psychoterapie. Grada Publishing, Praha 2003.
Wittgenstein, L.: Filosofická zkoumání. Praha: Filosofický ústav AV ČR. 1993.
Wittgenstein, L.: Modrá a Hnědá kniha. Praha: Filosofia. 2006.
Wittgenstein, L., Tractatus Logico – Philosophicus, Londýn 1922, český překlad Praha 1993.
Zaig, J. K.: Umění psychoterapie. Portal 2005.

ETOPEDIE

POSTAVENÍ TÝRANÉHO A ZNEUŽÍVANÉHO DÍTĚTE V DYSFUNKČNÍ RODINĚ

PaedDr. Petr Havelka

Policie České republiky, Služba kriminální policie a vyšetřování,
oddělení mládeže a mravnosti, Znojmo

Klíčová slova

Týrání, dysfunkční rodina, trestní řízení, viktimologie, viktimizace, viktimnost, CAN, CSA, CSEC.

Dítě by mělo být nejcennějším pro rodiče i pro společnost, a proto bychom k němu měli při výchově přistupovat s láskou, pochopením, shovívavostí, snažit se pochopit jeho potřeby, nálady, přání a nebrat ho, jako dospělého člověka v menším provedení. Povinností rodičů, opatrovníků a zákonných zástupců by mělo být hlavním úkolem vytvářet co nejlepší a nejvhodnější podmínky pro jeho zdravý psychický, fyzický i sociální vývoj a neodepírat mu jeho práva, svobodu a volnost projevu. Měli bychom se snažit o to, aby každé dítě mělo možnost vzrůstat v podnětném a milujícím prostředí, prostředí, které uspokojuje jeho potřeby, zájmy a touhy.

Naštěstí existují převážně rodiny, které své děti milují, ve kterých dítě prožívá šťastné dětství plné rodičovské lásky, porozumění a pocitu bezpečí. Ale smutnou skutečností vždy byly, jsou a i nadále budou rodiny, úplné i neúplné, s dětmi, jejichž prožité mládí ani z části nepřipomíná to, co si každý představí pod pojmem „šťastné dětství“. Tyto děti žijí ve stálém strachu, pocitu bezradnosti, bez pocitu lásky, náklonnosti a uznání. Strach, násilí v rodině, týrání a zneužívání je pro ně každodenní smutnou realitou.

Rodina a její základní funkce

Rodina je nejvýznamnější sociální skupinou, fungující jako primární socializační činitel. Její primární rozdělení lze charakterizovat na **orientační** a **prokreační**. Z každého formálního i neformálního svazku, který sám sebe nazývá rodinou, plynou jisté společenské a funkční povinnosti.

Jsou to především povinnosti:

- ekonomicko-zabezpečovací,
- biologicko-reprodukční,

- odpočinkově regenerační (kompenzace tělesné a duševní síly),
- profesních povinností,
- socializačně-výchovná (zahrnuje kulturu rodiny a mravní hodnoty),
- sociálně-psychologická (opěrný bod, bezpečné a chápající místo, zázemí).

V rámci svého povolání jsme konfrontování se změnami tradičních hodnot a poslání rodiny a to snad ve všech aspektech tradičné chápaných hodnot, které by měla rodina zabezpečovat. Z hlediska trestně-právního dochází ke zneužívání a týrání dětí. Některé aspekty tohoto jednání se pokusíme nastínit na některých projevech trestné činnosti páchaných dětmi a na dětech. Toto protiprávní jednání je možno, dle skutkových podstat trestných činů, rozdělit na oblasti, kde nejčastěji dochází k týrání a zneužívání dětí, pak hovoříme o syndromu CAN (Child Abuse and Neglect), neboli souhrn příznaků týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Hanušová in Lavasová, 2005).

Týrání se dělí:

- fyzické,
- psychické,
- kognitivní,
- citové,
- ekonomické,
- sociální.

Další oblastí týrání dítěte je **oblast sexuální**, kterou můžeme z praktických důvodů rozdělit na oblast, kde jsou děti sexuálně zneužívány, kdy se může sexuálního zneužívání dopustit kdokoliv např. rodiče, příbuzní, rodinní přátelé, učitelé, a pak hovoříme o syndromu **CSA (**Child Sexual Abuse) a tzv. komerční sexuální zneužívání nazvaném syndrom **CSEC**. Děti komerčně sexuálně zneužívané jsou za úplatu nabízeny k sexuálním praktikám cizím lidem. O sexuální zneužívání hovoříme i tehdy, kdy se jedná ať již o koituální nebo nekoituální zneužívání. Trestní zákoník nehodnotí trestnost podle toho, zda došlo šíření pornografie, sexuální nátlak, znásilnění, kuplířství, prostituci ohrožující mravní vývoj dětí (jedná se o nový trestný čin dle § 190 TZ), výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií. Motivací k takovému jednání jsou především finanční důvody, ale také sexuální aberace, ztráta partnera, nemožnost najít si sexuálního partnera, lidé s patologickým vývojem osobnosti**,** s agresivními povahovými rysy, lidé impulzivní, nezdrženliví, trpící neurotickými obtížemi. Dále lidé, kteří byli sami v dětství zanedbáváni a týráni a lidé s neobvyklým životním stylem (členové sekt a pod).

Dysfunkční rodina

Je charakterizována jako rodina, která neplní dostatečně své funkce v plném rozsahu nebo jen v některých oblastech. Nebývá v nich kladen důraz na tradiční hodnoty jako např. věrnost, kladný citový vztah, porozumění v názorech, shoda zájmů, zájem o zaměstnání, citovost, vzájemná komunikace, radost z dětí, vztahy rodičů a prarodičů, dodržování tradic, svátků, oslav apod. Dysfunkční rodiny nevybavují své děti kompetencemi pro samostatný život jako jsou různé návyky (hygienické, pracovní, odpovědnost, samostatnost, vzdělání), nebudují praktické strategie pro životní role, řešení různých situací, interpersonální vztahy, pro rodičovství a partnerství. Postavení dítěte v těchto rodinách lze charakterizovat jako potlačení individuality a jejich obětování dysfunkčnímu rodinnému systému. Dítě vyrůstá v nejasně definovaných pravidlech a kompetencích. Osobní intimita dítěte jde na úkor rodinné identitě. Často jsou rodinné role rigidní. Na základě těchto zkušeností si dítě buduje svůj vlastní vnitřní obraz světa. (Lavasová, 2005). Dítě se stává obětí své vlastní rodiny.

Lidmi, tedy i dětmi, kteří se v rámci trestního řízení stali oběťmi protiprávního jednání, se zabývá věda zvaná **viktimologie**. Viktimologie vědeckým způsobem zkoumá oběti trestných činů, především k jakým změnám dochází v chování a prožívání těch, kteří se stali obětí trestného činu. V rámci viktimologie jako vědecké disciplíny se pozornost odborníků zaměřuje na velké množství různých problémů, ve kterých se prolínají, psychologické, sociologické, kriminologické a jiné aspekty. **Viktimnost** pak představuje souhrn předpokladů, jež zvyšují pravděpodobnost, že se osoba stane obětí trestného činu. Každý s sebou nese určitý stupeň viktimnosti, což znamená, že každý se může stát obětí trestného činu. Dalším termínem, se kterým se v souvislosti s oběťmi trestných činů setkáváme, je **viktimizace**, čímž se myslí proces poškozování a způsobování újmy, kdy se fakticky z jedince stává oběť určitého trestného činu. Viktimizace začíná, ale zpravidla nekončí vlastním útokem na oběť.

Běžně se rozlišují tři fáze viktimizace: **primární** – újma způsobená pachatelem a vznikající jako přímý, bezprostřední následek trestného činu, **sekundární** – újma vznikající v důsledku reakcí formálních instancí sociální kontroly nebo neformálního sociálního okolí (např. reakce nejbližšího okolí na událost, projednávání věci před soudem apod.), **terciální** – vyrovnání, resp. nevyrovnání se jedince s traumatizující událostí. Pro ilustraci uvádíme kazuistiku týraného dítěte a pokus o rozbor této případové studie (Spurný, 1996).

Během své praxe, jsme se opakovaně setkali s brutalitou pachatelů. Ani po letech si však nelze zvyknout na násilí směřované vůči dětem. Rádi bychom se chtěli podělit o zkušenosti z případu, který jsme před několika lety pomáhali řešit.

Kasuistika a rozbor případové studie
Osobní anamnéza

Chlapec ve věku 6 let 3 měsíců, byla mu odložena školní docházka, předškolní zařízení nenavštěvuje. Porod v normě, bez kříšení, spontánní, nevyvolávaný. V zátěžových situacích neudrží čistotu, enuresis nocturna. Pochází z první gravidity matky, bez dalších sourozenců. Vývoj dítěte do tří roků věku celkově v normě. Od 3let života jsou patrny projevy lehké symptomatiky opožděného vývoje. Pediatr uvádí jako příčinu možné nepodnětné prostředí batolete. Uvažuje o možné kausa sociális. Od 3 let a 4 měsíců věku diagnostikována porucha řeči v zátěžových situacích, balbuties. Objevují se noční děsy, chlapec přestává prospívat, projevy emoční lability. Kauza předána k posouzení pracovníkům kojeneckého ústavu (dnes dětské centrum) pro komplexní posouzení.

Celkový stav po přijetí do dětského centra

Chlapec emočně vypjatýpři aktivitách je třeba otevřených dveří, rozsvíceného světla. Projevuje značný neklid, pokud zdravotnický personál opouští místnost. Zjištěny vyhojené popáleniny a hematomy v oblasti paží a krku, chlapec značně podvyživený. Při podání stravy odmítá některé potraviny konzumovat s odůvodněním, že je nezná. Neustále se ptá po matce, chce vědět, kdy si pro něj přijde.

Vybrané části nálezů ze zdravotních materiálů chlapce

Hlava a horní část trupu: četné hematomy v oblasti zad, známky vyhojení popálenin, zřejmě vařící tekutinou. Kolem krku zajizvené strie podobné stragulátům. Drobná zastrupená traumata na čele chlapce. Známky nedostatečně prováděné hygieny, vlasový porost zavšiven, dentice devastovaná, neodpovídá fyzickému věku. Kompletní obstrukce zvukovodu (ucpán cerumenem).

Končetiny: četné hematomy na obou horních končetinách – na pravé ruce celkem 15, na levé ruce celkem 7, všechny jsou různých velikostí, tvarů a stáří podle barevné prokreslenosti. Na zadní straně stehna, v oblasti hýždí obou

nohou jsou patrny ohraničené zhmožděniny pruhovitého vzhledu. Genitálie bez patologických změn.

Rodinná anamnéza

Matka 26 let, vyučená prodavačka bez maturity, první těhotenství. V péči psychiatrického oddělení okresní nemocnici jako invalidní důchodce pro onkologické onemocnění. Matka uvádí, že s chlapcem jsou výchovné problémy. Dále uvádí, že zhruba od 3 let věku je sama, neboť se s biologickým otcem dítěte rozvedla. Jako důvod uvádí jeho alkoholismus a následného agresivního chování vůči ní i synovi. Léčena po porodu, poprvé diagnostikováno onkologické onemocnění. Matka uvádí, že nekouří a abstinuje. Žádné rodinné problémy nespecifikuje.

Otec 30 let, pracuje v zemědělství, nedokončené učiliště. Nejvyšší dosažené vzdělání základní. Veden na úřadu práce, příležitostně zaměstnán. Asi od 3 let věku syna s rodinou nežije. Alimentační povinnost plní sporadicky. Soudně trestán za napadání bývalé manželky a syna. Opakované problémy s alkoholem. Další skutečnosti k osobě otce nebyly známy.

Vyjádření znalce v oboru traumatologie

Z vyšetření zjištěny mnohočetné podlitiny různých tvarů a různého stáří na těle dítěte, celkově pokrývají 3 % povrchu těla, především horní končetiny. Jsou patrny stopy pokračujícího zevního násilí. V místech nepravděpodobných možností náhodného vzniku traumatu zajizveniny. Tvar a lokalizace podlitin vylučuje, že by si je chlapec mohl způsobit sám, například hrou, jízdou na kole apod. Zajizveniny pocházejí z opařenin způsobených vařící tekutinou. Stranguláty, dle vyjádření chlapce vznikly tak, že ho otec přivazoval provazem za krk k noze stolu. Když Vladimír „neposlouchal“, tak na něj otec lil horkou polévku. Modřiny jsou od toho, jak ho maminka tahala do koupelny, kde byl zamykán, mnohdy na celý víkend. Dle vyjádření chlapce proto, že se bála, aby něco neprovedl, když musela odejít z domu. Někdy nechala rozsvíceno (vypínač světla byl vně koupelny), někdy zhasnuto, to podle toho, jak zlobil. Není pochyb, že se jedná o týrané dítě. Při poslední hospitalizaci konstatovány četné hematomy nejasné etiologie. Vzhledem k tomu, že chlapec nenavštěvoval kolektivní zařízení a lékařskou pomoc takřka nevyhledával, je možné, že nebylo možno detekovat dříve násilí na něm páchané.

Rozbor vybrané kazuistiky z hlediska týrání dítěte

Z hlediska druhu použitého týrání musíme konstatovat, že takto manifestní týrání je výjimečné. Je zřejmé, že zde docházelo k douhodobému týrání chlapce a to jak ze strany otce v prvních letech života chlapce, tak ze strany matky. Osoby, které dítě týrají, si obvykle dávají dobrý pozor kam dítě uhodí. Bývají to nečastě měkké části těla, tudíž nejsou navenek jasně zřetelné a běžně bývají skryty pod prádlem nebo oblečením. Otec týral chlapce zvláště trýznivým způsobem fyzicky (přivazování, opařování). Dále psychicky, kdy otec podle své nálady vymezoval pravidla, kdy chlapec „zlobí", stanovoval nepřiměřené tresty, které v představě chlapce vzbuzovaly výrazné pocity strachu. Za své jednání byl odsouzen k trestu odnětí svobody, během výkonu trestu se s ním matka dítěte rozvedla. Šetřením se nepodařilo relevantně prokázat ani vyloučit, zda se v době společného soužití s otcem dítěte matka snažila dítě před otcem chránit. V průběhu manželství otec projevoval sklony k alkoholismu a žárlivým scénám, kdy zpochybňoval své legitimní otcovství vůči dítěti. Matka po rozvodu manželství přes noc často opouštěla byt a nechávala chlapce samotného. Do protokolu uvedla, že důvodem byla snaha nalézt nového partnera a stabilizovat rodinnou situaci. U chlapce se však objevily projevy výrazného negativismu a nebezpečné destrukce předmětů ve svém okolí (např. zapalování tiskovin).Toto jednání vedlo matku k zavírání chlapce do koupelny. Výběr místnosti zdůvodnila snadným přístupem k vodě, toaletě a vlastním vyhodnocením této místnosti jako bezpečné pro dítě. Chlapec, který byl zavřený do koupelny, dostal přiděleny základní potraviny. Matka připustila, že se tam chlapci moc nechtělo, tak ho do koupelny přivedla násilím. Z výše popsaných skutečností vyplývá, že jsou patrné známky psychického, sociálního, kognitivního a ekonomického (alimentárního) týrání. Na první otcovo týrání byla reakce umístění dítěte do kojeneckého ústavu (dětského centra), proběhlo vyšetřování, obvinění a otec byl potrestán. Avšak týrání dítěte ze strany matky dále pokračovalo a zde již jsou na místě otázky, proč se toto stalo? Kde selhal systém, jak je možné, že si nikdo této skutečnosti nevšiml (sousedé, příbuzní, známí), jaká byla role orgánů sociálně právní ochrany dětí a pedagogicko psychologické poradny, která navrhla u dítěte odklad školní docházky?

Použitá literatura a zdroje

1. ADAMSOVÁ, C., FAZOVÁ, J. *Už žádná tajemství, jak chránit dítě před sexuálním napadením*. Praha: Themis, 1997. ISBN 80 85821-31-1.
2. ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie.* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-931-3.
3. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.* Praha: Grada Publishing, 1995. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.
4. ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě.* Praha: Portál, 1995. 173 s. ISBN 80-7178-034-0.
5. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník.* Praha: Portál, 2000. ISBN 807178-303-X.
6. CHMELÍK, J. *Trestná činnost mládeže a páchané na mládeži*. 2. rozšířené a upravené vydání, Praha: MV ČR, 1998.
7. LAVASOVÁ, L. a kol. *Děti a jejich problémy* Praha: Sdružení linka bezpečí 2005. ISBN 80-239-4482-7.
8. LUKEŠ, V. *Vybrané kapitoly ze sociální patologie I.* České Budějovice: Psychologické pracoviště Policie ČR, 1998.
9. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte.* Praha: Grada Publishing, 2002. 128 s. ISBN 80-247-0332-7.
10. MATĚJČEK, Z.*Výbor z díla.* Praha: UK v Praze, Karolinum, 2005. 445 s. ISBN 80-246-1056-6.
11. PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení.* Praha: G plus G, 1999. 186 s. ISBN 8086103-21-8.
12. SPURNÝ, J. *Psychologie násilí.* Praha: Eurounion, 1996. 134 s. ISBN 80-85859-30-4.
13. ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte.* Praha: Linde, 2003. ISBN 80-86131-44-0.
14. VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSVÁ, Z., SPILKOVÁ, J. *Sexuální násilí na dětech.* Praha: Portál, 1999. 118 s. ISBN 80-7178-286-6.
15. WEISS, P. a kolektiv. *Sexuální zneužívání pachatelé a oběti.* Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-795-8.

Zákonné normy

16. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon.
17. Zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád.
18. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právně ochraně dětí.
19. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině.

POCHOPÍŠ A DOKÁŽEŠ TO

PhDr. et Mgr. Roman Procházka

P-centrum Olomouc, FFUP v Olomouci, 1. LF UK v Praze

Klíčová slova

Pervitin, intervenční program,závislost, kognitivně-behavirální terapie.

1 Uvedení do problematiky

Za tímto heslovitým označením našeho příspěvku se skrývá nově se rodící metodika či intervenční program s názvem DOKÁŽU TO, který je zaměřen na jedince, kteří bojují s drogou. Tou drogou máme na mysli pervitin. Z hlediska výzkumů, které poukazují na alarmující procenta jedinců, kteří užívají drogy či jsou drogově závislí, se domníváme, že je vhodné hledat nové metody, jak účinněji pomáhat těmto jedincům. Dle studií je pervitin nejrozšířenější zneužívanou drogou v České Republice. Podle studie Genacis (In Zábranský, 2004, s. 67) je celoživotní zkušenost s amfetaminy 2,3 % zkoumané populace ve věku 18–64 let, jejich užiti v posledním roce pak 1,1 %. Dle sofistikovaných výpočtů se odhaduje kolem 22 000 problémových uživatelů pervitinu (Mravčík, Zábranský, 2002, s. 68). S ohledem na tyto data dle výsledků průzkumu žádalo o léčbu závislosti na pervitinu pouhá pětina těchto uživatelů (Zábranský, 2004). Projekt s názvem „DOKÁŽU TO?“ s registračním číslem CZ.1.04/5.1.01/12.00005 realizuje příjemce z OPLZZ podpory P-centrum v Olomouci a je zaměřen právě na tvorbu intervenčního programu ke zvládání závislosti na pervitinu. Projekt je realizován v rámci operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a je spolufinancován Evropským sociálním fondem a rozpočtem České republiky. V rámci projektu byl navázán kontakt ze společností Rugby House v Londýně konkrétně s Aidanem Grayem. Aidan Gray vytvořil k léčení závislosti na cracku a kokainu originální 12týdenní intervenční program. Tento program se nyní upravuje na specifika českého prostředí a místo cracku a kokainu se zaměřuje na problematiku pervitinu. Jednou z výhod této revize je, že v České republice zatím neexistuje jednotná metodika odborné léčby jedinců na pervitinu a v léčbě závislosti na této droze se užívají různé techniky z nejrůznějších psychoterapeutických směrů. Uvědomujeme si, že názorová heterogennost na styl a techniky terapie je

předmětem diskuse mimo tento příspěvek, přesto musíme zreflektovat dle vyjádření prof. Kratochvíla v předmluvě publikace umění psychoterapie, že na poli české psychoterapie více probleskuje tendence k integrativnímu pojetí různých psychoterapeutických přístupů (Zeig, 2005). Metodika, kterou P-centrum v Olomouci zpracovává a reviduje pro potřeby specifik závislosti na pervitinu, bazálně vychází z kognitivně-behaviorálního terapeutického směru. Kognitivně behaviorální terapie je psychoterapeutický směr, který se od svého vzniku dynamicky rozvíjí a proměňuje a vychází z kognitivní terapie a terapie behaviorální s tím, že nynější KBT klade zvýšený důraz na vnitřní kognitivní procesy, čím se výrazněji přibližuje psychodynamickým směrům (Praško, Možný, Šlepecky et al. 2007). Přínosnost této metodiky lze spatřovat především v její možnosti pracovat se závislými lidmi na pervitinu ambulantní formou a tím jim umožnit v přirozených podmínkách zvládat potíže a problémy, které se s užíváním této psychoaktivní látky vyskytují či mohou manifestovat. Metodika má dva různé přístupy respektive dvě varianty práce. První z nich je krátký intervenční program pro jedince, kteří nechtějí přestat užívat pervitin, zatímco druhá část metodiky zahrnuje sled 12 sezení, které se zaměřují na intervenci celkovou u jedinců, kteří se rozhodli ukončit užívání pervitinu. Metodika sestává z přesného popisu a zaměření jednotlivých sezení, které si nyní blíže přiblížíme. Obecné informace pro terapeuty, kteří pracují s klienty závislými na pervitinu, jsou následující:

V každé části týkající toho, jak strukturovat sezení, budou poskytnuty dodatečné informace o používání pracovních a informačních listů pro klienty a také bližší informace pro terapeuta, z důvodu zlepšení jeho znalostí v daném oboru a tím jednodušší zodpovězení klientových otázek. Tyto informace nejsou pro terapeuty naprosto závazné při způsobu realizace sezení. Je důležité, aby byl umožněn rozvoj osobitých přístupů, a vztah mezi terapeutem a klientem byl tak pozitivní a produktivní. Avšak nejdůležitějším prvkem je přesnost předané informace a to tak, aby při každém sezení bylo rozvinuto pochopení dané oblasti a bylo vytvořeno zázemí pro sezení následující. Ze strany klienta se pro účast v tomto programu intervence předpokládá jistá úroveň psaného projevu. Samozřejmě tento předpoklad automaticky nevylučí klienty, jež mají problémy s gramotností v účasti na programu. Tito klienti mohou vyplňovat formuláře spolu s pracovníkem, protože nejdůležitější je, aby klient informace pochopil a budoval své poznání sám.

1.1 Vztah sezení a individuálního léčebného plánu:

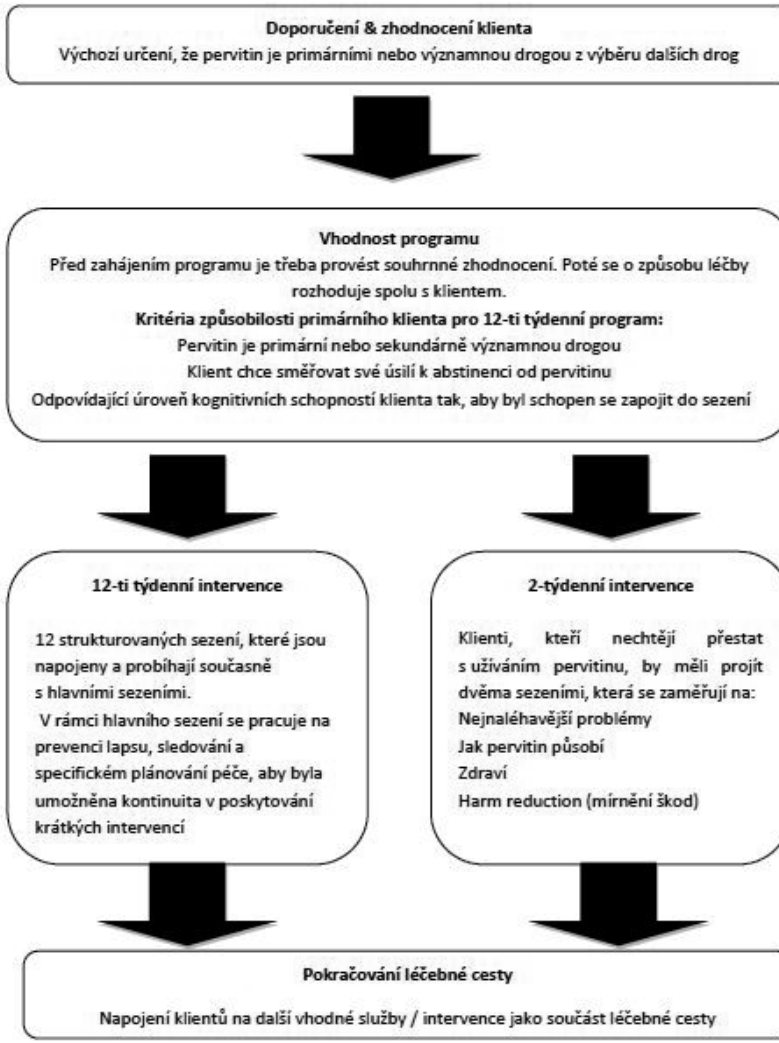
Sezení by měla být realizována v průběhu 12 týdnů (nebo 2 týdnů v případě nízkoprahových sezení). Je velice důležité, aby byla vedena souběžně se sezeními individuálního léčebného plánu (hlavními sezeními) a umožnila tím, aby byl:

- Obsah programu realizován s minimálním přerušením.
- Plán specifické péče zaměřen a integrován do všeobecného plánu klienta.
- Postup klienta týdně sledován.
- Laps a relaps diskutován mimo 12týdenní program tak, aby byla struktura sezení zachována.

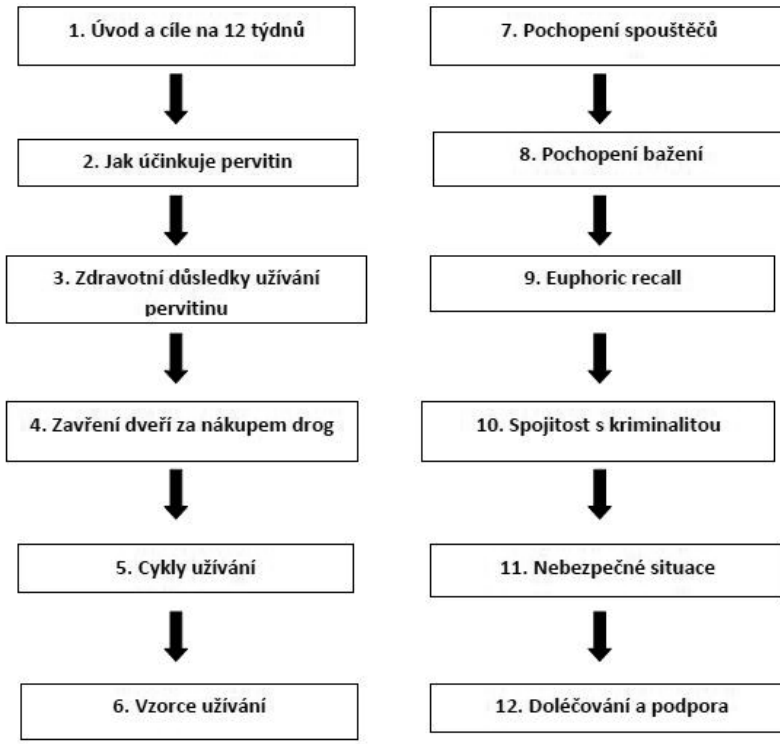
Metodika samotná mimo specifické účinné faktory kognitivně-behaviorálního přístupu se snaží naplnit obecné účinné faktory terapie, které jsou dle Vymětala (2004, s. 115): „terapeutem navozené děje, které vyvolávají změny v prožívání, jednání, tělesných funkcích anebo sociálních vztazích u pacienta, přičemž tyto změny jsou v přímé souvislosti s činností terapeuta". Podle Kratochvíla (2006, s. 108) mezi společné faktory různých směrů patří: vztah mezi pacientem (klientem) a terapeutem, výklad poruchy, emoční uvolnění, konfrontace s vlastními problémy, posílení žádoucího chování.

1.2 Programový diagram

Zde si poukážeme na postupový diagram, který nám podá vysvětlení, jak klienti mohou projít programem Dokážu to, jako součástí své léčebné cesty.

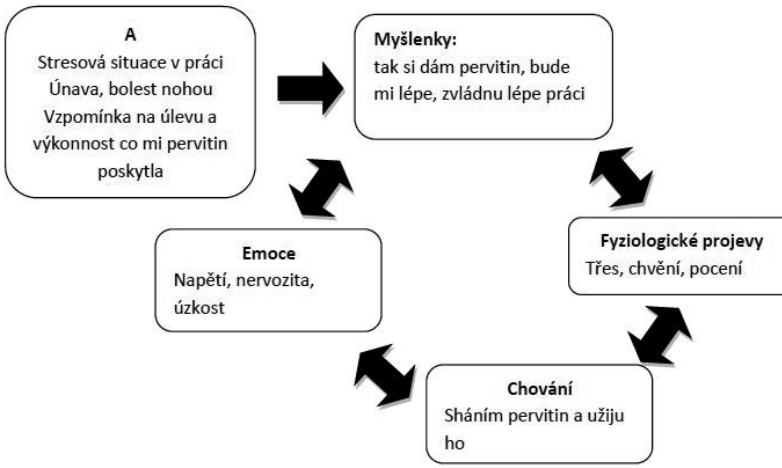

Doporučení & zhodnocení klienta
Výchozí určení, že pervitin je primárními nebo významnou drogou z výběru dalších drog
Vhodnost programu
Před zahájením programu je třeba provést souhrnné zhodnocení. Poté se o způsobu léčby rozhoduje spolu s klientem.
Kritéria způsobilosti primárního klienta pro 12-ti týdenní program:
Pervitin je primární nebo sekundárně významnou drogou
Klient chce směřovat své úsilí k abstinenci od pervitinu
Odpovídající úroveň kognitivních schopností klienta tak, aby byl schopen se zapojit do sezení
12-ti týdenní intervence
12 strukturovaných sezení, které jsou napojeny a probíhají současně s hlavními sezeními.
V rámci hlavního sezení se pracuje na prevenci lapsu, sledování a specifickém plánování péče, aby byla umožněna kontinuita v poskytování krátkých intervencí
2-týdenní intervence
Klienti, kteří nechtějí přestat s užíváním pervitinu, by měli projít dvěma sezeními, která se zaměřují na:
Nejnaléhavější problémy
Jak pervitin působí
Zdraví
Harm reduction (mírnění škod)
Pokračování léčebné cesty
Napojení klientů na další vhodné služby / intervence jako součást léčebné cesty

Jednoduchou strukturu jednotlivých sezení a jejich obsah si znázorníme takto:



Předtím, než se zaměříme na popis jednotlivých sezení, si vysvětlíme základní principy kognitivně behaviorální terapie z hlediska funkční analýzy ABC a bludného kruhu. Funkční analýzou se zaměřujeme na otázku, proč problémové chování nevyhasíná. A považujeme za antencendent čili, co předchází problémovému chování, můžeme jej považovat za spouštěč, který může být různý tj. situace, myšlenka, vzpomínka apod. B je soubor myšlení, přesvědčení, emocí, chování a fyziologických projevů a aktivuje se jako reakce na spouštěč A. C (konskvence) je pak definován jako důsledek. Zde si velmi jednoduše znázorníme, jak bludný kruh vypadá s tím, že podrobnější informace o modifikujících či precipitujících faktorech a dalších vztažných

informacích v oblasti kognitivně behaviorální analýzy si čtenář vyhledá sám v příslušné literatuře. Graficky lze zjednodušeně znázornit bludný kruh v pohledu KBT například takto:



Obr: Zjednodušený model bludného kruhu užívání pervitinu

V tomto duchu je negativním posílením užití pervitinu tj. důsledkem bude stimulační efekt pervitinu na výkon a psychický stav jedince. Je možné, že pokud pervitin pozitivně zapůsobí na stav jedince tak, že utlumí únavu, bolest nohou a umožní mu zvládnout stresovou situaci, tak se tento duh chování bude opakovat v těchto situacích z větší pravděpodobností. Tímto jsme vlastně zjednodušeně demonstrovali zákon účinku. Tento zákon zní, že takové chování, které vede uspokojení v dané situaci, se v ní bude s větší pravděpodobností vyskytovat, než chování, které k uspokojení nevede (Smékalová, Procházka, 2007, s. 66). Dalšími důsledky mohou být také, že zaměstnavatel zjistí užití pervitinu a dá jedinci výpověď apod.

Nyní se zaměříme velmi stručně na jednotlivé sezení a důvody proč jsou vztažná témata v nich obsažená důležitá pro intervenci.

2 Úvodní sezení

Toto úvodní sezení by mělo následovat po komplexním vyhodnocení užívání drogy, kde byl klient vybrán jako vhodný kandidát (viz kritéria progra-

mu) pro intervenční program. Jedním z nejdůležitějších faktorů při práci se závislým člověkem je vztah, který se vytvoří mezi terapeutem a klientem. U krátké intervenční práce je nesmírně důležité, aby se tento vztah vytvořil co nejdříve, aby podnítil plné zapojení do programu a pravidelnou docházku.

V tomto sezení terapeut se závislým jedincem zaměří na následující body, které s klientem probere.

- Na co bude každé sezení zaměřeno.
- Cíle každého sezení.
- Důležitost docházky na každé sezení vzhledem k tomu, že na učební látce bude dále stavěno při následujících sezeních.

Terapeuti by se měli ubezpečit, že klienti mají možnost se zeptat, aby jim bylo jasné, co se bude odehrávat a jakým způsobem budou sezení fungovat. Dále se zaměříme společně s klientem na určení nejzávažnějších problémů a stanovení jejich závažnosti a míru neodkladnosti jejich řešení. Po formulaci problému si klient stanovuje cíle, které bude chtít dosáhnout. Terapeut s klientem pracuje na tom, aby cíle byly měřitelné, dosažitelné, reálné a jasně časově omezené (Kalina, 2008, s. 122). Důležitým cílem je vytvořit s klientem důvěryhodný vztah.

2.1 Jak pervitin působí

V tomto sezení probíráme s klientem jeho znalosti o fungování pervitinu v mozku a na tělesné projevy. Případně popíšeme klientovi, jak pervitin v mozku působí, na které neurotransmitery, vysvětlíme systém odměny v mozku apod. Důležité v tomto sezení je kreativně vysvětlit klientovi, co se vlastně děje po požití pervitinu tak, aby pochopil co s ním pervitin a vztažně problematika jeho užívání po psychické stránce dělá jak v krátkodobém, tak dlouhodobém užívání. Na pervitinu se nevyskytuje tělesná závislost, ale závislost psychická. Klientovi se vysvětlí, že pervitin způsobuje masivní vylití neurotransmiteru dopaminu do synaptické štěrbiny, čímž dochází k neustále stimulaci receptorů na druhém neuronu, dále také pervitinu blokuje na druhém neuronu monoaminooxidázu, která metabolizuje právě neurotransmiter dopamin (WHO, 2004). S klientem se proberou otázky fungování pervitinu v mozku pomocí sekvenčního videa či kreslených názorných modelů např. pomocí létacího balónu s příznačným názvem jde o to, jak lítáš!

2.2 Zdravotní důsledky užívání pervitinu

V tomto sezení jsou s klientem probírána témata zdravotních důsledků vztažných k užívání pervitinu. Mezi probíraná témata patří krví přenosné choroby, rizika spojená se způsobem aplikace pervitinu apod. V tomto sezení se také společně s klientem zaměřujeme na problematiku aktuálních zdravotních potíží a problémů a vedeme jej k řešení jeho zdravotního stavu. Důležité informace, které klient získává, se týkají lokálních komplikací (vpichů) spojených s aplikací drog. Dále jsou předmětem výkladu otázky vlivu pervitinu na kardiovaskulární systém, vliv na mozkové cévy vztažně k cerebrálním iktům a epileptickým paroxysmům, vlivu na respirační systém, imunitní systém a v neposlední řadě vliv pervitinu na graviditu. Další blok, který s klientem společně procházíme, objasňuje vztah užívání pervitinu k symptomatice duševních poruch. Společně s předchozím sezením, které se zaměřovalo převážně na vliv pervitinu na mozek, se tímto sezením dokresluje komplexní představa klienta o fungování pervitinu v těle a možných rizikových následcích, které jeho užívání přináší. Těmito sezeními naplňujeme důležitý společný faktor všem psychoterapiím. Tímto faktorem máme na mysli výklad poruchy či onemocnění.

2.3 Zavření dveří za nákupem drog

Toto sezení se zaměřuje na poznání, jaké má klient možnosti ke koupi pervitinu a tyto možnosti s klientem probrat a společně pracovat na postupech, jak tyto možnosti postupně uzavřít. Z hlediska lokalizace možností klienta sehnat či nakoupit drogy se zaměřujeme na informace, pomocí nichž si klient pervitin obstarává. Tématy se stávají telefonní kontakty na dealery, známosti, které klient má mezi uživateli, skupina lidí kolem vařiče (slangový výraz pro výrobce pervitinu) a v neposlední řadě místa, kde se dá droga sehnat. Pomocí těchto témat a pracovních listů, které využíváme, hlouběji analyzujeme, co klientovi otvírá dveře k nákupu drog. Po analýze těchto situací s klientem pracujeme, jak tyto otevřené dveře zavřít respektive s ním vypracováváme postup, jak se těmto situacím vyhnout. Zde jen připomeneme, že vedeme zpočátku klienta k vyhýbavému chování tj. k vyhýbání se situacím, ve kterých hrozí riziko lapsu či relapsu. V tomto sezení je také velmi důležité s klientem citlivě probírat tyto témata a vést jej k samostatnému rozhodování a nápadům, jak dveře uzavřít. Tato samostatnost dává klientovi větší pocit kontroly nad postupnou ztrátou zažitých vzorců, které určitý čas vykonával a tím se zvyšuje riziko jeho zaleknutí, že ztrácí vybudovanou oporu, byť ve smyslu negativním.

2.4 Cykly užívání

Toto sezení se již zaměřuje na to, aby klient pochopil jednotlivé cykly, které jsou s užívání pervitinu spojeny. Právě cykly, které se opakují nám poskytují možnost odkrytí částí funkčního bludného kruhu, který posiluje nežádoucí chování. Klienta vedeme k rozpoznání jednotlivých cyklů a společně s ním pracujeme na strategiích, které povedou k jejich opuštění tj. setrvání mimo ně. Cykly užívání, na které se zaměřujeme, jsou následující:

Užití drogy – dojezd – zotavení – bažení

Každý z těchto cyklů se skládá z emocionální, fyziologických a kognitivních procesů vedoucí k nějakému projevu chování. S klientem pracuje na tom, aby lokalizoval místa, v nichž lze tento cyklus přerušit s tím, že se soustředíme na vztahy mezi těmito cykly. Zaměřujeme se na to, ve kterých fázích má klient pocit kontroly a zvládnutelnosti. Pracujeme na nebezpečných bodech cyklů, jako je bažení, které může vést k nutkavému pocitu vzít drogu či přímo k jejímu užití. V tomto bodě procvičujeme dýchací techniku na zvládnutí bažení a snažíme se, aby si ji klient řádně osvojil a v případě potřeby dovedl provádět.

2.5 Vzorce užívání

Sezení vzorce užívání navazuje na předchozí sezení s tím, že nám rozšiřuje analýzu, kterou s klientem vytváříme a zpřítomňujeme. Vzorce užívání jsou individuální a specifické každému jedinci. Analýza těchto vzorců umožní klientovi pochopit v jakých souvislostech je utvořen jejich individuální vzorec užívání. Pochopením jednotlivých součástí vzorce užívání má posílit a zahájit proces vytváření plánu činností sloužící ke skončení s užívání pervitinu a abstinenci. Důležitým tématem tohoto sezení je zaměření se na bazální elementy, které souvisí se vzorci užívání a které ve svých kombinacích mohou fungovat jako spouštěče, bažení vedoucí k užití pervitinu. Mezi tyto elementy vzorců užívání zahrnujeme např. fyzické pocity před užitím, emociální pocity před užitím, specifický čas užití, místa, ve kterých je droga užívána, lidé, se kterými jsou drogy užívány, způsob obstarávání drogy a způsob obstarání peněz na koupi drog. Důležitým faktorem tohoto sezení je lokalizace psychického stavu klienta před užitím drogy a vedení klienta k pochopení zmíněných souvislostí, které ve svých kombinacích udržují závislé chování.

2.6 Spouštěče

Toto sezení nám dokresluje funkční analýzu s tím, že již z předchozích sezení jsme s klientem probírali vztahy cyklů a vzorců užívání. Zpřítomněním a pojmenováním spouštěčů umožňujeme klientovi si uvědomit, že se něco děje a možnost odlišné reakce na spouštěč. V předchozích zkušenost klienta byl na spouštěč aktivován negativní funkční kruh, který vedl k užití drogy. Klient nyní již ví a chápe, jak jednotlivé cykly společně s jeho specifickými vzorci fungují a aktivují se na jeho specifické spouštěče. S klientem tedy vypracujeme hlavní přehled spouštěčů, které seřadíme dle váhy a pořadí. Samozřejmě ne všechny spouštěče se nám podaří detekovat, ale v rámci reakce i na neznámý spouštěč si klient postupně vybudovává schopnost si uvědomit jeho rizikovost v podobě postupně aktivujícího se negativního funkčního kruhu. S klientem pracujeme na tom, jak se těmto spouštěčům vyhnout či jak s nimi pracovat na úrovni kognitivní, emociální či fyziologické tak, abychom oslabili již zmíněný negativní funkční kruh. Důležitým faktorem reakce na spouštěč je např. technika dýchání na bažení či kognitivní uvědomění, že jsem ve stavu, kdy bych si dal drogu, ale podniknu takové kroky, abych se vyhnul jejímu užití. Spouštěče mohou být např. specifická místa, vzpomínka, určití lidé, stres apod.

2.7 Bažení

Sezení týkající se bažení se odráží od analýzy spouštěčů z předchozího sezení. I zde pracujeme se získanými spouštěči a případně je upřesňujeme. V rámci pojmu bažení se jedná dle MKN-10 (mezinárodní klasifikace nemocí decentní revize) o silnou touhu po droze, která se projevuje u některých odvykacích stavů. Mezi subjektivní symptomy bažení lze zařadit např. vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky či fantazie na toto téma, která může nabývat až nutkavého charakteru, či svírání na hrudi, palpitace, sucho v ústech, pocení, bolesti hlavy a dále úzkost, stísněnost, únava, zhoršená percepce, neklid, excitace, podrážděnost apod. (Nešpor, 2000). S klientem pracujeme na popisu bažení a stanovení jeho typu např. bažení během užívání, skryté bažení, neskryté bažení, falešné bažení či jejich kombinace v závislosti na spouštěčích či stavu klienta. Klienta vedeme k nácviku relaxovaného dýchání, které do jisté míry dovede bažení potlačit a v neposlední řadě, s ním probíráme a vytváříme, co vše může udělat tj. za kým jít, koho požádat o pomoc v případě, když pocítí, že bažení je silné a hrozí riziko lapsu či relapsu.

V tomto ohledu je důležité, že klient ví, jak bažení funguje a jak se u něho projevuje, což mu umožní tyto situace pojmenovávat a pracovat s nimi jinak, než jak byl navyklý.

2.8 Euphoric recall

Je termín, který lze opatrně přeložit euforické vybavení či vzpomínka na euforický stav. My se budeme v tomto textu držet prozatím anglického termínu. Euphoric recall bychom mohli zařadit do epizodické paměti, ze které si vybavujeme vzpomínky ve formě smíšených forem mentální reprezentací, které zahrnují jak jemné reminiscence na chuti, vůně, stavy, tak i důležité výroky a myšlenky, které nás napadaly. Z tohoto pohledu je potřeba zmínit, že nejtrvalejší obsahy epizodické paměti jsou osobní zážitky, které měly výrazný emociální doprovod (Plháková, 2003, s. 206). Pro uživatel pervitinu to mohou být vzpomínky na to, jak se cítil dobře, když měl v sobě dávku apod. V tomto ohledu ještě zmíníme Bowerův efekt kongruence, který hovoří o vlivu vnějšího a vnitřního kontextu na vybavování s tím, že obsah vzpomínek je závislý na náladě tj. máme-li náladu dobrou, vybavíme si spíše zážitky s pozitivním emočním nábojem, než když máme náladu špatnou (Bower, 1981). Právě práce na euphoric recall s klientem, nám umožní také odhalit jejich nebezpečí v podobě spouštěčů a následného bažení. Euphoric recall např. zahrnuje vzrušení při získání peněz, nákup drogy, užití drogy, počasí, narozeniny, páteční večery apod. S klientem pracujeme na metodách jak zvládat stavy při vybavení těchto vzpomínek pomocí práce s kognitivní složkou např. zastavení vzpomínání na tyto pozitivní a negativní myšlenek pomocí reálného připomenutí reality života s drogou nebo pomocí stop techniky tj. zastavení těchto myšlenek a rozebrání důvodu jejich spuštění či odvedením pozornosti od těchto vzpomínek.

2.9 Spojitost s trestnou činností

V tomto sezení se zaměřujeme na vztah pervitinu a případně trestné činnosti, která je k jeho užívání vztažena. Zaměřujeme se na otázky, jakým způsobem pervitin ovlivnil trestnou činnost či jak trestná činnost změnila užívání pervitinu. Lokalizujeme, zda pervitin zvýšil agresivní a násilné chování klienta, dále se také pracuje na tom, jaké měl klient pocity, myšlenky při páchání trestné činnosti. Vedeme klienta k pochopení souvztažnosti rizika trestné činnost s užíváním pervitinu a v případě trestné činnost k jejímu zastavení.

2.10 Potenciálně nebezpečné situace

V sezení s tématem potenciálně nebezpečné situace s klientem probíráme rizikové situace, které se mohou objevit v jeho životě a které by mohly vést k užití pervitinu. Díky předešlým sezením jsme společně s klientem již zpracovali důležité informace o cyklech a vzorcích užívání, spouštěčích, bažení apod., čímž jsme klientovi umožnili náhled na problematiku jednotlivých vnějších a vnitřních vlivů, které mohou být rizikové a jako takové vést k lapsu či relapsu. S klientem vypracováváme přehled potenciálních nebezpečných situací s jejich možnými řešeními. Pracujeme na bezpečných místech, kam klient může jít, komu zavolat, když bude cítit riziko užití drogy, nalézáme vhodnou činnost, kterou klient může provádět, pracujeme s odložením uspokojení o nějaký čas. Důležité je vést klienta k poznání, že nebezpečné situace jsou běžnou součástí běžného lidského života, a proto nelze všechny předvídat, a proto je důležité mít svůj osobní plán zažitý a umět jej použít.

2.11 Doléčování a podpora

V tomto závěrečném sezení s klientem probíráme okolnosti zakončení programu tj. pocity ohledně ukončení, jaké myšlenky se jim vybavují a zda se tyto pocity a myšlenky nějak nepojí s jeho znalostmi, které již má o užívání pervitinu. Dále s klientem probíráme podpůrné sítě, které má, které by chtěl získat a které potřebuje získat. Závěrem s klientem pracujeme na cílích, kterých by chtěl v následujících dvanácti měsících uskutečnit. V tomto sezení také společně s klientem zhodnotíme celý intervenční program.

Tímto stručným příspěvkem jsme představili krátký intervenční program zaměřený na léčbu závislosti na pervitinu. Výhodou toho programu je, že ponechává klienta ve svém prostředí a umožňujme mu zvládat své potíže a problémy vztažných k užívání drogy ambulantně. Uvědomujeme si, že problematika zvládání závislosti je velmi komplikovaný a dlouhodobý proces, který již vychází z toho, že závislost je recidivující chronické onemocnění mozku, ale v rámci práce se závislými spatřujeme smysl v novém postupu, který nám v dohledné době ukáže svůj přínos či nepřínos. Další přínos lze spatřovat v možnosti upravit sled sezení i na jiné psychoaktivní látky než je pervitin čímž, lze sledovat dynamičnost a pružnost tohoto programu, který je založen na kreativitě a flexibilitě dle aktuálního stavu poznání v oblasti vztažných vědních disciplín a specifických vlastností klienta. V této metodice se mimo faktory kognitivně behaviorální psychoterapie, také pracuje s faktory

salutoprotektivními a to, tak že klientovi umožňujeme, aby situace, v níž se klient nachází, pro něho byla srozumitelná, zvládnutelná a v řešení smysluplná. Z hlediska práce se závislými pomocí tohoto intervenčního programu se budeme zaměřovat právě na posilování salutoprotektivních faktorů a pomocí práce se specifickým životem klienta s drogou jej vést k tomu, aby pochopil a dokázal přestat.

Souhrn

Článek informuje, o novém projektu Dokážu to, který přináší krátký intervenční program pro léčbu závislosti na pervitinu. Tento intervenční program je založen na principech kognitivně-behaviorální terapie. Během tohoto programu klient projde 12 strukturovaných sezení. Tyto sezení jsou koncipované tak, aby klient pochopil fungování pervitinu v lidském těle. Důležitým faktorem této metodiky je pochopení souvislostí mezi myšlením, emocemi, chováním a fyziologií těla k užívání pervitinu a uvědomil si spouštěče a důsledky užívání.

Summary

This Article discusses about a new project can I do it, which have contains a short intervention program for treatment for methamphethamine addiction. The intervention program had been based on the principles of cognitive-behavioral therapy. During this program the client goes through 12 structured sessions. These sessions are designed so that the client will understand of the functioning methamphetamine in the human body. An important factor in this methodology is understand to connections between thinking, emotion, behavior and physiology of the body to use methamphethamine and realized triggers and consequences of use.

Použitá literatura

Zeig, K. J. (2005). Umění psychoterapie. Praha: Portál.

Vymětal, J. (2004). Obecná psychoterapie. Praha: Grada.

Zábranský, T. (2004). Drogová epidemiologie. Olomouc: UP.

Mravčik, V. & Zabransky, T. (2002) Prevalenčni odhad problemovych uživatelů drog v ČR – syntéza dostupných dat. Adiktologie Suplementum (Vybrané substudie analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR. 1 (1): 22–43).

Smékalová, E., Procházka, R. (2007). Vybrané otázky pedagogické psychologie. Olomouc: UP.
Kalina, K. et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada.
Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. WHO, 2004, Switzerland.
Kratochvíl, S. (2006). Základy psychoterapie. Praha: Portál.
Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M., et al. (2007). Kognitivně behaviorální terpaie psychických poruch. Praha: Triton.
Nešpor, K. (2000). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.
Bower, G. H. (1981). Mood and memory. American Psychologist, 36, pp. 129–148

RODINNÁ TERAPIE V KONTEXTU LÉČBY ZÁVISLOSTÍ

M. Růžička

Anotace

Cílem příspěvku je přiblížit problematiku léčby osob se závislostí v kontextu rodiny závislého klienta. Závislost je nemocí celé rodiny a právě rodinná terapie sehrává v léčbě důležitou úlohu. Příspěvek se bude zabývat jak aplikací vztahové terapie, kdy se jeden z párů léčí se závislosti, tak terapií u rodičů závislých dětí.

I Systém léčby závislostí v ČR

Uživatelé návykových látek se v prostředí České republiky mohou léčit několika způsoby. Práci se závislými jako takovou můžeme rozdělit na:

- Detoxifikační.
- Ambulantní.
- Pobytovou ústavní.
- Pobytovou léčbu v komunitě.
- Specializované oddělení ve věznici.
- Doléčování.

U **detoxifikace**, se jedná o léčebný postup, kdy se organismus závislého člověka pod lékařským dohledem zbavuje účinků drogy. Trvá 1–8 týdnů a na ni by měla navazovat další léčba. Detoxifikační jednotky jsou součástí zařízení k léčbě závislostí, samostatné jednotky v nemocnicích nebo součást zařízení poskytujících ambulantní služby (Kalina, 2003).

Ambulantní léčbu zajišťují ordinace AT (AT = alkohol a jiné toxikomanie) a nízkoprahová centra (K-centra, Denní centra, Doléčovací centra). Přístup ke službám ambulantních pracovišť mají nejen závislí, ale i experimentátoři, konzumenti, víkendoví uživatelé bez závislosti a problémoví uživatelé.

Ústavní léčba nabízí bezpečnější ochranné prostředí, kde má nižší dostupnost návykových látek, nedostává se tak často do situací, které v běžném životě fungují jako spouštěč, je zde k dispozici odborná péče a organizovaný program. Léčebné programy využívají především různých forem psychoterapie, pracovní a sociální rehabilitace, popř. v omezené míře i podpůrné farmakoterapie. Délka léčby je zpravidla 3 měsíce.

Terapeutická komunita je zvláštní formou intenzívní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí

a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování. Terapie v TK se zaměřuje na vývoj osobnosti, na emoce, chování, duchovní rozměr osobnosti, na etiku a společné hodnoty a na dovednosti přežít a být profesně zajištěn (Kalina, 2003).

Specializované oddělení ve věznici je určeno osobám ve výkonu trestu, kteří jsou motivováni ke změně. Předpokladem pro zařazení do oddělení je drogová minulost klienta a jeho potenciál pracovat na změně svého myšlení.

Doléčování je vhodné pro osoby, které prošli některou z forem pobytové léčby závislosti. Doléčováním i následnou péčí se zvyšuje úspěšnost léčby. Je prokázáno, že čím je delší kontakt klienta s psychosociálně orientovanou službou, tím trvalejší změny klient dosáhne (Kalina, 2003).

II Rodinná terapie

Rodinnou terapii můžeme definovat jako oblast psychoterapie, která se zabývá rodinnými problémy a snaží se narušení systému rodiny napravit nebo změnit. Systém práce v rodinné terapii vychází nejčastěji ze systemického přístupu, kdy pracujeme s rodinou jako z celkem, tedy pokud možno se všemi jejími členy. V takovém přístupu chápeme rodinu jako uzavřený systém, kdy při narušení jeho vnitřní rovnováhy vzniká problém, který je rodina schopna rozpoznat a následně na něm pracovat (Gjuričová, Kubička, 2003).

Rodinná terapie v oblasti závislostí zahrnuje zejména práci s partnerskými dvojicemi a práci s rodiči a dětmi.

III Aplikace rodinné terapie v rámci práce se závislými
Práce s partnerskými dvojicemi

Tuto práci můžeme sledovat ve dvou rovinách:

1. *Jeden z partnerů je ohrožen závislostí.*
2. *Oba partneři jsou ohrožení rizikem závislosti.*

Jeden z partnerů je ohrožen závislostí

Pakliže je v riziku závislosti jeden z partnerů je důležitým předpokladem pro úspěšnou terapeutickou práci, ochota druhého člena páru na vztahu dál

pracovat a řešit problémy, které užívání návykové látky nebo patologické hráčství přináší. V párové terapii je vhodná účast dvou terapeutů, ještě vhodnější se jeví, když se jedná o muže a ženu. Tato terapie může probíhat v rámci ambulantní práce nebo v doléčovacím programu (viz příloha č. 1). Výjimečně se s touto terapií setkáváme v pobytové léčbě.

Základními principy párové terapie, kdy je jeden z páru závislý můžeme definovat následně:

1. *Srozumitelný kontrakt.* V případě párové terapie se po úvodním sezení pracuje na společném kontraktu. Terapeutický kontrakt definuje cíle společného setkávání, které vychází ze zakázky páru. V kontraktu jsou podrobně rozepsány dílčí cíle, pomocí kterých dojde naplnění cíle hlavního. Součástí kontraktu je řešení krizových situací, které mohou v budoucnu nastat.
2. *Čistota prostředí v domácnosti*. To v praxi znamená, že ve společném bytě není dostupná návyková látka, ani nic, co by mohlo u klienta fungovat jako spouštěč případného lapsu. Toto se může ukázat jako problém. (Příklad: žena se rozhodla přestat pít, ale její partner má plný sklep archivní slivovice, které se nechce vzdát).
3. *Naprostá důvěra*. Aby vztah mohl fungovat, musí být postaven na důvěře. V případě, že jeden z páru je ohrožen závislostí je aspekt vzájemné důvěry narušen. V momentě, kdy jeden z partnerů a aktivně užívá návykovou látku nebo hraje hazardní hru, tak svému oklopí lže a manipuluje s ostatním členy rodiny a především s partnerem. V případě motivace k abstinenci klademe v terapii důraz na upřímnost a to zejména v případě lapsu.
4. *Krizový plán*. Tento plán se zabývá situací, kdy dojde k lapsu. Je důležité, aby byli oba srozuměni s tím, co se bude dít, pokud se prokáže, že jeden z partnerů opět užívá. Krizový plán vychází z terapeutického kontraktu.

Oba partneři jsou ohroženi rizikem závislosti

V případě ohrožení obou partnerů je riziko lapsu větší než v předchozím případě. Tato terapie může probíhat na poli ambulantní nebo doléčovací práce. V pobytové léčbě se s ní zpravidla nesetkáme, protože vztahy v Psychiatrických léčebnách a komunitách nejsou povoleny. Obecně se dá říci, že pro tuto práci platí podobné principy jako v předchozím případě. Zásadním rizikem při terapeutické práci je takzvané zdvojení lapsu. Existuje totiž velká pravděpodobnost, že po uklouznutí jednoho z partnerů se nežádoucí chování projeví i u druhého.

Pro doplnění uvádíme interní průzkum terapeutického týmuv Doléčovacím programu P-Centra Olomouc, kde během let 2007–2009 bylo v programu celkem 12 párů. Z těchto párů došlo u třech k lapsu. Další dva páry úspěšně abstinují již druhý rok a založily rodinu.Dva páry úspěšně abstinují jeden rok. Zbylých 5 párů se rozpadlo u třech z nich bylo příčinou rozpadu opětovný návrat k užívání jednoho z partnerů.

Práce rodiči a dětmi

Práci s rodiči a dětmi ohroženými závislostí sledujeme nejčastěji z hlediska věku dítěte:

1. *Dítě dosáhlo hranice 18 let.*
2. *Dítě nedosáhlo hranice 18 let.*

V prvním případě je důležité po konzultaci zvážit míru závažnosti problému. Následně pak definovat další postup. Než přejdeme k terapeutickému kontraktu je vhodní zjistit, zda nezačít spolupracovat s Orgánem sociálně právní ochrany dítěte, Střediskem výchovné péče či dětským psychologem. Důležitým prvkem práce je také zjistit, zda se jedná skutečně o drogový problém nebo o poruchu chování. U starších dětí (nad 15 let) můžeme požít techniku rodinné mediace. (Viz příloha č. 1.)

V druhém případě závisí postup terapeutické práce na míře motivace klienta. Pokud dospělé dítě není ochotno pracovat na změně svého závislého chování nemá rodinná terapie smysl. Zde se pracuje pouze s rodiči ve smyslu poradenském, popřípadě krizově intervenčním.

V druhém případě pracujeme se základními principy terapie rodič–dospělé dítě:

1. *Srozumitelný kontrakt.* Po úvodním sezení pracujeme na společném kontraktu. Terapeutický kontrakt definuje cíle společného setkávání, které vychází ze zakázky. V kontraktu jsou podrobně rozepsány dílčí cíle, pomocí kterých dojde naplnění cíle hlavního.Součástí kontraktu je řešení krizových situací, které mohou v budoucnu nastat.
2. *Čistota prostředí v domácnosti*. To v praxi znamená, že ve společném bytě není dostupná návyková látka, ani nic, co by mohlo u klienta fungovat jako spouštěč případného lapsu. Tento princip aplikujeme pokud dotyční sdílí společnou domácnost.
3. *Přijmutí dítěte jako partnera vztahu.* Zde je důležité, aby klienti nekomunikovali na pozici rodič–dítě, ale na pozici dospělý-dospělý. Zde využíváme principů transakční analýzy a rodiče na tento fakt upozorňujeme.

4. *Krizový plán*. Tento plán se zabývá situací, kdy dojde k lapsu. Je důležité, aby byli oba srozuměni s tím, co se bude dít, pokud se prokáže, že mladý dospělý opět užívá. Krizový plán vychází z terapeutického kontraktu.

Příloha č. 1

Příklad z praxe jeden z partnerů je ohrožen závislostí

Do poradny přichází mladý manželský pár. Manžel (Jan) bral 2 roky pravidelně pervitin. Po celou dobu to před manželkou (Zdenou) tajil. Vlivem rodinných událostí (hospitalizace matky uživatele) se Jan přiznal své partnerce. Oba přicházejí do poradny. Zakázkou klienta je abstinence. Jeho partnerka jej chce podporovat.

Po několika konzultacích docházíme ke společnému kontraktu:

1. *Jan bude docházen na dvanáctitýdenní intervenční program pro uživatele a bývalé uživatele pervitinu.*
2. *Dále budou probíhat společné partnerské konzultace s cílem podpory a udržení vztahu a vyjasnění vztahových kompetencí (1×2 týdny).*
3. *Každých 6 týdnů proběhne evaluace terapie.*
4. *Jan souhlasí s tím, aby byl Zdenou po dobu terapie namátkově testován na přítomnost pervitinu v moči.*
5. *V případě Janova relapsu se zváží další poskytování ambulantní terapie. Popřípadě bude doporučena vhodná pobytová terapie.*

Příklad z praxe (využití rodinné mediace)

Matka sedmnáctiletého syna si přichází stěžovat do poradny, že ji její syn nerespektuje, nechodí domů včas, nedodržujte stanovené termíny, neučí se a kouří trávu. Konflikty jsou tak vážné, že kluk vykopl dveře a uhodil matku, která předtím urážela jeho přítelkyni. Matce je navrhnuto setkání za účelem mediace.

K mediaci přichází oba. Matka je připravena situaci aktivně řešit, syn se chová odtažitě se značnou nedůvěrou. Po úvodní fázi přicházíme k technikám aktivního naslouchání. Z počátku je matka ta aktivnější. Syn si postupně uvědomuje nestrannost mediátora a vypadá to, že pomalu získává důvěru a začíná víc hovořit i on. Během druhé fáze jsme svědky několika hádek a otevírání starých ran. Zde mediátor zasahuje (nesmí dovolit, aby si strany skákaly do řeči), veškerá komunikace by měla probíhat přes mediátora.

Klíčovým momentem je konec druhé fáze, kdy si syn uvědomí, že matka vůči jeho přítelkyni v podstatě nic nemá. Urážky byly spíš zástěrkou pro to, že má strach, že syn bere drogy. To syn popírá a je ochoten se i testovat. Pro syna je naopak důležité, aby ho matka brala už jako dospělého a mohl mít více volnosti. Kdyby dokázal občas uklidit byt a věnoval se škole, matka by mu dávala možnost návratu od přítelkyně až v třiadvacet hodin a o víkendech do jedné hodiny ranní. To syna evidentně těší a je ochoten výměnou za toto doma každý pátek uklidit a udržet si takové známky, aby byl připuštěn k maturitě.

O těchto věcech je sepsána dohoda. V dohodě existuje pojistka, že kdyby tento systém nefungoval jsou oba ochotni opět navštívit poradnu.

Literatura

RISKIN, L. ARNOLD, T. *Mediace aneb jak řešit konflikty*. FACIA 1996. ISBN 80-901710-6-0.

PLAMÍNEK, J. *Jak řešit konflikty.* Grada 2006. ISBN 80-247-1591.

TERMANN, S. *Umění přesvědčit a vyjednávat.* Grada 2002. ISBN 80-247-0304-1.

RŮŽIČKA, M. *Aspekty a možnosti rodinné mediace*. Akční pole sociální práce aneb sociálněpedagogické otázky současnosti.Sborník příspěvků z I. ročníku konference 2. 4. 2007 ISBN 978-80-244-1665-6.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup.* Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

PRAŠKO, J. MOŽNÝ, P. ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton (2007) ISBN 978-80-7254-865-1.

GJURIČOVÁ, Š. KUBIČKA, J. *Rodinná terapie*. Grada 2003. ISBN 80-247-0415-3.

LOGOPEDIE

PROBLEMATIKA SPECIFICKY NARUŠENÉHO VÝVOJE ŘEČI Z POHLEDU LOGOPEDŮ ZE SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÝCH CENTER

The specific language impairment from the perspective of speech therapists from special education centres

PhDr. Barbora Bočková, Ph.D.

Katedra speciální pedagogiky PdF MU, Poříčí 7, 603 00 Brno

Klíčová slova

Specificky narušený vývoj řeči, speciálně pedagogické centrum, logoped, dítě/žák se specficky narušeným vývojem řeči, logopedická intervence.

Key words

Specific language impairment, special education centre, speech therapist, child/pupil with specific language impairment, speech therapy.

Specificky narušený vývoj řeči neboli vývojová dysfázie představuje jednu z nejkomplikovanějších forem narušené komunikační schopnosti, jejíž klasifikací, etiologií i symptomatologií se zabývá celá řada odborníků z oblasti medicíny, psychologie a samozřejmě logopedie.

Otázkou specificky narušeného vývoje řeči se zabýval výzkumný tým VT9, který v rámci výzkumného záměru *Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání* (MSM0021622443) v publikaci *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností* (2008). V návaznosti na zjištěné informace byla zmíněná problematika dále analyzována a výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány v této stati.

V odborné literatuře tuzemské i zahraniční provenience se tak můžeme setkat s celou řadou pojetí i nejednotnou terminologií. Mikulajová a Rafajdusová (1993) popisují vývojovou dysfázii jako **specificky narušený vývoj řeči** v důsledku raného mozkového poškození různé etiologie, která postihují tzv. řečové zóny vyvíjejícího se mozku. V české logopedické praxi je vývojová dysfázie chápána jako specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když pod-

mínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. V české odborné literatuře jsou užívány oba pojmy – vývojová dysfázie i specificky narušený vývoj řeči

V anglosaské literatuře odborníci užívají termínu *specific language disorder* nebo *developmental language disorder,* případně *specific language impairment* (SLI). Love a Webb (2009, s. 298) charakterizují termím SLI (specifické narušení jazykových schopností) jako: *„závažnou poruchu expresivní a/nebo receptivní stránky jazyka s normálním výkonem v jiných dovednostech v neverbální inteligenci"*.

Ve frankofonní literatuře je vývojová dysfázie je definována jako specifická strukturní porucha produkce a zpracovávání mluvené řeči, které se projevují již od počátečních stádií jejího rozvoje. Řeč pak nefunguje jako „vodič" komunikace a myšlení. Tato komplikovaná forma narušené komunikační schopnosti postihuje zhruba 1 % dětí a negativně ovlivňuje jejich zařazení se do běžného života nejen v oblasti sociální, školní, ale i profesní (Pech-Georgel, 2002).

Provedené výzkumné šetření mělo charakter kvantitativního výzkumu, k jeho provedení byla využita statistická procedura. Z výzkumných technik byl zvolen nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který byl složen z 27 otázek uzavřeného a polouzavřeného charakteru, respondenti měli také možnost vybírat více vhodných odpovědí. Dotazník byl distribuován elektronickou formou prostřednictvím Asociace logopedů ve školství, respondenti jej vyplnili anonymně.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo provést analýzu metod a prostředků aplikovaných v terapii specificky narušeného vývoje řeči logopedy, kteří působí ve speciálně pedagogických centrech pro vady řeči v České republice. Dílčí cíle a jejich naplnění jsou prezentovány níže ve stati.

Analytickou jednotkou výzkumného šetření byl speciální pedagog-logoped působící ve speciálně pedagogickém centru, které poskytuje dle vyhlášky č. 72/2005 Sb. služby žákům s vadami řeči. Od počtu speciálně pedagogických center s tímto zaměřením se také odvíjí i počet respondentů – 13 dotázaných. Z tohoto důvodu lze v určitých ohledech konstatovat, že se jedná o vyčerpávající šetření v rámci České republiky.

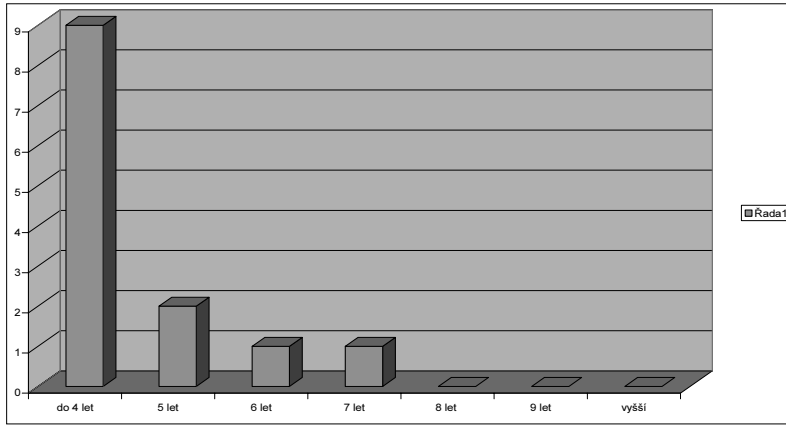
V úvodu dotazníku respondenti uváděli dosažené vzdělání – 12 dotázaných (tj. 92,3 %) mělo magisterské vzdělání, jeden z oslovených (tj. 7,7 %) prošel rigorózní zkouškou. Zjištěna byla také délka praxe respondentů. 7 dotázaných (tj. 53,8 %) v praxi působí déle než 21 let. Shodný počet, vždy dva do-

tázaní (tj. 15,4 %) mají praxi v délce 6–10 let a 16–20 let. Nejkratší praxi, do 5 let, měl jeden dotázaný a praxi v rozmezí 11–15 let rovněž jeden respondent.

Výsledky empirického šetření

Prvním z dílčích cílů výzkumného šetření bylo analyzovat problematiku terapeutického procesu. Respondenti výzkumného šetření při zodpovídání otázky zaměřené na nejobvyklejší **věk dítěte při zahájení terapeutického procesu** nečastěji volili možnost **do 4 let** věku dítěte. Takto odpovědělo, jak je patrné v grafu č. 1, **devět respondentů** (tj. 69,2 %), tedy většina výzkumného vzorku. Ostatní respondenti pak volili vyšší věkové kategorie.

Graf č. 1: Věk dětí při zahájení terapie

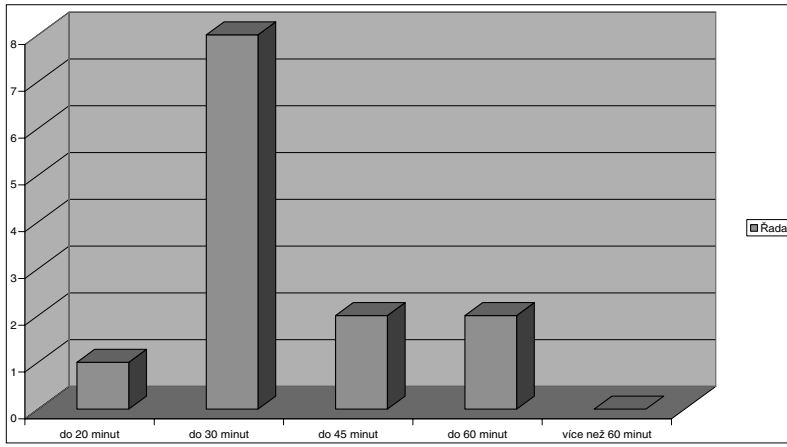


Při **ukončení logopedické intervence** je nejčastější věkovou hranicí podle šesti respondentů (tj. 46, 2 %) 10 let. Vyšší věkové kategorie – 12, 13 let označili vždy dva respondenti (tj. 15,4 %). Následující věkovou kategorii 14 let označili tři respondenti (tj. 23,1 %). Nejvyšší věkové kategorie neoznačil žádný z respondentů.

V této souvislosti pak byla analyzována a hodnocena **frekvence a časový rozsah terapeutických sezení**. Nejčastěji uváděnou frekvencí, která je v logopedické praxi indikována, je 1× týdně. Tuto frekvenci uvedlo devět respondentů (tj. 69,2 %). Jako **ideální frekvenci** navrhlo šest dotázaných (tj. 46,2 %)

možnost setkávat se na logopedických sezeních **pětkrát týdně**. Navrhovaná frekvence sezení je tak u většiny dotázaných vyšší než stávající frekvence sezení. (Zbývající respondenti volili ve čtyřech případech frekvenci 2× týdně a zbývajících 23,1 % respondentů pak uvedlo jinou frekvenci).

Graf. č. 2: Stávající časový rozsah terapeutických sezení



Nejčastějším **časovým rozsahem terapeutického sezení**, který dotázaní označili, patřilo sezení v trvání **do 30 minut**. Tuto možnost, jak je uvedeno v grafu č. 2, zvolilo osm respondentů (tj. 61,5 %). Zbývajících pět dotázaných volilo ve dvou případech (tj. 15,4 %) časový limit **do 45 minut**, shodný počet oslovených označil také další možnost, limit **do 60 minut**. Pouze jeden z respondentů (tj. 7,7 %) zvolil nejkratší časový rozsah, **do 20 minut**.

Při **hodnocení současného časového rozsahu** terapeutického sezení pak dva dotázaní (tj. 15,4 %) vnímají rozsah sezení jako „určitě dostačující". Méně pozitivně, jako „spíše dostačující", pak hodnotí délku sezení sedm respondentů (tj. 53,8 %). Zbývající čtyři oslovení (tj. 30,8 %) pak považují současný časový rozsah za „spíše nedostačující".

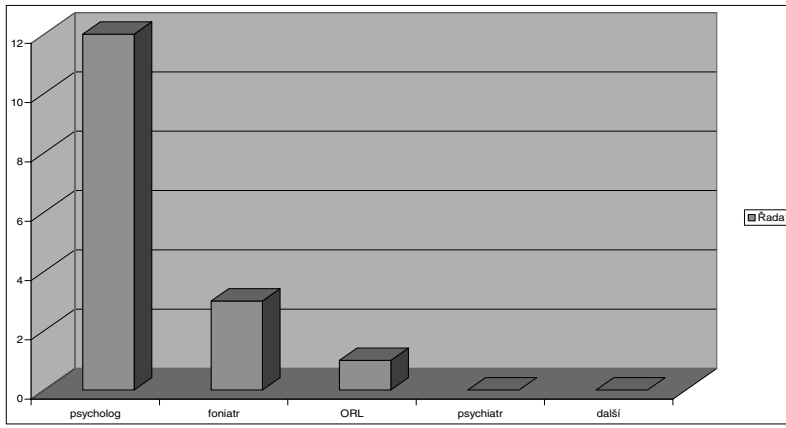
Za **ideální rozsah terapeutického sezení** považuje šest respondentů (tj. 46,2 %) **30 minut**. Delší sezení, **45 minut**, označili jako ideální tři dotázaní (tj. 23,1 %). Časové rozmezí terapeutického sezení **do 60 minut** zvolili dva dotázaní (tj. 15,4 %). Jeden oslovený, který zvolil možnost jiného časového

limitu, by při volbě časového rozsahu terapeutického sezení vycházel především z úrovně možností a schopností konkrétního dítěte.

Vzhledem ke komplikovanému klinickému obrazu specificky narušeného vývoje řeči je velice důležitá mezioborová spolupráce v oblasti diagnostiky i terapie. (Při zodpovídání těchto otázek měli respondenti možnost vybírat více odpovědí.)

Spolupráce s psychologem i foniatrem patří mezi nejvyhledávanější při **diagnostice** vývojové dysfázie. Kooperaci s oběma odborníky uvedlo dvanáct dotázaných (tj. 92,3 %), s neurologem spolupracuje deset respondentů (tj. 76,9%). Dva dotázaní (tj. 15,4 %) spolupracují také s foniatrem. Spolupráci s psychiatrem neuvedl žádný z respondentů, z dalších odborníků uvedl jeden dotázaný (tj. 7,7 %) spolupráci s pediatrem.

Graf č. 3: Spolupráce s dalšími odborníky – logopedická intervence



Spolupráci s **psychologem**, jak je uvedeno v grafu č. 3, v rámci **logopedické intervence** označilo dvanáct respondentů (tj. 92, 3 %). V rámci terapeutického procesu tři oslovení odborníci (tj. 23,1 %) **spolupracují** dále **s foniatrem**, jeden z dotázaných (tj. 7,7 %) spolupracuje **s otorhinolaryngologem**.

Dalším z dílčích cílů výzkumného šetření bylo **analyzovat prostředky a postupy aplikované v terapii specificky narušeného vývoje řeči při rozvoji jazykových rovin i dalších složek osobnosti**. Respondenti uváděli, jaké konkrétní

prostředky, včetně systémů alternativní a augmentativní komunikace, pro rozvoj daných oblastí užívají. (Při zodpovídání otázek, zaměřených na prostředky užívané v terapii vývojové dysfázie, mohli respondenti vybírat více možností.)

K rozvoji roviny **foneticko-fonologické** používá pět respondentů (tj. 38,5 %) **pomocné artikulační znaky**. Nižší zastoupení v tomto případě má **prstová abeceda**, kterou aplikují dva dotázaní (tj. 15,4 %). Sedm respondentů (tj. 53,8 %) v rámci rozvoje této jazykové roviny využívá **jiných prostředků**, mezi něž jsou řazeny například metodické, didaktické a obrazové materiály, pracovní listy vlastní výroby a také hry.

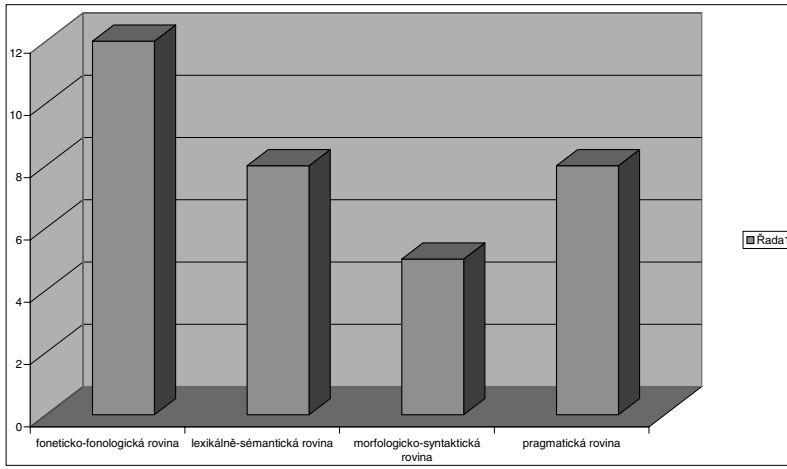
Znaky a symboly systému Makaton k rozvoji **lexikálně-sémantické** roviny využívá pouze jeden respondent, piktogramy pak aplikují dva oslovení (tj.15,4 %). Téměř všichni, dvanáct dotázaných (tj. 92,3 %) pak k rozvoji obsahové stránky řeči užívají **obrazový materiál.** Tištěný **text** jako prostředek terapie aplikuje pět dotázaných (tj. 38,5 %). **Ostatní prostředky**, mezi něž patří například **práce s počítačem**, **využívání didaktických pomůcek**, pracovních listů vlastní výroby pak užívá také pět dotázaných (tj. 38,5 %). Další systémy – **znakový jazyk** a **Znak do řeči** v praxi nevyužívá žádný z dotázaných.

Morfologicko-syntaktickou rovinu řeči rozvíjí 12 respondentů (tj. 92,3 %) prostřednictvím **obrazového materiálu**. Šest respondentů (tj. 46,2 %) využívá tištěného textu. Ze systémů alternativní a augmentativní komunikace jsou využívány **znaky a symboly systému Makaton** jedním respondentem (tj. 7,7 %), rovněž jeden dotázaný v terapii užívá **piktogramy**. Znak do řeči a znakový jazyk neužívá žádný z respondentů. **Jiné prostředky terapie**, například metodické a didaktické listy a počítačové programy, pak využívá pět dotázaných (tj. 53,8 %).

V souvislosti s aplikací výše zmíněných systémů a materiálů k rozvoji jednotlivých jazykových rovin byla analyzována také otázka, zda je **spektrum těchto prostředků v logopedické praxi dostatečně široké**.

Dvanáct respondentů (tj. 92,3 %), jak je uvedeno v grafu č. 4, hodnotí jako dostatečné množství pomůcek k rozvoji roviny **foneticko-fonologické**. Pozitivně zhodnotilo množství pomůcek pro rozvoj roviny **lexikálně-sémantické** devět respondentů (tj. 69,2 %), totožný počet dotázaných pak zhodnotil kladně spektrum pomůcek pro rozvoj roviny **pragmatické**. Stávající množství pomůcek k rozvoji roviny **morfologicko-syntaktické** považuje za dostatečné šest respondentů (tj. 46,2 %).

Graf č. 4: Hodnocení spektra pomůcek – rozvoj jazykových rovin řeči



V terapii specificky narušeného vývoje řeči je třeba se v závislosti na obtížích a možnostech každého dítěte, žáka zaměřit i na rozvoj dalších složek osobnosti. Respondenti proto hodnotili, zda je spektrum pomůcek pro stimulaci daných oblastí v naší logopedické praxi dostatečné.

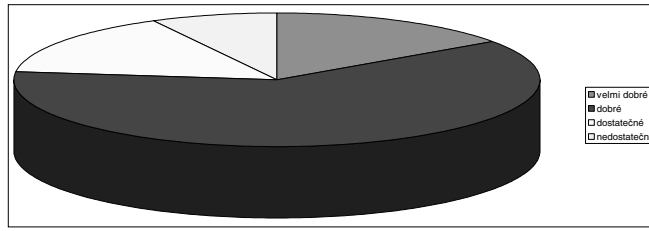
K rozvoji **grafomotoriky a zrakového vnímání** je v praxi podle všech třinácti dotázaných odborníků (tj. 100 %) pomůcek a materiálů dostatek. K hodnocení množství pomůcek, které je možné využít k rozvoji **myšlení a jemné motoriky**, se vyjádřilo kladně dvanáct respondentů (tj. 92,3 %). Dle názoru jedenácti dotázaných (tj. 84,6 %) je k dispozici dostatek pomůcek pro **rozvoj orientace v tělesném schématu**. Dostatečně široká škála pomůcek je podle deseti respondentů (tj. 76,9 %) pro **rozvoj hrubé motoriky a sluchového vnímání** a také k rozvíjení **orientace v čase a prostoru**.

V terapii specificky narušeného vývoje řeči je jako jeden z prostředků užíván také **počítač**. Jazykové a další programy v rámci logopedické intervence užívá osm respondentů (tj. 61,5 %), ostatní dotázaní, tedy pět osob (tj. 38,5 %), počítačové programy nevyužívá. Jeden z dotázaných uvedl, že počítačové programy užívá pouze k domácí přípravě dětí.

Důležitou součástí logopedické intervence je kromě kooperace s již zmíněnými odborníky také spolupráce s rodiči a učiteli dítěte, žáka se specificky

narušeným vývojem řeči, jejíž analýza a hodnocení byla jedním z dílčích cílů výzkumného šetření.

Graf č. 5: Hodnocení spolupráce s rodiči

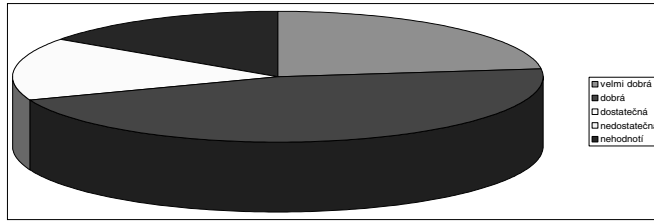


Z grafu č. 5 vyplývá, že většina respondentů – osm osob (tj. 62,5 %) **zhodnotilo spolupráci s rodiči** dětí docházejících do speciálně pedagogických center jako **dobrou**. Spolupráci s rodiči jako velmi dobrou a dostatečnou označili vždy dva respondenti (tj. 15,4 %). Nedostatečnou úroveň spolupráce označil jediný dotázaný.

Na problematiku spolupráce s rodiči v rámci terapeutického procesu byla navázána také otázka, zda by dle názoru respondentů mohly napomoci efektivnějšímu **zapojení rodičů** do procesu logopedické intervence **praktické kurzy**, jejichž prostřednictvím by se seznámili s možnostmi komunikace s dítětem se specificky narušeným vývojem řeči. Devět dotázaných (tj. 69,2 %) uvedlo, že by tyto kurzy mohly určitě napomoci, dva dotázaní (tj. 15,4 %) zvolili možnost „spíše ano“, shodný počet respondentů pak zvolil možnost „nevím“.

Možnost spolupracovat s učitelem žáka s vývojovou dysfázií mají téměř všichni dotázaní, tedy jedenáct respondentů (tj. 84,6 %). Zbývající dva respondenti (tj. 15,4 %) tuto možnost nemají.

Graf č. 6: Hodnocení spolupráce s učitelem



Tři dotázaní (tj. 23,1 %), kteří mají možnost s učitelem spolupracovat, pak tuto spolupráci, viz graf č. 6, hodnotí jako „velmi dobrou“. Na „dobré“ úrovni s učitelem spolupracuje šest respondentů (tj. 46,2 %), jako „dostatečnou“ pak spolupráci hodnotí dva dotázaní (tj. 15,4 %).

Posledním dílčím cílem výzkumného šetření bylo **hodnocení spektra kurzů, seminářů** a také dostupných **tištěných materiálů** k tématu specificky narušeného vývoje řeči, které jsou k dispozici v naší praxi. V tomto případě počet respondentů (8 dotázaných, tj. 61,5 %), kteří hodnotili spektrum příležitostí dalšího vzdělávání negativně, převýšil počet respondentů, kteří stávající možnosti hodnotili kladně.

Na základě hodnocení stávajícího spektra kurzů, seminářů a materiálů vztahujících se k problematice vývojové dysfázie respondenti uváděli, zda by **uvítali další příležitosti ke vzdělávání** v této oblasti. **Pozitivně** („určitě ano“) odpovědělo deset dotázaných (tj. 76,9 %), dva respondenti (tj. 15,4 %) pak uvedli „spíše ano“. Pouze jeden z dotázaných (tj. 7,7 %) odpověděl negativně („určitě ne“).

Závěry šetření a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že logopedická intervence při specificky narušeném vývoji řeči bývá nejčastěji zahájena do čtyř let věku dítěte a ukončena v jeho deseti letech.

Nejčastěji uváděná délka terapeutického sezení – do třiceti minut – je většinou respondentů hodnocena i jako ideální. Naopak při hodnocení stávající frekvence terapeutických sezení, kdy se ve většině případů setkává logoped s dysfatickým dítětem jedenkrát týdně, byla zhodnocena jako méně vhodná až nevhodná. Ideální frekvence terapeutických sezení, jak uvedla většina dotázaných, je pětkrát týdně. Jeden dotázaný svou odpověď doplnil o návrh vycházet při stanovování délky sezení z věku dítěte, v případě mladších dětí by bylo vhodné sezení v trvání do 45 minut, pro starší by bylo adekvátní 60 minut. K optimalizaci frekvence terapeutických sezení by mohlo přispět zařazení dítěte, žáka do logopedické třídy, kde probíhá logopedická intervence několikrát denně.

Mezioborová spolupráce hraje velice důležitou roli v diagnostickém i terapeutickém procesu specificky narušeného vývoje řeči. Dotázaní v oblasti diagnostiky a intervence nejčastěji spolupracují s psychologem a foniatrem, funguje také spolupráce s otorhinolaryngologem a pediatrem.

Z analýzy výsledků šetření vyplývá, že mezi nejčastější prostředky užívané k rozvoji jazykových rovin řeči patří obrazový materiál, dále didaktické a metodické materiály a pomůcky.

Systémy alternativní komunikace jsou ve větší míře aplikovány pouze v případě rozvoje roviny foneticko-fonologické, jedná se konkrétně o *pomocné artikulační znaky*, méně využívaná je v tomto případě *prstová abeceda*.

K rozvoji roviny lexikálně-sémantické jsou využívány pouze znaky a symboly systému *Makaton* a *piktogramy*, další z navrhovaných systémů – *Znak do řeči* a *znakový jazyk* pak k rozvoji této oblasti užívány nejsou.

Obdobná skutečnost pak vyplynula i v případě roviny morfologicko-syntaktické, kdy jsou aplikovány pouze znaky a symboly systému *Makaton* jedním z respondentů. Stejně jako v předchozím případě roviny lexikálně-sémantické *Znak do řeči* a *znakový jazyk* využívány nejsou. Na základě těchto výsledků je možné konstatovat, že systémy alternativní a augmentativní komunikace jsou ve srovnání s ostatními zmíněnými materiály a pomůckami využívány pouze okrajově. Stávající množství materiálů a pomůcek k rozvoji jednotlivých jazykových rovin, včetně roviny pragmatické, je podle většiny respondentů dostačující.

V rámci terapie specificky narušeného vývoje řeči je třeba kromě výše zmíněných jazykových rovin rozvíjet také další složky. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že pro rozvoj dílčích složek osobnosti pomůcek a materiálů dostatek.

Z počítačových programů, které respondenti uvedli, patří mezi nejužívanější program *Brepta*, *Všeználek* a *Klíček k myšlení a řeči*. Dále jsou užívány programy *Méďa*, *Boardmaker*, *Symwriter*, *PWP*, *Globální slabikář* a *Psaní*.

Dle názoru jednoho z respondentů chybí v logopedické praxi databáze dostupných pomůcek a materiálů, z nichž by bylo možné vybírat a rozšiřovat tak postupy logopedické intervence.

Spolupráce s rodiči byla ve většině případů hodnocena jako dobrá, což má jistě pozitivní vliv i na průběh logopedické intervence. K efektivnějšímu zapojení rodičů do terapeutického procesu by mohly přispět praktické kurzy, kde by se rodiče seznámili s možnostmi komunikace a rozvoje komunikační schopnosti dětí se specificky narušeným vývojem řeči. Spolupráce s učitelem dítěte, žáka s vývojovou dysfázií hraje velice důležitou roli nejen v rámci terapeutického procesu, ale také v procesu vzdělávacím. Vzhledem ke komplikované symptomatologii a častému přidružení specifických poruch učení je nutné, aby byl učitel seznámen s obtížemi a potřebami žáka a také s postupy,

které by mohly žákovi se specificky narušeným vývojem pomoci překonávat zátěž, kterou tato forma narušené komunikační schopnosti přináší. Dle názorů odborníků z praxe je spolupráce s učiteli na dobré úrovni, což je pozitivní především pro žáky, ale i pro zainteresované odborníky.

Současnou nabídku kurzů, seminářů i publikací k problematice diagnostiky i terapie vývojové dysfázie hodnotí většina respondentů jako méně dostatečnou až nedostatečnou. V této souvislosti by téměř všichni dotázaní další vzdělávací akce uvítali.

Na základě výsledků výzkumného šetření lze formulovat určitá doporučení pro speciálně pedagogickou praxi:

- **pro odborníky – logopedy**
  - rozšířit současnou nabídku kurzů a seminářů k tématu diagnostiky a terapie vývojové dysfázie;
  - s ohledem na obtíže spojené s vývojovou dysfázií by bylo vhodné zvýšit frekvenci průběžných psychologických, logopedických a dalších odborných vyšetření, aby mohl být terapeutický i vzdělávací proces připraven přesně dle postupu vývoje žáka;
- **pro rodiče dětí a žáků s vývojovou dysfázií**
  - otevřít kurzy, v nichž by se seznámili s možnostmi komunikace a rozvoje komunikační schopnosti dětí s vývojovou dysfázií;
- **pro děti a žáky s vývojovou dysfázií**
  - v rámci logopedické intervence zvýšit současnou frekvenci terapeutických sezení na setkávání se pětkrát týdně, což by bylo dle názoru odborníků z praxe ideální;
  - časový rozsah terapeutického sezení přizpůsobit individuálním možnostem a potřebám dítěte, žáka.

Seznam použité literatury

BOČKOVÁ, B. *Přístupy speciálních pedagogů k podpoře žáků se specificky narušeným vývojem řeči*. Disertační práce, Brno 2009.

KLENKOVÁ, J. et al. *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností*. Brno, Paido: 2008. ISBN 978-80-7315-168-3.

LOVE, R. J., WEBB, W. G. *Mozek a řeč*. Praha, Portál: 2009. ISBN 978-807367-464-9.

MIKULAJOVÁ M., RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia*. Bratislava: 1993. ISBN 80-900445-0-6.

PECH-GEORGEL, C. *Approches et remédiations des dysphasies et dyslexies*. Marseille, Solal: 2002. ISBN 2-914513-19-4.

INTEGRACE ŽÁKŮ S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ

Integration of pupils with communication disorders

doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta MU, Brno

Klíčová slova

Narušená komunikační schopnost, speciální vzdělávací potřeby, integrace, individuální integrace, skupinová integrace.

Key words

Communication disorders, special educational needs, integration, individual integration, group integration.

Úvod

Do základních škol v Jihomoravském kraji jsou integrovaní žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, mezi nimi i žáci s narušenou komunikační schopností. Výzkum, který je uveden ve stati, navazuje na výsledky dílčího výzkumu, který byl proveden v základních školách v Brně a Jihomoravském kraji s cílem zjistit, zda jsou a v jakém množství integrováni do běžných základních škol žáci se zdravotním postižením – s narušenou komunikační schopností (Klenková, Švojgrová, 2009). Z celkového počtu integrovaných žáků se speciálními vzdělávacími potřebami bylo ve sledované oblasti 12 % žáků s narušenou komunikační schopností. Výsledky provedeného dílčího výzkumu vytvořily východiska pro další šetření v oblasti vzdělávání sledované skupiny žáků.

Výzkumná šetření byla směrována do oblasti skupinové integrace. Cílem bylo získat informace o skupinové integraci dětí a žáků v rámci logopedických tříd při běžných školách. Parciálním cílem bylo zjistit kompetence učitelů ke vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností.

Teoretická východiska řešené problematiky

Integraci je možné vymezit jako společnou výchovu a vzdělávání dětí/žáků/studentů s postižením a bez postižení (Vítková, 2003). Citovaná autorka pojímá integraci ze speciálně pedagogického pohledu jako realizaci nut-

ných opatření pro děti a mládež v obecném pedagogickém systému, kdy děti a mládež s postižením mají být adekvátně podporováni v běžných školách a uchráněni segregace.

Vzdělávání těchto žáků již není doménou pouze speciálního školství, ale v souvislosti s integračními vlivy se stává záležitostí všech typů škol. Legislativní oporou je jednak Listina práv a svobod (Ústava České republiky, 1993, článek 33), jednak *Zákon č. 561/2004 Sb.* o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a na něj navazující *Vyhlášky č. 72/2005 Sb.* o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a *Vyhláška č. 73/2005 Sb***.** o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Poradenské služby včetně speciálně pedagogických pro potřeby rezortu školství jsou definovány jako *odborné služby dětem, rodičům a pedagogickým pracovníkům*, poskytované subjekty systému výchovného poradenství k optimálnímu zabezpečení výchovně-vzdělávacího procesu, osobnostního rozvoje dětí/žáků a k řešení obtíží v jejich školní práci, výchově a vývoji. Činnost školských poradenských zařízení, tj. speciálně pedagogických center a pedagogicko-psychologických poraden se řídí vyhláškou MŠMT ČR č. 72/ 2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

V oblasti problematiky narušené komunikační schopnosti plní funkci poradenského orgánu pro děti/žáky a jejich rodiče (zákonné zástupce) ***speciálně pedagogické centrum***, které provedlo integraci do běžné školy. Speciální pedagog-logoped uvedeného poradenského pracoviště v průběhu logopedické intervence spolupracuje dle potřeby s ostatními odborníky – pediatry, foniatry, neurology, psychology a dle individuálních potřeb s dalšími specialisty, jen tak zajistí komplexní péči dětem/žákům s narušenou komunikační schopností.

Speciálně pedagogická centra (dále SPC) jsou speciální školská zařízení, která zajišťují v rámci stanoveného regionu *metodickou pomoc pedagogům mateřských, základních a speciálních škol a školských zařízení a rodičům postižených dětí*. SPC se stala významným nástrojem, který umožňuje realizaci procesu *integrace dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do hlavního vzdělávacího proudu*. Zaměření SPC je zejména na zajištění podpory integrace dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami s tím související pomoc jejich rodinám a učitelům dětí a žáků. Předmětem působení SPC jsou především děti, které jsou v péči rodičů před zařazením do předškolních

a školských vzdělávacích institucí, děti a žáci *integrovaní* do předškolních a školských zařízení, jejich rodiče, učitelé a vychovatelé. Speciální vzdělávací potřeby integrovaných dětí a žáků jsou zajišťovány prostřednictvím dvou základních forem – *formou individuální integrace* a *formou skupinové integrace.*

V případě *individuální integrace* do mateřské či základní školy musí být pro dítě/žáka zajištěn individuální přístup a vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. *Logopedické třídy* jsou organizovány při některých běžných mateřských školách. Je-li do základní školy zapsáno více žáků s narušenou komunikační schopností, může ředitel zřídit *logopedickou třídu* při základní škole – v takovém případě se jedná o *skupinovou integraci*. Ve třídě tohoto typu při sníženém počtu dětí/ žáků vyučuje pedagog se speciálně pedagogickým vzděláním. Vzdělávání probíhá na základě školního vzdělávacího programu, v oblasti tvorby komunikační kompetence dětí/žáků pedagog rozvíjí jejich dovedností po formální a obsahové stránce, zajišťuje pro ně logopedickou intervenci.

Integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, v našem případě dětí/žáků s narušenou komunikační schopností, musí splňovat všechny *podmínky integrace*.

Integrace dětí a žáků s narušenou komunikační schopností do logopedických tříd

Situaci v oblasti integrace žáků s narušenou komunikační schopností ve městě Brně a v Jihomoravském kraji jsme se snažili zmapovat pomocí výzkumu, který proběhl v období listopad 2008 – březen 2009. Šetření bylo realizováno v rámci Výzkumného záměru (MSM0021622443) *Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání.* Jednalo se o dílčí projekt výzkumného týmu *Intervence u žáků s narušenou komunikační schopností v průběhu vytváření komunikační kompetence v rámci základního vzdělávání*.

Stanovení výzkumných cílů

Hlavním cílem realizovaného výzkumného šetření bylo analyzovat vzdělávání integrovaných dětí a žáků s narušenou komunikační schopnosti v logopedických třídách při mateřských a základních školách v Brně a v Jihomoravském kraji. Bylo formulováno několik ***parciálních cílů*** výzkumného šetření:

- Zjistit, jaké vzdělání mají učitelé logopedických tříd, zda se zapojují do dalšího vzdělávání učitelů, jakých kurzů a institucí ke vzdělávání využívají.
- Zjistit, jaké druhy narušené komunikační schopností se vyskytují u dětí a žáků vzdělávaných v logopedických třídách při běžných školách v Brně a Jihomoravském kraji.
- Zjistit, zda jsou do logopedických tříd zařazovány děti a žáci se sluchovým postižením.
- Zjistit, zda učitelé souhlasí se souběžným poskytováním logopedické intervence dítěti/žákovi v logopedické třídě a v další (školské nebo zdravotnické) logopedické instituci.

Metodologie výzkumu

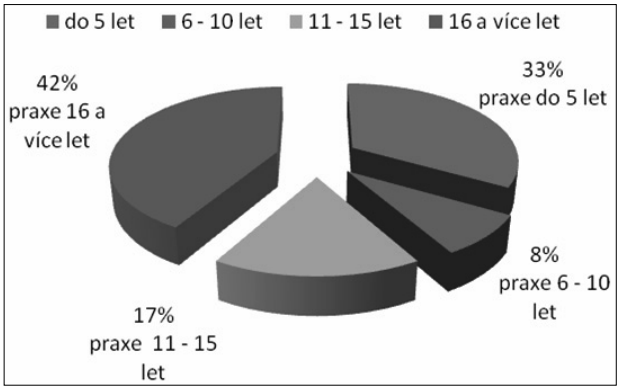
Empirický výzkum byl ***kvantitativního*** charakteru. Pro realizaci výzkumného šetření byl vytvořen dotazník, který byl původní, anonymní. Analytickou jednotkou byli učitelé logopedických tříd mateřských a základních škol v Brně a Jihomoravském kraji. Dotazníkové šetření bylo *výběrového charakteru*. Elektronicky bylo rozesláno 36 dotazníků do škol, které ve svém organizačním schématu pro rok 2008/2009 měly uvedeno zřízení logopedické třídy. Navrátila se 1/3 dotazníků, tzn. 12 dotazníků. Dotazník tvořilo 23 otázek, otevřených, uzavřených i kombinovaného typu. Jednotlivé položky byly analyzovány, graficky znázorněny a okomentovány.

Výzkumný vzorek nebyl rozsáhlý, avšak v rámci elektronického šetření je možné ho považovat za dostatečný. K takovému závěru autorka dospěla vzhledem ke skutečnosti, že v České republice jsou organizovány logopedické třídy při běžných školách pouze v omezeném množství. Výzkumem získané informace budou dále ověřovány.

Interpretace výsledků výzkumného šetření

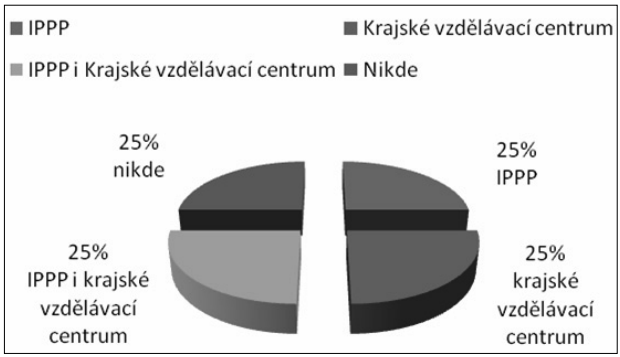
Dotazníkového šetření se zúčastnili pedagogové, kteří mají magisterské vzdělání (92 %), pouze jeden pedagog uvedl vzdělání bakalářské. Graf č. 1 ukazuje délku pedagogické praxe respondentů. 5 učitelů (tj. 42 %) zařadilo svoji pedagogickou praxi do kategorie *16 a více let praxe*. Druhou nejpočetnější skupinu (33 %) tvořili naopak učitelé zařazení do kategorie nejkratší pedagogické praxe – *praxe do5 let.* Zbývajících 25 % respondentů uvádí délku své pedagogické praxe v rozmezí 6 až 15 let.

Graf č. 1: Pedagogická praxe učitelů



Respondenti v dotaznících hodnotili možnost dalšího vzdělávání učitelů. 25 % dotázaných odpovědělo, že se dále vzdělává v kurzech, které organizuje Institut pedagogicko-psychologického poradenství (IPPP), 25 % využívá nabídky Krajského vzdělávacího centra. Vzdělávání v obou institucích současně, tzn. v kurzech IPPP i Krajského vzdělávacího centra, využívá rovněž 25 % sledovaného vzorku. Zbývajících 25 % pedagogů uvedlo, že se neúčastní žádného dalšího vzdělávání, žádný respondent neuvádí rozšiřující studium na pedagogických fakultách.

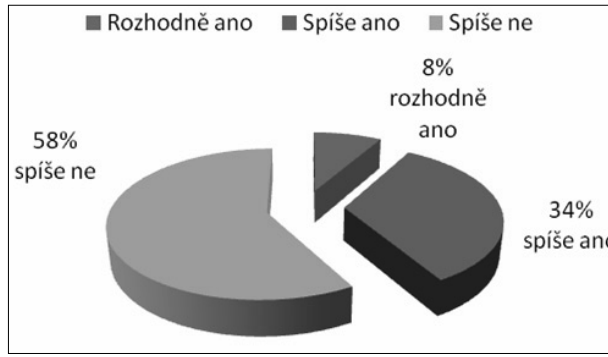
Graf č. 2: Instituce dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků



Školští logopedi mají možnost dalšího vzdělávání v rámci odborných seminářů, které organizuje Asociace logopedů ve školství, o.s. Zmíněná asociace vznikla v roce 2006, členství v ní potvrdilo pouze 25 % dotázaných pedagogů. Většina speciálních pedagogů (75 %), zajišťujících logopedickou intervenci ve sledovaných logopedických třídách v Brně a Jihomoravském kraji, není dosud členem uvedené asociace.

Graf č. 3 ukazuje, jak pedagogové hodnotí systém dalšího vzdělávání učitelů. Za *rozhodně přínosné* je považuje pouze 1 respondent, jako *spíše přínosné* hodnotí 4 respondenti, *spíše nepřínosné* hodnotila další vzdělávání větší část dotázaných – 7 pedagogů.

Graf č. 3: Hodnocení systému dalšího vzdělávání učitelů



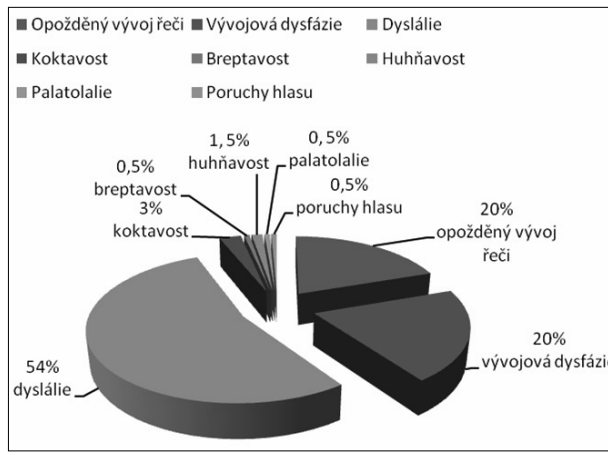
Šetřením bylo prokázáno, že logopedické třídy se liší počtem zařazených dětí a žáků, nejnižší počet ve třídě byl 10, nejvyšší počet 17. Do logopedických tříd je zařazováno více chlapců než dívek (dle 84 % respondentů), pouze jeden respondent uvedl více dívek ve třídě, jeden respondent má ve třídě shodný počet chlapců a dívek.

Ve dvanácti sledovaných logopedických třídách bylo celkem 147 dětí a žáků. Získané informace v oblasti jednotlivých druhů narušené komunikační schopnosti jsou znázorněny v grafu č. 4. Respondenti v dotaznících uvedli následující narušení komunikační schopnosti dětí a žáků logopedických tříd:

- dyslalie se projevuje nejčastěji, a to v 79 případech (tzn. 54 %),
- vývojová dysfázie – 30, tj. 20 %,
- opožděný vývoj řeči – 29, tj. 20 %,

- koktavost – 4 (3 %),
- huhňavost – 2 (1,5 %),
- palatolalie u dítěte s orofaciálním rozštěpem, dále breptavost a poruchy hlasu jsou uváděny vždy pouze v jednom případě (tzn. u 1 %).

Graf č. 4: Druh narušené komunikační schopnosti



Tři respondenti uvedli, že v jejich třídě je zařazeno dítě (žák) s lehkou sluchovou vadou (ztráta 20–40 dB).

Děti a žáci logopedických tříd při běžných školách (ať již mateřských či základních) jsou vzdělávání podle Rámcových vzdělávacích programů. Většina respondentů (84 %) uvedla, že v jejich logopedické třídě děti a žáci *spíše zvládají nároky* vzdělávání, podle jednoho učitele *nároky zvládají*, názor, že *spíše nezvládají* uvádí také jeden pedagog.

Oblast zajištění poradenských služeb pro děti a žáky s narušenou komunikační schopností, jejich rodiče i učitele lze hodnotit následovně:

- Všichni respondenti uvedli, že spolupracují se školskými poradenskými orgány (SPC, PPP), děti a žáci prošli diagnostickým procesem v SPC. Narušenou komunikační schopnost diagnostikoval logoped SPC pro žáky s vadami řeči, SPC rovněž doporučilo zařazení do logopedické třídy.
- 67 % respondentů uvedlo, že supervizi v oblasti zajištění logopedické intervence provádí odborní pracovníci SPC pro žáky s vadami řeči, 4 res-

pondenti (tj. 33 %) uvádí spolupráci se dvěmi školskými poradenskými pracovišti současně – s odborníky SPC i PPP. Do žádné sledované logopedické třídy neproběhlo zařazení na základě doporučení klinického logopeda nebo jiného odborníka.

- Kontrolní (průběžná) logopedická vyšetření stavu komunikační schopnosti dětí a žáků provádí poradenští pracovníci nejčastěji 1x za půl roku (uvádí 10 učitelů), jeden respondent uvedl kontrolní vyšetření ve své třídě 1x za tři měsíce, v jedné sledované logopedické třídě poradenští pracovníci provádí kontrolní vyšetření 1x měsíčně. Ve většině případů kontrolní vyšetření provádí pracovníci SPC, dva respondenti uvedli SPC a současně i pracovníky PPP.

Předpokládá se, že logopedické třídy budou navštěvovat děti i žáci s narušenou komunikační schopností po nezbytně dlouho dobu, tzn. po ukončení terapie proběhne přeřazení do běžné třídy školy. Tuto skutečnost potvrdilo 67 % respondentů, pouze 33 % uvádí, že u nich setrvává i po ukončení terapie dítě/žák až do konce daného školního roku

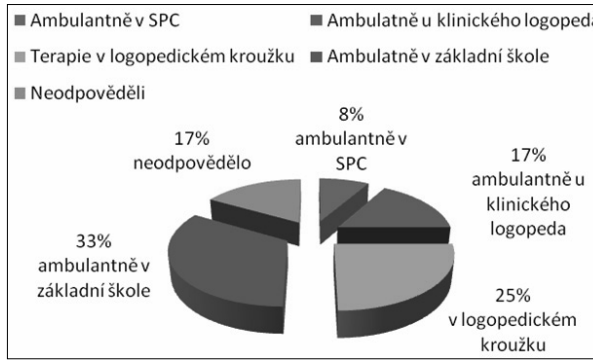
Logopedické třídy jsou v naší zemi organizovány při běžných mateřských a základních školách. Do logopedických tříd při mateřských školách jsou vřazovány děti v předškolním věku, nejčastěji pětileté, často děti šestileté, u nichž byla odložena povinná školní docházka.

Při základních školách jsou organizovány logopedické třídy převážně pouze pro žáky 1. ročníků, výjimečně má základní škola logopedickou třídu pro žáky 2. ročníků, poté již mohou žáci navštěvovat pouze běžné třídy základní školy.

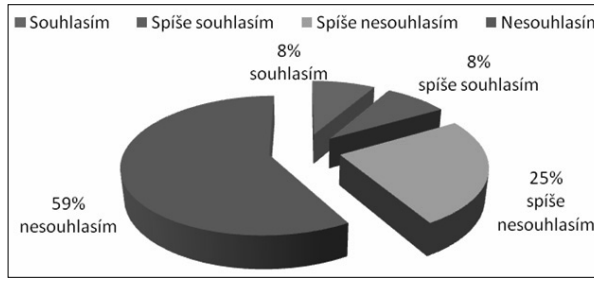
V případě, že u žáka není ukončena logopedická terapie, rodiče vyhledávají pro své děti následnou ambulantní péči. Nejvyšší počet respondentů (33 %) uvedl, že žáci mohou navštěvovat logopedickou poradnu v ZŠ, 25 % dotázaných uvedlo možnost terapie v logopedickém kroužku, 17 % odpovědělo, že následnou terapii zajišťuje klinický logoped v místě bydliště rodiny, jeden respondent uvedl návštěvy rodiče s dítětem v ambulanci SPC, dva respondenti na otázku zajištění následné terapie neodpověděli (viz graf č. 5).

Větší část respondentů (59 %) považuje za nevhodné (viz graf č. 6), aby rodiče se svými dětmi v období, kdy jsou zařazeny do logopedické třídy, navštěvovali další logopedy (např. logopedickou poradnu v místě bydliště apod.) Tři učitelé (25 %) *spíše nesouhlasí*, jeden respondent *spíše souhlasí* a jeden *souhlasí* s názorem, že žák logopedické třídy může současně navštěvovat ambulantně dalšího logopeda.

Graf č. 5: Zajištění následné logopedické terapie



Graf č. 6: Zajištění logopedické intervence



Závěr

Respondenty dotazníkového šetření byli učitelé s magisterským typem vzdělání (pouze jeden respondent absolvoval vzdělání bakalářské). Většina respondentů uvedla, *že má zájem o možnost dále se vzdělávat v oblasti edukace dětí a žáků s narušenou komunikační schopností*. I když dvě třetiny respondentů se zapojují do různých typů dalšího vzdělávání (kurzy organizované IPPP, Krajským vzdělávacím centrem), hodnotí tyto kurzy jako spíše nepřínosné.

Šetření prokázala, že do logopedických tříd při běžných mateřských a základních školách jsou zařazovány nejčastěji děti a žáci s dyslalií, dále s opožděným vývojem řeči a specificky narušeným vývojem řeči – vývojovou dysfázií. Uvedené druhy narušení komunikační schopnosti se odlišují potřebnou délkou logopedické intervence.

V obtížnější situaci se ocitají děti a žáci se specificky narušeným vývojem řeči (s vývojovou dysfázií). U tohoto druhu narušení je nedostačují intervence v předškolním věku a v 1. ročníku školy základní, dysfatici vyžadují dlouhodobou logopedickou intervenci. Vzdělávání a zajištění logopedické intervence pro žáka, který absolvoval první rok školní docházky v logopedické třídě, řeší poradenští pracovníci SPC, případně PPP i SPC. Nejsou-li v běžné základní škole pro žáka s vývojovou dysfázie splněny podmínky integrace, tzn. není-li zajištěna intenzivní logopedická intervence a rozvoj celé jeho osobnosti, je vhodné navrhnout vzdělávání žáka v základní škole logopedické.

Šetření prokázala, že do logopedických tříd jsou zařazovány děti a žáci s lehkou nedoslýchavostí.

Respondenti (83 %) shodně uvádí, že u dětí a žáků logopedických tříd se neprojevují pouze narušení v řečové oblasti, ale jsou zaznamenány nedostatky v dalších oblastech osobnostního vývoje dítěte.

Poradenské služby pro děti a žáky s narušenou komunikační schopností, jejich rodiče a učitele zajišťují většinou pracovníci SPC pro žáky s vadami řeči, někteří pedagogové uvedli poradenské služby SPC i PPP. Speciálně pedagogickou diagnostiku a zařazení do logopedické třídy ve všech sledovaných školách provedli pracovníci SPC.

Výsledky, které prezentovaný dílčí výzkum přinesl, budou základem dalších šetření v této oblasti. Na základě provedeného šetření lze doporučit:

- podporu zkvalitnění dalšího vzdělávání učitelů, kteří vzdělávají žáky s narušenou komunikační schopností v logopedických třídách,
- rozšíření možností dalšího vzdělávání učitelů v kombinované a celoživotní formě studia speciální pedagogiky,
- podporu budoucích učitelů 1. stupně základních škol v oblasti získání kompetence ke vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností a žáků se sluchovým postižením.

Citované zdroje

KLENKOVÁ, J, ŠVOJGROVÁ, P. Poradenství pro integrovaného žáka s narušenou komunikační schopností v základní škole. In VÍTKOVÁ, M., VOJTOVÁ, V. *Vzdělávání žáků se sociálním znevýhodněním. Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido, 2009. ISBN 978-80-7315-188-1.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a speciální.* 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

LOGOPEDICKÁ KAZUISTIKA

Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta
Univerzita Palackého v Olomouci

Vážené kolegyně, vážení kolegové, milí hosté,

ve svém příspěvku bych vás ráda seznámila s logopedickou případovou studií děvčete s narušením komunikační schopnosti, která je od dubna 2009 mou klientkou. V době konání této konference – v březnu 2010 – bylo děvčeti 6 let a 9 měsíců.

Rodiče dívky se zpracováním údajů pro účely této konference souhlasili. V zájmu zachování anonymity autorka příspěvku jméno dívky (říkejme jí Zdeňka) pozměnila a neuvádí ani místo jejího aktuálního bydliště v České republice. Data vyšetření byla uvedena s přesností na měsíc a rok.

Předkládaný příspěvek je logopedickou kazuistikou dívky, jejíž vývoj řeči v raném a předškolním věku neprobíhal běžným způsobem, ale měl specifický průběh. Dívka do svých pěti let vyrůstala v bilingvním prostředí. Domníváme se však, že nelze jednoznačně říci, zda dvojjazyčné prostředí bylo výhodou, přitěžující nebo neutrální okolností v řečovém a jazykovém vývoji Zdeňky.

Vývoj dětské řeči je proces založený převážně na vrozených předpokladech k ovládnutí kteréhokoliv jazyka, kterým je dítě v prvních letech života obklopeno. Chomsky (1972 in Jelínek 2005) uvedl, že lidé mají vrozený modul jazykového vývoje, a že jsou k osvojování jazyka předem vybaveni. Děti v raném věku mají mimořádné sluchové a imitační schopnosti, které jim umožňují plně ovládnout zvukovou stránku mateřštiny i druhého (příp. i třetího) jazyka. Výrazný je u dětí jejich kreativní přístup k jazyku projevující se osobitým tvořením slov a posléze kladením otázek. Výchova v bilingvním prostředí vyžaduje od dítěte např. diferenciaci dvou jazykových systémů, dvou jazykových kódů. Ve vývoji řeči dětí raného věku v bilingvním prostředí můžeme zaznamenat přirozené paralelní budování dvou jazyků (Hutarová, 1994–1995 in Jelínek, 2005). Výzkumy uvádějí, že bilingvismus kladně ovlivňuje např. kreativitu dětí, verbální schopnosti, paměť. Pro rozvoj řeči dítěte má zásadní význam způsob komunikace v rodině a širším sociálním okolí (Jelínek, 2005).

O narušeném vývoji řeči mluvíme tehdy, má-li dítě narušenu schopnost rozumět mluvené řeči a/nebo vyjadřovat se mluvenou řečí v porovnání s vrstevníky. Narušený vývoj řeči se v různých věkových obdobích projevuje různými symptomy, klinický obraz poruchy se s věkem a vývojem mění. Narušený vývoj řeči může být průvodním jevem jiné vývojové poruchy, např. se objevuje u dětí s mentálním postižením, u dětí se sluchovou poruchou, u dětí s poruchou autistického spektra. Narušený vývoj řeči jako samostatná nozologická jednotka se vyskytuje u dětí, které nemají postižení v oblastech duševního, tělesného vývoje, nemají sluchovou poruchu, mají zajištěny sociální podmínky pro rozvoj řeči. Tento typ narušeného vývoje řeči se nazývá vývojová dysfázie nebo specificky narušený vývoj řeči (angl. developmental dysphasia, specific language impairment, SLI) (Mikulajová, 2009). Příčiny vzniku specificky narušeného vývoje řeči jsou stále předmětem zkoumání. Odborná literatura se shoduje na přítomnosti bilaterální difúzní kortikální léze (Dlouhá, 2003 in Vitásková, 2005) a multifaktoriální příčině (Mikulajová, 2003). Většina současných autorů předpokládá, že podkladem vývojové dysfázie je porucha centrálního zpracování řečového signálu (Škodová, Jedlička, 2003). Jedná se o poruchu, kterou řadíme dle MKN-10 (2006) pod kategorii F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka. Pod tuto kategorii řadíme poruchy, u nichž je osvojování řeči od raných stadií vývoje narušeno, také jazyková schopnost je narušena.

V první části příspěvku se zaměříme na některé údaje týkající se osobní a rodinné anamnézy děvčete, ve druhé části se věnujeme výsledkům kontrolního speciálněpedagogického logopedického vyšetření dívky.

Pro školní rok 2009/2010 měla Zdeňka odloženu školní docházku o jeden rok. Ve školním roce 2009/2010 navštěvovala dívka druhým rokem logopedickou třídu mateřské školy běžného typu v jednou moravském městě.

Zdeňka má českou a kanadskou národnost, státní příslušnost Česká republika a Kanada.

Zdeňka byla vyšetřena na žádost matky v dubnu 2009 a květnu 2009 ve Středisku rané péče Tamtam Olomouc. Děvče bylo vyšetřeno z důvodu posouzení úrovně komunikačních schopností a z důvodu zájmu matky o speciálněpedagogické logopedické vedení její dcery. Dívku v uvedených termínech vyšetřila autorka příspěvku.

Od října 2009 byla Zdeňka logopedicky vedena autorkou tohoto příspěvku, interval návštěv byl jednou za 14 dní. Logopedického vedení děvčete

se účastnila vždy její maminka, případně babička. Snahou logopedického vedení byla otevřená komunikace se Zdeňkou, spolupráce s maminkou, příp. babičkou. Jednou se logopedického vedení účastnila i Zdeňčina paní učitelka. Maminka (babička) měla možnost vždy otevřeně sdělit jakékoli své pocity. Společně jsme hledali možná řešení problémových životních situací, které maminka nastínila, které ji tížily a měla zájem o názor či návrh, jak by mohla v dané situaci reagovat, řešit mnohdy překvapivé reakce v chování své dcery. Během dalšího setkání jsme hodnotili, zda byla navržená opatření účinná či ne a hledali jsme lepší návrhy řešení.

Osobní anamnestické údaje (dle sdělení matky): Zdeňka se narodila v červnu 2003 v Kanadě česky mluvícím rodičům. Od dvou a půl do pěti let navštěvovala v Kanadě kanadskou mateřskou školu. V mateřské škole byla v anglicky mluvícím prostředí.

Dle sdělení matky kolem dvou a půl let používala Zdeňka tří českých slov –„táta, dej, ahoj". Anglická slovíčka nepoužívala vůbec. Dle sdělení matky ve třech letech pociťovala Zdeňka frustraci, že jí okolí nerozumí. Měla komunikační problémy v anglicky mluvícím prostředí, v mateřské škole plakala a začaly se u ní projevovat zřejmě obranné reaktivní agresivní projevy v chování, nelíbilo se jí, že jí okolí nerozumí. Agresivní projevy v chování Zdeňky v mateřské škole neustupovaly a dle sdělení matky kolem třetího roku věku dívky bylo nutné změnit mateřskou školu.

Když byly Zdeňce tři roky, pobývala rodina pět týdnů v České republice, dle sdělení matky, v česky mluvícím prostředí došlo u Zdeňky k výraznému nárůstu slovní zásoby. Zdeňka měla ráda čtení pohádek, s oblibou sledovala televizní zprávy, nelíbily se jí kreslené večerníčky.

V Kanadě byla ve 3 letech vyšetřena audiologicky, ve 4 letech a 3 měsících vyšetřena logopedem, psychologem a v centru pro výzkum autismu.

V červnu 2008, když bylo Zdeňce 5 let, matka se i s druhou dcerou přestěhovala do České republiky, neboť měla pocit, že česky mluvící prostředí je pro rozvoj Zdeňčiných jazykových schopností příznivější, než jazykové prostředí v Kanadě. Otec Zdeňky zůstal v Kanadě. Od září 2008 navštěvovala Zdeňka logopedickou třídu mateřské školy v jednom moravském městě, kde byla spokojená. Kromě této logopedické péče matka s děvčetem od září 2008 chodila 4–5 měsíců ke klinické logopedce v místě bydliště (s intervalem návštěv jednou za 14 dní). Dle sdělení matky, Zdeňka s logopedkou málo spolupracovala, Zdeňka byla nesoustředěná, nereagovala adekvátně

na pokyny logopedky, logopedka projevovala nelibost s chováním Zdeňky, efekt nebyl výrazný, proto se matka rozhodla, vyhledat jiného logopeda. Poté začala matka s dcerou navštěvovat SPC pro sluchově postižené v jednom moravském městě s intervalem návštěv jednou za 14 dní. Dle sdělení matky byl efekt poskytované logopedické péče minimální. Matka chtěla vědět, jakou má dcera diagnózu, snažila se dceři pomoci, ale nevěděla, jak Zdeňčinu komunikační schopnost rozvíjet.

V srpnu 2008 byla Zdeňka vyšetřena oftalmologem se závěrem (dle sdělení matky): levé oko 0 dioptrií, pravé oko +1,5 dioptrií. Brýle dívka nenosí.

V září 2008 byla Zdeňka psychologicky vyšetřena v SPC v jednom moravském městě se závěrem: „Nejedná se o poruchu autistického spektra. Jde o poruchu řeči typu vývojové dysfázie smíšené, s převahou potíží v expresi, která má některé obdobné symptomy, projevy jako autismus..."

V únoru 2009 provedeno audiometrické vyšetření, zjištěna lehká nedoslýchavost – ztráta sluchu dle Fowlera: dx 29,1 %, sin 37,3 %, celková 31,1 %.

Rodinná anamnéza (dle sdělení matky): matka uvedla, že v dětství měla potíže s vyjadřováním. U otce se v mladším a středním školním věku projevovala balbuties – dle sdělení matky u otce rozvoj balbuties ve 2.–3. ročníku základní školy, celý 4. ročník byl žákem Základní školy pro vadně mluvící v Olomouci-Svatém Kopečku (nynější označení je Základní škola logopedická v Olomouci). Nyní je otec bez obtíží v oblasti fluence řeči. Otec je přeučený levák, píše pravou rukou, bratr i dědeček matky upřednostňují levou ruku.

Z kontrolního vyšetření ze dne 1. října 2009 (věk dívky 6 let, 3 měsíce): Zdeňka spontánně navazovala oční i verbální kontakt. Projevovala se komunikativně a vstřícně. Aktivně kladla otázky, mluvila v jednoslovných nebo krátkých jednoduchých větách s občasnými dysgramatismy. Spolupracovala. Zadávaným instrukcím Zdeňka většinou rozuměla. Instrukce i otázky byly dívce zadávány klidným tempem řeči jen jednou a zpravidla neopakovány, ponechali jsme Zdeňce čas na zpracování informace. Tento přístup jsme aplikovali také během ambulantního logopedického vedení dívky, snažili jsme se navodit návyk reagovat na první pokyn. Během vyšetření se Zdeňka projevovala temperamentně, Občas instrukci neplnila, čekala, jakou reakci její vyčkávání způsobí. Bylo potřeba ventilovat místy velmi výrazný psychomotorický neklid, dynamicky poutat pozornost, příp. zpomalit tempo řeči, zařadit jednoduchou pohybovou aktivitu, hru na tělo apod.

Ve zkoušce laterality podle Matějčka a Žlaba (1972) zjištěna nevyhraněná lateralita ruky (DQ 50), preference levého oka, celkový typ laterality – neurčitá.

V orientačním vyšetření sluchu (Sovák, 1978, Štěpán, Petráš, 1995) zaznamenána lepší percepce hlubokých tónů, zhoršená percepce vysokých tónů. Při vox magna slova slyšela a opakovala na vzdálenost 6 metrů, slova s hlubokými hláskami opakovala s minimem chyb, při opakování slov s vysokými hláskami chybovala. Slova s hlubokými hláskami slyšela při Vox sibilans na vzdálenost 2 metrů, při jejich opakování občas chybovala. Slova s vysokými hláskami neslyšela při vox sibilans na vzdálenost 1 metru, slova nezopakovala. Výsledek odpovídal lehké sluchové poruše perčepčního typu.

Dvou až tříprvkové rytmické struktury na bzučáku dokázala reprodukovat s občasnými nepřesnostmi. Obtíže se občas objevily při reprodukci rytmické struktury obsahující krátký i dlouhý tón. Reprodukce čtyřprvkové rytmické struktury se zatím nedařila.

Rozdíl mezi slovy, která se liší kvantitou jednoho z vokálů (dal–dál, vila–víla, ...) sluchovou cestou rozlišila na druhý pokus.

Ve zkoušce sluchového rozlišování hlásek podle Marka (1984) správně diferencovala ve dvojicích slov, zda jsou slova stejná či jiná – neznělost–znělost sykavek S–Z (na nose–na noze...), ostrost–tupost sykavek S–Š (most–mošt...), hlásky L–R (hůlka–hůrka...). I na druhý pokus chybovala v sestavě dvojic slov na diferenciaci tvrdosti–měkkosti T D N – Ť Ď Ň (tyká–tiká...).

V modifikaci testu obkreslování podle Matějčka, Vágnerové (1974 in Vágnerová, 2006) jsme dívce zadali obkreslit kruh, kříž, trojůhelník, čtverec a kosočtverec. Dívka nakreslila kruh, kříž, místo čtverce nakreslila obdélník. Tvar trojúhelníku a kosočtverce neodpovídal předloze. Tvary pojmenovala „kolečko, nemocnice, stan, nevím – dům".

V orientačním testu školní zralosti – Jiráskově modifikaci testu A. Kerna (Jirásek, 1980) jsme úkol napodobení psacího písma hodnotili jako čmárání. V úkolu obkreslení skupiny bodů Zdeňka nakreslila obrazec, který se z teček skládal, ale uspořádání teček, počet, obrys obrazce neodpovídal předloze. Kresba postavy (nakreslila princeznu) obsahovala hlavu, krk, dlouhé šaty, horní končetiny byly vyjádřeny jednoduchými čarami. V kresebných úkolech zaznamenán nadměrný přítlak na podložku, rychlé, místy překotné tempo při realizaci grafiky, nenavazující linie, dvojité linie, obtíže v grafomotorice a vizuomotorice. V kresbě děvčete jsme zaznamenali prvky organicity, mezi

které Švancarová, Švancara (1980) řadí klon postavy ≥ 95° nebo ≤ 85°, dvojité linie, přerušované linie, známky tremoru (roztřesené linie), nenavazující linie.

Směrovost při kreslení prvků na diktát naznačena ve směru zleva doprava (Mlčáková, 2009).

Úkoly na vizuální orientaci v prostoru – modifikaci zkoušky pravo-levé orientace podle Žlaba (1970 in Matějček, 1995) zvládla bezchybně.

Určit náslovnou a finální hlásku ve slově se Zdeňce nedařilo.

Uměla zazpívat písničku i doprovodit zpěv písně rytmizací na ozvučná dřívka nebo bubínek. Rytmizace s pomocí Orffových nástrojů Zdeňku zaujala.

Vyjmenovala dny v týdnu, roční období, barvy poznala, vzestupně napočítala do 10.

Zdeňka správně vyslovovala vokály I, E, A, O, konsonanty P, M, F, V, T, N, R, J, K, CH, H. Nezněle vyslovovala párové konsonanty B, D, G. Nesprávně vyslovovala hlásku L ve slabice LÍ, nesprávně vyslovovala hlásky Š, Ž, Č, Ř, Ť, Ď, Ň. Ne zcela čistě vyslovovala hlásky U, S, Z, C. Mluvidla pohyblivá, jejich pohyby mnohdy nepřesné, příliš rychlé, občas přítomny nadbytečné pohyby mluvidel, svalstvo krku a šíje ztuhlé.

V realizaci víceslabičných slov, zejm. slov se souhláskovými shluky se objevovaly nepřesnosti ve smyslu verbální dyspraxie.

Zdeňce činilo obtíže tvoření plurálu („tady je jedno kolečko, tady jsou dvě koleček, tady jsou tři koleček; jedna kostka – tři kostek; jedna kytka – dva kytiček"). Tvoření singuláru se dařilo s méně chybami („tři kostky – jedna kostek; tři sirky – jedna sirek; dvě kytičky – jedna kytička").

Opakování vět zvládla s občasnými nepřesnostmi – změnila pořadí slov ve větě, vynechala předložku, změnila předponu slovesa, koncovku ve slově.

Spontánně při aktivitě s modely koní jim vymyslela jména Jurášek a Běhan. Neznala-li význam slova, spontánně se okamžitě ptala: „Co to je padá?", „Co to je vede?"

Během spontánní komunikace zaznamenány specifika v pragmatice – např. přerušování hovoru komunikačního partnera uprostřed věty sdělováním vlastních prožitků, změna tématu uprostřed rozhovoru směrem ke sdělování vlastních zážitků.

Závěr: aktuálně se v oblasti komunikační schopnosti u děvčete objevovaly obtíže ve výslovnosti hlásek, nedostatky v oblasti fonematické diferenciace (fonologického uvědomění), lehká sluchová porucha percepčního typu, obtíže v realizaci slov – redukce souhláskových shluků, transpozice – převrácení

sledu hlásek ve slově. Promluva byla zpravidla v jednoslovných nebo jednoduchých větách, zaznamenali jsme menší objem slovní zásoby, objevovaly se dysgramatismy, nesprávné koncovky ve slovech, porozumění delším větám bylo deficitní. Nedostatky byly aktuálně zjištěny také ve vývoji nejazykových oblastí, zejm. v motorice, grafomotorice, vizuomotorice a oromotorice. Deficit zasahoval expresivní i receptivní oblast řeči.

Uvedená specifika řečového, jazykového vývoje děvčete, deficity ve vývoji nejazykových oblastí mohou svědčit dle MKN – 10 (2006) pro dg. F80.1 Expresivní porucha řeči.

V konkrétním případě Zdeňky při vzniku narušení vývoje expresivní řeči mohla mít přispívající úlohu též lehká sluchová porucha, která však nebyla přímou příčinou specifického narušení vývoje řeči děvčete.

Řečový a jazykový vývoj Zdeňky se aktuálně jeví příznivý.

Doporučení:

- pokračovat v logopedické péči, která je děvčeti poskytována v logopedické třídě mateřské školy v místě bydliště,
- v rámci individuálního ambulantního logopedického vedení (s maminkou jsme se domluvily na intervalu návštěv 1× za 14 dní) pokračovat ve speciálních aktivitách s cílem zlepšit Zdeňčinu komunikační schopnost a předpoklady pro vstup do elementární třídy,
- od září 2010 doporučujeme zařadit dívku do základní školy logopedické. Maminka s návrhem zařadit dívku do základní školy logopedické souhlasila.

Vážené dámy, vážení pánové, děkuji Vám za pozornost.

Literatura

JELÍNEK, S. K některým otázkám bilingvismu (II). In Cizí jazyky, roč. 49, 2005/2006, č. 1, s. 8–11. [online]. 2005–2006, [cit. 10. 11. 2010]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.multibank.cz/ep/cizi_jazyky/49/1/CJ49_1_Jelinek_bilingvismus.pdf>.

JIRÁSEK, J. Diagnostika školní zralosti. In ŠVANCARA, J. a kol. Diagnostika psychického vývoje. Praha: Avicenum, 1980, s. 248–262.

MATĚJČEK, Z. Dyslexie – specifické poruchy učení. 3. uprav. a rozšíř. vyd. Jinočany: H & H, 1995. ISBN 80-85787-27-X.

MATĚJČEK, Z., ŽLAB, Z. Zkouška laterality. Brno: Psychodiagnostika, 1972.

MAREK, L. K problematice dyslálie u žáků prvního postupného ročníku základní školy. In Speciální pedagogika 3. Olomouc: AUPO, PdF, 1984, s. 101–119.
Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize Duševní poruchy a poruchy chování Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 3. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
MIKULAJOVÁ, M. Diagnostika narušeného vývoje řeči. In LECHTA, V. a kol. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003, s. 60–98. ISBN 80-7178-801-5.
MIKULAJOVÁ, M. Narušený vývin reči. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. Základy logopédie. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009, s. 115–135. ISBN 978-80-223-2574-5.
MLČÁKOVÁ, R. Grafomotorika a počáteční psaní. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2630-4.
SOVÁK, M. Logopedie. Praha: SPN, 1978.
ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. Vývojová dysfázie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003, s. 106–142. ISBN 80-7178-546-6.
ŠTĚPÁN, J., PETRÁŠ, P. Logopedie v praxi. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-61-2.
ŠVANCAROVÁ,L., ŠVANCARA, J. Vývoj dětských grafických projevů. In ŠVANCARA, J. a kol. Diagnostika psychického vývoje. Praha: Avicenum, 1980, s. 197–216.
VÁGNEROVÁ, M. Neprojektivní kresebné techniky. In ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 409–418. ISBN 80-247-1049-8.
VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Logopedie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

VYUŽITÍ RODINY V INTERVENCI NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI – NĚKTERÉ LIMITACE A SPECIFIKA VYPLÝVAJÍCÍ Z ETIOLOGICKÝCH VAZEB

doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Oddělení komunikačních a senzorických poruch, Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Abstrakt

Rodina je považována za jeden z významných prvků ovlivňujících efektivitu intervence v oblasti narušené komunikační schopnosti. V mnoha případech však můžeme poněkud s názorem na nezbytnost či vždy pozitivní vliv zapojení rodičů do „přímé" intervence či „domácí přípravy" poněkud polemizovat, a to mimo jiné i s ohledem na soudobé poznatky z oblasti etiologického vlivu dědičnosti na vznik či prevalenci mnohých forem narušené komunikační schopnosti, především pak specifických i nespecifických poruch vývoje jazyka. Cílem tohoto příspěvku je upozornit na některé vybrané oblasti přímo se dotýkajících reálných možností a limitů využití rodiny v komplexní intervenci zaměřené na narušenou komunikační schopnost, které by měly být dle našeho názoru předmětem intenzivnější diskuse vedoucí ke zkvalitnění a zefektivnění působení odborníků v této oblasti.

Klíčová slova

Rodina, komunikační poruchy, narušená komunikační schopnost, specificky narušený vývoj řeči, SLI, jazykové poruchy, logopedie, dědičnost.

Abstract

The family is considered to be one of the most substantial factors influencing the effectiveness of the intervention within the field of communication disorders. Nevertheless, in many cases the opinion referring to the necessity or invariable positive parental impact on "direct" intervention or "home preparing" could be argued about, besides all with respect to contemporary knowledge of the etiological impact of the heredity on the onset or prevalence of many forms of communication disorders, mainly specific and nonspecific language development disorders. The aim of this contribution is to draw an attention to some specific areas related directly to the real possibilities and limitations of the utilization of families in a complex intervention focused on communication disorders, which

should be, in our opinion, much more intensively discussed to improve the quality and increase the effectiveness of the treatment of the specialists in this area.

Key words

Family, communication disorders, communication ability impairment, specific language impairment, SLI, language disorders, speech and language therapy, heredity.

Úvod

Rodina je považována za jeden z významných prvků ovlivňujících **efektivitu intervence v oblasti narušené komunikační schopnosti**, ať již hovoříme o jedincích různých věkových skupin. Význam zapojení rodiny do intervence je akcentován v mnoha teoretických i prakticky zaměřených pojednáních, hovoří se o adekvátnosti tzv. mluvního vzoru v rodině či uplatňování různých principů (krátkodobých opakovaných cvičení, soustavnosti apod.), ať již je jejich význam přeceňován či odkazován na reálně a objektivně podložené výsledky výzkumných šetření.

V mnoha případech však můžeme poněkud s názorem na nezbytnost či vždy pozitivní vliv zapojení rodičů do v podstatě „přímé" intervence či „domácí přípravy" poněkud **polemizovat**, a to mimo jiné i s ohledem na soudobé poznatky z oblasti **etiologického vlivu dědičnosti** na vznik či prevalenci mnohých forem narušené komunikační schopnosti, především pak specifických i nespecifických poruch vývoje jazyka.

Vysoká heterogenita a etiologická a symptomatologická provázanost mnoha vývojových jazykově podmíněných poruch s jinými, jako jsou vývojová dyspraxie, specifické vývojové poruchy učení, ale také tzv. neverbální poruchy učení (srovnej např. Vitásková, 2008) navíc vytváří poněkud komplikovanou bázi pro striktní vymezení jak diagnostických, tak intervenčních postupů. V mnoha ohledech omezují odborníka zaměřeného na narušenou komunikační schopnost ve smyslu nemožnosti využití simplifikovaných, unidimenzionálních či pouze „normativně" či kategoriálně zaměřených standardizovaných materiálů ať již diagnostické či terapeutické povahy.

Cílem tohoto příspěvku je upozornit na některé **vybrané oblasti** přímo se dotýkajících **reálných možností a limitů využití rodiny v komplexní intervenci zaměřené na narušenou komunikační schopnost**, které by měly být dle našeho názoru předmětem intenzivnější diskuse vedoucí ke zkvalitnění a zefektivnění

působení odborníků v této oblasti, aby nedocházelo ke kladení neadekvátních požadavků v intervenčním procesu ze strany odborníků – specialistů právě směrem k rodičům.

Vybrané oblasti k diskusi využití rodiny v komplexní intervenci narušené komunikační schopnosti

Když opomineme témata, kterým se již autorka věnovala a věnuje v jiných příspěvcích (např. vliv kulturně-jazykového zázemí rodiny, legislativních podmínek a etických principů v oblasti narušené komunikační schopnosti apod., srovnej např. Vitásková, 2008a; 2009a), je v intervenci narušené komunikační schopnosti především zohlednit skutečnost, že **rodič či členové rodiny** na rozdíl od logopeda či jiného odborníka zapojeného do tohoto procesu ve většině případů **nemá** potřebné speciální vzdělání a **tedy dostatečné znalosti daného problému** v celé jeho nezbytné šíři a nemůže proto a priori bezprostředně fungovat jako jazykový či řečový „korektor", supervizor či facilitátor komunikace. Pro adekvátní teoretické i praktické uchopení problému týkající se narušené komunikační schopnosti je ve jejich případě nezbytný **specificky zaměřený a mnohdy opakovaný výcvik**, **trénink, proškolení** doprovázený průběžným monitoringem ze strany odborníka (např. logopeda), což vyžaduje určitý čas, mentální i emocionální úsilí a v posledních letech mnohdy i ekonomické a organizační náklady a výdaje, které nemohou být zanedbatelným přehlíženým faktorem.

Přes všechnu svou snahu **rodič (či člen rodiny) nemůže** v případném zapojení do procesu intervence narušené komunikační schopnosti **postihnout všechny aspekty komunikační schopnosti jako celku** – při korekci dyslálií se např. primárně zaměří pochopitelně na subjektivní srozumitelnost řeči dítěte, které si takto ale může fixovat a automatizovat určité nesprávné formy tvorby hlásek či slov (pokud začíná zapojovat nežádoucí kompenzační mechanismy), popřípadě je odkázáno na autokorekci a autoregulaci. Pokud nahlížíme na intervenci narušené komunikační schopnosti jako na **proces učení**, musíme anticipovat nejenom u jedinců s narušenou komunikační schopností, ale i u jejich přímých příbuzných, výrazně oslabenou či narušenou schopnost právě korekce/autokorekce, regulace/seberegulace a s ohledem na etiologickou heterogenitu jejich obtíží a odlišnou úroveň zapojených přirozených či naučených kompenzačních strategií i odlišný i styl jejich učení a limitovanou míru jejich autonomie v tomto směru. Jedinci se specificky narušeným vývojem jazyka či

se specifickými poruchami učení (ať již verbálně či neverbálně podmíněnými) vyžadují vyšší míru zapojení vnějších regulačních a seberagulační strategií jakými jsou plánování jednotlivých kroků, kontroly, monitoringu a je u nich nutná průběžnější a soustavnější bezprostřední evaluace výsledků jejich učení (blíže např. Vitásková, 2009b).

Limitace zapojení členů rodiny a především rodičů **do přímé intervence** (či domácí přípravy) u jedinců s narušenou komunikační schopností i mnohdy **vyplývá z faktoru dědičnosti** u inkriminovaných poruch, ať již se jedná o dědičnost specifickou či nespecifickou. Mnohdy se u nich vyskytují stejné či obdobné obtíže, které má samo dítě (či člen rodiny), ať již jsou či byly vědomě korigovány a intervenovány nebo jsou podvědomě či vědomě kompenzovány pomocí různých osvojených strategií. **Zkoumání heritability** je přitom v oblasti narušené komunikační schopnosti **poměrně obtížné**, jelikož se mnohdy nejedná o tzv. přímou dědičnost, ale spíše o formy tzv. nespecifické dědičnosti ovlivňující tendenci k výskytu familiálně podmíněných predispozic k různým formám narušení v oblasti jazykových či řečových obtíží. Navíc je mnohdy tato dědičnost vázána na tzv. polygenní typ dědičnosti.

Neustále se dozvídáme stále více nových informací o **prokazatelném vlivu geneticky podmíněných odchylek na většinu jazykových dovedností** a s nimi souvisejících charakteristik jazykového a řečového projevu, jako jsou např. plynulost řeči, zpracování řečového signálu, poruchy jazykových či čtenářských dovedností (srovnej např. Dionne, 2009), přičemž je ale kritizována dlouhodobější orientace spíše na odchylky a narušení než na zkoumání normativního vývoje a „speciálních, výjimečných" jazykových schopností či dovedností. Identifikována byla specifická vazba genetické podmíněnosti u jazykových poruch (ve spektru SLI) na geny FOXP2 s upřesněním nejpozitivnější lokalizace na dlouhém raménku chromozomu 7 (7q31) a silné vazby k jazykovým poruchám ještě vykazuje několik oblastí tohoto genomu (7q31, 16Q, 19q). Na oblast 7q31 je vázána také i silná genetická podmíněnost autismu (např. Bonneau, Vernyb, Uzéc, 2004).

Vztah zkoumání etiologických souvislostí v rámci heritability u jedinců se specificky narušeným vývojem řeči (dále také jako SLI – specific language impairment, v českých podmínkách je tento pojem často zužován do termínu vývojová dysfázie) diskutují například Bishopová a Hayiou-Thomasová (2008), které zjistily signifikantní rozdíly v uváděném a vysledovaném fenotypu a etiologii poruch mezi skupinami dětí, u kterých byla identifikace

jejich jazykových obtíží primárně podmíněna plošně použitým screeningem jazykových poruch v širší populaci (použití standardizovaného jazykového testu) a u dětí jejichž specificky narušený vývoj řeči byl diagnostikován na základě prevalence řečových obtíží v předškolním věku (a kterým byla následně doporučena logopedická péče; u těchto dětí se ve výzkumu vycházelo z klinických případových studií, kazuistik). Autorky prokázaly vyšší tendenci k zjištění etiologické vazby na hereditu u případů identifikovaných na základě klinických kazuistik, než u dětí identifikovaných na základě plošného standardizovaného screeningu. Konstatují tedy, že **zjištění heritability u jedinců s SLI závisí na diagnostických kritériích**.

Nicméně je stále více podporována a výzkumně posilována teorie **multifaktoriálního etiologického pojetí SLI**, která potvrzuje nutnost spolupůsobení jak endogenních hereditárních, tak exogenních faktorů prostředí (viz např. Conti-Ramsden et al., 2007). Vysokou heritabilitu vykazují např. poruchy vytváření časové souslednosti (použití časů v anglickém jazyce; pozn. autor) a poruchy fonologické krátkodobé paměti (Bishop, Adams et al., 2006 in Dionne, 2009). **Heritabilita jazykových poruch**, především specificky narušeného vývoje řeči, je přitom **mnohem vyšší** než u jiných poruch zasahujících psychické schopnosti či dovednosti člověka (srovnej např. Harlaar et al., 2005 in ibid.) a prokazování (či usuzování) na její souvislost a vliv na etiologii jazykových poruch závisí také na věkovém faktoru, jak prokázali např. Van Hulle et al. (2004 in ibid).

Na bázi **hereditárně podmíněné predispozice** vzniká u jedinců s SLI bilaterální organické difúzní poškození mozkové kůry (srovnej např. Laie et al. in Merricks et al., 2004). Silnější familiální přenos byl přitom zjištěn u přímých příbuzných – u dospělých byla přitom prokázána vazba na verbální intelekt a hodnoty týkající se základních akademických dovedností, především čtení a psaní, u dětí naopak na přímé jazykové schopnosti a dovednosti; větší familiální vliv byl přitom prokázán u smíšené expresivní a receptivní formy než u izolovanější dominantně expresivní formy (Comti-Ramsden, 2007; srovnej např. Hayiou-Thomas, Oliver, Plomin, 2005).

Na druhé straně je však nutno **nepodceňovat vliv rodiny na proces diagnostiky narušené komunikační schopnosti** či odchylek od „normativního", fyziologického vývoje jazykových a řečových dovedností. Z rozsáhlé studie Bishopové a Donalda (Bishop, Donald, 2009) vyplynulo, jak esenciální je suplementární informace směřující z rodiny v diagnostice jak specificky na-

rušeného vývoje řeči, tak v diferenciální diagnostice specifických a nespecifických poruch jazyka. Na základě výsledků svých studií se domnívají, že spoléhat se pouze na výsledky byť standardizovaných jazykových testů je v procesu diferenciální diagnostiky nedostatečné, obzvláště u rodin s tzv. nízkým sociálně-ekonomickým statutem, které většinou neměly do doby diagnostiky kontakt s logopedickými službami; výsledky v jazykových testech u těchto dětí proto mohou být falešně pozitivní nebo mohou být jejich obtíže desinterpretovány či přehlédnuty.

Závěr

Z výše uvedených výzkumných poznatků tedy na jedné straně vyplývá, jakou mnohdy **esenciální či alespoň významnou roli hraje rodina** a především rodiče např. **v diagnostice narušené komunikační schopnosti**. Na druhé straně by však mělo být rovněž zřejmé, jak **obtížné může být pro rodiče zapojení do „domácí" přípravy v rámci intervence narušené komunikační schopnosti**, když přinejmenším v oblasti specifických vývojových poruch jazykových dovedností a jimi primárně či sekundárně podmíněných dalších vývojových poruch (včetně specifických vývojových poruch učení) hraje významnou etiologickou roli faktor heredity. V této souvislosti by měli odborníci zapojení do komplexního intervenčního procesu vždy pečlivě zvažovat reálnou míru zapojení členů rodiny do intervence, limitace jejich schopností a dovedností, popřípadě se zaměřit na poskytování takových relevantních a adekvátních informací, instrukcí a tréninkových či školících přístupů, metodik a technik, které jim umožní stát se skutečnými facilitátory či alespoň pomocníky v rozvoji komunikační schopnosti jejich dítěte (či rodinného příslušníka). **Obdobné otázky by měly být předmětem častějších odborných diskusí** a výsledky výzkumně podložených šetření a publikovaných studií by měly být přímo reflektovány jak v teoretických, tak praktických přístupech zaměřených na narušenou komunikační schopnost.

Literatura

BISHOP, D. V. M, MCDONALD, D. Identifying language impairment in children: combining language test scores with parental report. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2009, vol. 44 , no. 5, pp. 600–615. ISSN 1368-2822.

BISHOP, D. V. M., HAYIOU-THOMAS, M. E. Heritability of specific language impairment depends on diagnostic kriteria. *Genes, Brain & Behavior.* 2008, vol. 7, no 3, pp. 365–372. ISSN 1601-1848.

BONNEAU, D., VERNYB, A. C., UZÉC, J. Les facteurs génétiques dans les troubles spécifiques du langage oral. *Archives de Pédiatrie*. 2004. vol. 11, no. 10, pp. 1213–1216. ISSN 0929-693X.

CONTI-RAMSDEN, G. ET AL. Familial loading in specific language impairment: patterns of differences across proband characteristics, gender and relative type. *Genes, Brain & Behavior.* 2007, vol. 6, no. 3, pp. 216–228. ISSN 1601-1848.

DAVIS, O. S., HAWORTH, C. M., PLOMIN, R. Learning abilities and disabilities: generalist genes in early adolescence. *Cognitive Neuropsychiatry.* 2009. vol. 14, no. 4–5, pp. 312–31. ISSN 1464-0619.

DIONNE, G. What role do genes play in language skills? *Encyclopedia of Language and Literacy Development*. pp. 1–8. [online]. London, ON: Canadian Language and Literacy Research Network. 2009. [cit. 30. ledna 2009]. Dostupné na world wide web <http:// www.literacyencyclopedia.ca/pdfs/topic.php?topId=284>.

HAYIOU-THOMAS, M. E., OLIVER, B., PLOMIN, R. Genetic Influences on Specific Versus Nonspecific Language Impairment in 4-Year-Old Twins. Journal of Learning Disabilities. 2005. vol. 38, no. 3, pp. 222–32. ISSN 0022-2194.

MERRICKS, M. J. ET AL. The aetiology of specific language impairment: no evidence of a role for obstetric complications. *Journal of Neural Transmissions*. 2004. vol. 111, no. 7. pp. 773–789. ISSN 0300-9564.

VITÁSKOVÁ, K. Dopad legislativy na pregraduální přípravu logopedů a intervenci narušené komunikační schopnosti. *In IX. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami IV. Dramaterapeutická konference Olomouc 11.–12. 3. 2008*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008a. ISBN 978-80-244-2010-3 [CD-rom].

VITÁSKOVÁ, K. Speciálněpedagogická diagnostika specifických poruch učení v kontextu transferu etiologických faktorů a symptomatologie. In *Špecifické poruchy učenia a správania v kontexte inluzívnej edukácie. Zborník z prvej medzinárodnej e-konferencie v Prešove 5.–7. máj 2008. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej university.* 2008b. s. 23–29. ISBN 978-80-8068-801-1.

VITÁSKOVÁ, K. Special communication needs and their implementation in the education process from the speech-language therapy perspective. *In Specjalne potrzeby edukacyjne. Tom I. Wybrane aspekty funkcjowania osób*

z niepelnosprwanoscia. Bielsko-Biala: Wysza Szkola Administracji. 2009a. pp. 108–115. ISBN 978-83-60430-13-2.

VITÁSKOVÁ, K. Specific communication and sensory deficits – the invisible factor, determining the success and efficiency of applying information and communication technologies in education. In *PRE-CONFERENCE PROCEEDINGS of the Special Focus Symposium on 8th ICESKS: Information, Communication and Economic Sciences in the Knowledge Society*. Zagreb: ECNSI, Učiteljskij Fakultet u Zagrebu (University of Zagreb). 2009b, pp. 162–169. ISBN 978-953-7210-22-9.

PSYCHOPEDIE

RODINNÉ PROSTREDIE – ŽIAK S PORUCHAMI UČENIA

Rastislava Brťková

Abstrakt

V príspevku sa autoka zaoberá dieťaťom – žiakom s poruchami učenia v prostredí rodiny. Pozornosť zameriava na vzťah rodičia a dieťa so vzdelávacími problémami, súrodenecké vzťahy, poukazuje na špecifiká rodinnej výchovy a starostlivosti pri prekonávaní ťažkostí vyplývajúcich z dysfunkcií dieťaťa.

Kľúčové slová

Dieťa s poruchami učenia, rodinné prostredie, rodina a stres, príprava na vyučovanie v domácom prostredí.

Abstract

The author deals with the child – the pupil with learning disabilities in a family environment. He focuses on a relationship between parents and their child with educational problems, siblings relationship, points to specific family education and care to overcome difficulties resulting from the dysfunction of the child.

Key words

Child with learning disabilities, family environment, family and stress, preparation for teaching in a family environment.

Problematika detí s poruchami učenia je naďalej témou, ktorej je nielen v odborných kruhoch venovaná výrazná pozornosť. Sú oblasťou neustále sa zvyšujúceho záujmu pedagogickej, psychologickej a v neposlednom rade aj sociálnej sféry.

V súčasnosti sa pozornosť odborníkov presúva z oblasti teoretickej – etiológia, diagnóza, prognóza, do oblasti praktickej práce s deťmi s poruchami učenia. Zameriavajú sa na možnosti zvládnutia nevyhnutných spôsobilostí pre život, ale aj dôsledky týchto porúch na osobnosť dieťaťa, na jeho sociálne vzťahy a ďalší život (Belková, 2004).

„Deti so špecifickými poruchami učenia patria do tej skupiny detí, pre ktoré je školská dráha nezaslúžene ťažká. Ich školské neúspechy prinášajú

sklamanie rodičom a pocit neuspokojenia učiteľom. Neúspešnému dieťaťu sa samozrejme dostáva menej pochvál, menej povznášajúcich ocenení, menej odmien, ale naopak viac trestov, odsudzovania, výčitiek, zahanbujúcich poznámok. Dieťa je tak zaháňané do izolácie a utvrdzované vo svojom vedomí menejcennosti (Matějček, 1995, s. 210)."

Nemožno poprieť skutočnosť, že rodinné prostredie má na výkon dieťaťa výrazný vplyv vo všetkých oblastiach. Výskumy však nepoukazujú na častejší výskyt nepriaznivých činiteľov rodinného prostredia u detí s poruchami učenia, rovnako je málo prevdepodobné, žeby spôsoby, akými sú deti vychovávané viedli k rozvoju porúch učenia (Selikowitz, 2000). Napriek tomu nevhodné pôsobenie zo strany rodičov prináša so sebou riziko vzniku rôznych sekundárnych problémov. Deti s problémami vo vzdelávaní sa v porovnaní s ostatnými deťmi častejšie dostávajú do situácie psychického stresu a frustrácie, ako následkov školských neúspechov na jednej strane a nadmerného a dlhodobého preťažovania najmä rodičmi, ktorí chcú čo najrýchlejšie a najvýraznejšie dosiahnuť odstránenie nedostatkov v učení na strane druhej (Vágnerová, 1995). Frustrácia týchto detí najčastejšie pramení z pocitu neschopnosti naplniť očakávania iných. Napriek zvýšenému úsiliu nie sú schopné dosiahnuť rovnaké výsledky ako ich rovesníci. Zlyhanie, každá nezvládnutá situácia v dieťati vyvoláva opätovný strach a napätie, následkom čoho sa dieťa zámerne vyhýba činnostiam, ktoré tieto pocity spôsobujú (čítanie, písanie, prejav pred kolektívom triedy...). Stáva sa, že nielen rodičia, ale aj učitelia toto správanie považujú za prejav lenivosti a neochoty dieťaťa a následne za tieto prejavy dieťa trestajú (opakované čítanie, neprimerané množstvo úloh, poznámky za správanie, nezriedka ponižovanie pred kolektívom triedy...). Dieťa sa cíti ponížené, zahanbené, vinné, má pocit bezmocnosti doma i v školskom prostredí.

Problémy dieťaťa vo vzdelávaní ovplyvňujú na jednej strane dieťa samotné, na druhej strane sú záťažou pre rodinu ako celok. Zasahujú do života všetkých členov rodiny.

Zvyčajne až do nástupu do školy dieťa neprejavuje z pohľadu rodičov žiadne výraznejšie ťažkosti. Nepredpokladajú, že by mohlo mať nejaké problémy v škole. Deti, u ktorých býva neskôr diagnostikovaná porucha učenia sa zvyčajne v predškolskom veku výrazne nelíšia od ostatných detí. Doteraz nemali závažnejšie ťažkosti, veľa sa toho spontánne naučili, zvládli materinský jazyk i mnohé sociálne zručnosti. Sú inteligentné, zvedavé, živo sa zaujímajú

o svet okolo seba. Rodičia teda bez obáv hľadia na ich budúcnosť v škole, sú naplnení pozitívnym očakávaním. Rovnako sa i dieťa teší do školy. Pretože rodičia veria v jeho schopnosti, dôveruje si aj ono samé. Detské hodnotenie seba i okolitého diania v tomto období je sprostredkované názorom iných osôb, najčastejšie práve rodičov (Pokorná, 2001, Bartoňová, 2004).

Nástup do školy je pre dieťa výraznou zmenou. Žiaľ, u niektorých detí už po krátkom čase dochádzky do školy dochádza k rozčarovaniu. Aktivity v škole sú pre ne náročné a samé si uvedomujú, že nepracujú tak ako sa od nich očakáva. Jasnú informáciu im podávajú učitelia v škole (menej pozitívnych odmien, častejšie napomínanie, posmešky spolužiakov), ale aj rodičia doma (príliš dlhá príprava bez výraznejších pokrokov, nespokojný výraz tváre rodičov, príkladovanie šikovnejším súrodencom, výkony nie sú také ako rodičia očakávali...).

Táto situácia môže zmeniť postoje rodičov k dieťaťu. „Úspešnosť v škole je pre väčšinu rodičov významnou hodnotou, ktorá je sociálne vysoko cenená a zároveň je predpokladom pre ďalšie sociálne uplatnenie (Matějček et al., 2006)". Dieťaťu s poruchami učenia sa však ani napriek obrovskej snahe nedarí. Požiadavky školy nezvláda, nie je úspešné, často patrí k trvale najhoršie hodnoteným žiakom. Rodičia sa pripravujú s dieťaťom do školy i niekoľko hodín denne, no požadované výsledky sa nedostavujú. Výsledky dieťaťa sa nezlepšujú a v škole si učiteľ často myslí, že rodičia diaťaťu nevenujú dostatočnú pozornosť.

U rodičov sa objavujú pocity bezmocnosti, napätia a stresu, s ktorými si nevedia rady. Toto napätie prenášajú na svoje dieťa a toto nadobúda presvedčenie, že sklamalo svojich rodičov.

Pokiaľ je skutočnosť významne horšia ako rodičia očakávali, zvyšujú nátlak na dieťa a vymáhajú naplnenie toho, s čím počítali. Ak sa ich očakávania nesplnia, emocionálne väzby sú ohrozené (Bajo, 1983).

Dieťa si dobre uvedomuje zmenu postojov rodičov voči nemu, ale nerozumie jej. Zrazu sa mu nedostáva bezpodmienečne pozitívneho prijatia, v spoločnom živote s rodičmi prežíva čoraz menej spontánnu radosť a pribúdajú chvíle napätia, nespokojnosti a výčitiek. Rodičia prestanú dieťa prijímať také, aké je, a prijímajú ho s podmienkou (Pokorná, 2001).

Včasná diagnostika a identifikácia deficitov dieťaťa umožní, aby si rodičia ujasnili, prečo má dieťa ťažkosti pri učení a aby mohli začať s dieťaťom pracovať spôsobom, ktorý je primeraný jeho možnostiam. Pre rodičov-laikov

bývajú problémy v niektorom z predmetov ťažko pochopiteľné, najmä vtedy, keď sa im dieťa javí ako bystré a myslia si, že je dostatočne nadané. Zdanlivá nelogickosť neúspechov býva príčinou toho, že dieťa je označené ako lajdák, ktorý sa nechce učiť, nedáva pozor, málo sa snaží, pretože „keby chcel, tak si to predsa zapamätá."

Stres a frustrácia predstavujú pre rodičov záťaž, ktorá sa mení tak, ako sa mení chápanie a zvládanie ťažkostí spojených s poruchami učenia. Tento proces prebieha v niekoľkých fázach (Matějček et al., 2006):

- Obdobie na začiatku školskej dochádzky dieťaťa, kedy záťaž pre rodičov vyplýva z neistoty, najmä ak nepoznajú a nechápu podstatu problémov svojho dieťaťa.
- Obdobie diagnostikovania porúch učenia. Na oznámenie diagnózy rodičia reagujú pocitmi nespravodlivosti, prežívajú zlosť, smútok i úzkosť vo vzťahu k budúcnosti, najmä ak si uvedomia dlhodobý charakter poruchy. Mnohí rodičia nie sú schopní orientovať sa v danej problematike, sú ovplyvňovaní širokým okruhom rôznych názorov (Bartoňová, 2002/03).
- Začiatok nápravy a snaha o vytvorenie prijateľných podmienok pre zvládnutie školskej práce. V tomto období sa charakter záťaže mení. Rodičia už poznajú príčinu problému svojho dieťaťa, zároveň však výrazne rastú nároky na jeho prípravu do školy. Rodičia dieťaťu musia venovať oveľa viac času, učiť sa s ním, prevádzať reedukačné cvičenia a zmieriť sa s tým, že žiaduci efekt sa bude dostavovať veľmi pomaly. Navyše, musia fakt selektívneho znevýhodnenia svojho dieťaťa prijať emočne.
- Z dôvodu zdĺhavosti a namáhavosti reedukácie porúch učenia niektorí rodičia rezignujú, prejaví sa u nich tzv. „syndróm rodičovského vyhasnutia". Táto rezignácia prichádza zvyčajne v období, keď dieťa vstupuje do puberty, prechádza na druhý stupeň ZŠ a rodičom sa zdá, že problémy spojené s poruchami učenia neustupujú (Bartoňová, 2004).

Rodičia interpretujú poruchy učenia svojich detí rôzne:

- Sú presvedčení, že za školským neúspechom ich dieťaťa stojí nedostatočná motivácia, lenivosť a neochota dieťaťa učiť sa. Tento postoj prevláda skôr zo začiatku.
- Ťažkosti svojho dieťaťa pokladajú za vývinovo podmienené a dúfajú, že budú len dočasné a spontánne sa samé vyriešia. Tento postoj prevláda zvyčajne u otcov, ktorí sa s problémami svojho dieťaťa nestotožnia, sú presvedčení o tom, že „život je ťažký a dieťa si musí zvykať".

- Problémy v učení chápu ako kognitívny problém a vedia, akým spôsobom sa dajú špecifické nedostatky dieťaťa zmierniť. Tento spôsob interpretácie prebrali od odborníka, s ktorým spolupracujú. V takomto prípade stúpa i pravdepodobnosť úspechu ich dieťaťa.
- Zneužívajú diagnózu porúch učenia, nadmerne sa na ňu odvolávajú, žiadajú pre dieťa v škole neprimerané úľavy, následkom čoho sa dieťa prestane snažiť, hľadá úniky zo školskej práce.
- Extrémnym prípadom sú tzv. „matky-trpiteľky", ktoré sa dieťaťu celkom obetujú, zavrhnú všetok svoj voľný čas i voľný čas dieťaťa. Neuvedomujú si však, že ich záujem nie je orientovaný na dieťa, ale na jeho školské výsledky.

Miera subjektívnej záťaže, ktorú poruchy učenia predstavujú závisí na tom, ako ich rodičia interpretujú, pričom interpretácia ovplyvňuje i samotné správanie sa rodičov k dieťaťu (Bartoňová, 2004, Michalová, 2007, Nichols in Matějček, 2006).

Prítomnosť problému porúch učenia v prostredí rodiny možno chápať ako stresor, ktorý so sebou prináša zmeny vo fungovaní rodiny. V rámci tejto problematiky je možné ako stresové faktory chápať:

- *prežívanie rodičovstva dieťaťa s poruchou učenia*,
- *okolnosti sprevádzajúce poruchy učenia* (stresujúca domáca príprava na vyučovanie, vysoké nároky na trpezlivosť, dôslednosť, časová náročnosť starostlivosti o dieťa, najmä ak rodič vie, že nemá toľko času, koľko by dieťa potrebovalo, potreba zmieriť sa s nízkou efektivitou vynaloženého úsilia, pre rodičov ťažko pochopiteľná priepasť medzi normálnou alebo nadpriemernou hodnotou IQ a prospechom dieťaťa v škole (Strnadová, 2005, Matějček, et al., 2006).
- *kombinácia porúch učenia s ďalšími záťažami*,
- *sociálne a emocionálne problémy dieťaťa*, dieťa namieri svoju zlosť prameniacu z frustrácie proti rodičom. V škole svoj hnev potláča natoľko, že sa stane extrémne pasívne. Akonáhle sa však ocitne v bezpečnom prostredí domova, tieto veľmi silné emócie explodujú. Paradoxne sú najčastejšie namierené proti matke, ktorej dieťa najviac dôveruje, a preto si dovolí pred ňou ventilovať svoju zlosť (Ryan, in Kucharská, 1997).
- *spojenie špecifickej dysfunkcie s inou poruchou*, najčastejšie so syndrómom ADHD (náladovosť, neprispôsobivosť, nesústredenosť, výbušnosť, komfliktnosť...),

- *zlá ekonomická situácia a rozpad rodiny*,
- *pocity nedostatočného porozumenia a malej možnosti získať pomoc odborníkov* (hlavne u starších detí, neochota učiteľov využívať individuálny prístup, zľahčovanie problémov dieťaťa neodbornosť). Aj keď táto skutočnosť nie je vždy pravdou, správanie učiteľa voči dieťaťu s poruchou učenia považuje 68% matiek za silne stresujúce (Brock a Shute, 2001 in Matějček, Vágnerová, 2006),
- *obavy o budúcnosť dieťaťa*,
- *pocity zlyhania v rodičovskej role.* Rodičia sa cítia vyčerpaní, bezmocní, súpresvedčení o tom, že zlyhali a nedokážu svojmu dieťaťu pomôcť. Niekedy sa môžu objaviť pocity viny z toho, že svojmu dieťaťu pred stanovením diagnózy krivdili, alebo v prípadoch, kde je jedným možných etiologických faktorov dedičnosť (Strnadová-Lednická, 2005).

Preťažený a nespokojný rodič prežíva menej uspokojenia z vlastného života a jeho napätie zvyšuje riziko konfliktov v rámci celej rodiny. Je preto dôležité, aby sa rodiny s takýmito deťmi snažili za každú cenu udržiavať v rodine harmonickú atmosféru, aby boli schopné odolávať nátlaku, zvládali záťažové situácie s čo najmenšou ujmou. Faktory, ktoré vyvolávajú stres, môžu za istých okolností pôsobiť ako zdroj opory. Medzi takéto možno zaradiť:

- *Podpora školy a poradenských zariadení*, respektíve učiteľov, špeciálnych pedagógov a psychológov. Za jeden z významných predpokladov úspešného sebaponímania dieťaťa, reedukácie či kompenzácie poruchy je považovaná osobnosť učiteľa, jeho empatia, spôsob práce s dieťaťom, schopnosť vytvoriť pozitívnu atmosféru v triede (Michalová, 2007).
- *Podpora rodiny, prarodičov a ďalších príbuzných*. Opora najbližších ľudí a istota, že sa na nich môžeme spoľahnúť eliminuje pocit stresu a neriešiteľnosť problému. Úloha, ktorá je chápaná ako spoločná, stmeľuje rodinu a robí ju odolnejšiu voči ďalším záťažiam. Veľkou oporou pre rodičov môže byť zdieľaná skúsenosť rodičov detí s podobnými problémami (Selikowitz, 2000).
- *Vlastná skúsenosť sporuchami učenia.* Rodič, ktorý vie, čo všetko poruchy učenia obnášajú, nemusí prechádzať fázami neistoty a hľadania informácií, pretože mu bude jasné, čo dieťa trápi. Skúsenosť s týmto problémom môže byť faktorom, ktorý posilňuje pozitívny postoj k prijatiu dieťaťa a riešeniu jeho špecifických problémov v učení.Mnohí rodičia môžu tiež nájsť zmysel v možnosti odovzdávať svoje skúsenosti s poruchami učenia ďalším rodinám, ktoré majú podobný problém (Matějček et al., 2006).

Prítomnosť problému porúch učenia podobne ako ktorýkoľvek iný nedostatok, porucha či postihnutie ovplyvňuje všetkých členov rodiny, súrodencov nevynímajúc. Tendencie rodičov deti porovnávať, sťažovať sa na ne, či dávať najavo svoje sklamanie z neúspechu vedú k vytváraniu negatívnych vzťahov medzi súrodencami, niekedy až k nezdravej rivalite.

Súrodenec na druhého žiarli, pretože rodičia mu nevenujú toľko času a pozornosti ako dieťaťu s poruchou učenia.

Iróniou však je, že dieťa s poruchou učenia často o túto pozornosť ani nestojí. Vzrastá však riziko, že sa bude zle správať k úspešnejším deťom v rodine (Ryan in Kucharská, 1997). Tieto problémy sa ešte viac zvýrazňujú, ak dieťa s poruchou učenia predbieha mladší súrodenec v čítaní, písaní alebo počítaní. V iných rodinách, naopak môžu rodičia všetok svoj záujem sústrediť na intaktné dieťa, kladú naň zvýšené požiadavky, akoby si chceli vynahradiť sklamanie z dieťaťa s poruchami učenia. Dieťa je preťažené, obáva sa, že neuspokojí želania svojich rodičov, čo môže viesť k negatívnym následkom. Neraz je takýto pocit sprevádzaný agresívnym správaním sa voči súrodencovi, odmietaním zdržiavať sa v jeho prítomnosti, neochotou navzájom komunikovať.

Kyrbiová (2000) uvádza niektoré pocity súrodenca dieťaťa s poruchami učenia:

- *hnev* – Prečo práve ja mám takého súrodenca? Nemôžem si kvôli nemu robiť, čo chcem.
- *súcit* – Je mi ho ľúto, ale neviem, ako mu pomôcť.
- *neznalosť* – Nikto mi poriadne nevysvetlil, čo mu vlastne je.
- *opora* – Chcem mu byť nablízku, lebo viem, že v škole má veľké problémy, bojím sa o neho.
- *rozčarovanie* – Nechápem, ako sa to správa, robí zo seba hlupáka.

Rodičia by mali myslieť aj na to, čo môže takáto situácia spôsobiť u ďalších detí v rodine. Tieto deti rovnako potrebujú cítiť lásku a pozornosť, potrebujú vedieť, že oni sami nie sú diskriminovaní, keď rodičia musia viac času venovať súrodencovi. Ak zároveň dostane primerané vysvetlenie podstaty ťažkostí svojho súrodenca, potom bude iste reagovať chápavo (Selikowitz, 2000).

Práve rodičia môžu pomôcť súrodencom nájsť k sebe cestu a objaviť hodnoty, ktoré každý z nich v sebe nosí. Takéto možnosti sa objavujú práve vo chvíľach, keď sú deti spolu s rodičmi (po návrate zo školy a z práce, v čase víkendov a spoločných dovolenie). Súrodencov je dôležité viesť k vzájom-

nému pochopeniu, k väčšej tolerancii. Je potrebné aby rodičia upozorňovali na klady dieťaťa, rozvíjali jeho osobnosť pozitívnymi výchovnými vplyvmi. Pozitívnym výchovným činiteľom v takýchto situáciách môže byť: „zdôraznenie významu životných perspektív (plánovanie budúcnosti, vytyčovanie cieľov); vnútorné presvedčenie o hodnote medziľudských vzťahov (solidarita, ochota pomôcť); upevňovanie a rozvíjanie zdravého sebavedomia (u dieťaťa so ŠPU sa často vyskytuje nízke sebavedomie vplyvom školskej neúspešnosti, dôležité je oceniť aj jeho malé úspechy); posilňovať spôsobilosť dieťaťa tvorivo myslieť a konať; pevné presvedčenie o povinnostiach a zodpovednosti dieťaťa voči rodine ako celku (dodáva pocit zodpovednosti a tiež skutočnosť, že dieťa nie je rodičom ľahostajné)“ (Helus, 2007, s. 164–165).

Dôležitým prvkom v kruhu nedorozumení, pocitov neschopnosti pomôcť, či zmeny postojov a vynaloženej pozornosti v rodine s dieťaťom, ktoré má problém s učením sú poradenské zariadenia. Práve tieto môžu rodinám pomôcť riešiť situáciu, v ktorej sa nachádzajú. Na jednej strane poskytujú možnosť určenia diagnózy dieťaťa, informácie o príčinách a možnostiach nápravy, vysvetlia rodičom podstatu problematiky prijateľným spôsobom, na druhej strane ponúkajú rodičom pomocnú ruku aj pri riešení sociálnych problémov, ktoré z porúch učenia vyplývajú.

„Nehovorte mi, čo je zle, povedzte mi, čo môžem urobiť, aby som svojmu dieťaťu pomohol (Kyrbiová, 2000, s. 11)“.

Niekoľko odporúčaní pre rodičov detí s poruchami učenia:

- stanoviť jasné pravidlá, určiť rámcový denný program a dodržiavať ho,
- vytvoriť citovo príjemné prostredie s dôverou a pochopením,
- s dieťaťom pracovať pravidelne, dôsledne a predovšetkým trpezlivo,
- domáca príprava by mala prebiehať približne v rovnakom čase, na rovnakom mieste v pokojnom prostredí bez rušivých elementov,
- predchádzať konfliktom – negatívne ovplyvňujú pozornosť dieťaťa,
- byť dieťaťu oporou, istotou – ani dospelý nevie všetko, všetko sa mu nepodarí na prvý pokus,
- umožniť diaťaťu zažívať úspech a radosť z úspechu,
- umožniť dieťaťu prejaviť zlosť, hnev z neúspechu (nepotláčať negatívne emócie),
- neodbiehať od činnosti (ani rodič),
- rešpektovať tempo dieťaťa,
- nepreťažovať dieťa,

- rozdeliť činnosti na menšie celky, úlohy dokončiť,
- nevyžadovať samostatnosť za každú cenu, byť dieťaťu nablízku pokiaľ to očakáva,
- neponižovať dieťa hanlivými výrokmi,
- oceniť každú snahu dieťaťa, nielen dobrý výsledok,
- spoločne realizovať aj iné aktivity, nie len prípravu na vyučovanie (hry, nákupy, príprava jedla...),
- podporovať sebavedomie dieťaťa,
- neporovnávať s inými deťmi,
- ukázať dieťaťu v čom je dobré, lepšie ako iní.

Niektoré výskumy z oblasti psychológie rodiny poukazujú práve na význam vplyvu určitých postojov a zaužívaných výchovných postupov rodičov.

- Zistilo sa, že demokratický postoj rodičov, v zmysle znášanlivosti a zhody, dáva dieťaťu priestor k aktivite a spontánnosti. Dôsledkom toho je potom schopnosť dieťaťa vyrovnávať sa so sebou a presadzovať sa v okolí. Môže však nastať aj opačný prípad, kedy práve deti zhovievavých rodičov majú problémy s prispôsobením sa, pretože očakávajú rovnako zhovievavý prístup aj od okolia.
- Výsledkom pôsobenia autoritatívneho správania sa rodičov môžu sa u dieťaťa prejaviť črty pasivity, podriaďovania na jednej strane a na druhej strane prejavy agresivity úzkosti a depresie.
- Uvádza sa, že prílišnou starostlivosťou zo strany rodičov sa deti stávajú extrémne závislé, nesamostatné.
- Pre osobnosť dieťaťa vystavenú extrémne odmietavému postoju rodičov je príznačná agresivita,vzdorovitosť, nepriateľský postoj (Kováč, 1964, citovaný podľa Brťkovej 2002).

Na záver môžno povedať, že nielen rodičia pôsobia na dieťa s poruchami učenia, ale i ono pôsobí na svoje rodinné prostredie. Rodičia a súrodenci sa pod jeho vplyvom menia, mení sa ich názor na dieťa a mení sa ich hodnotový rebríček. Nemôžno poprieť, že život dieťaťa s poruchami učenia je vo veľkej miere závislý od starostlivosti rodičov. Pre úspešné zvládnutie úlohy rodiča takéhoto dieťaťa je dôležitým predpokladom, aby rodič vnímal a akceptoval svoje dieťa také, aké v skutočnosti je.

Použitá literatúra

BAJO, I. 1983. *Pedagogika špecializovaných tried základnej školy.* Vysokoškolské skriptá UK v Bratislave, 1983. ISBN 85-469-83.

BARTOŇOVÁ, M. 2004. *Kapitoly ze specifických poruch učení I.* Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3613.

BELKOVÁ, V. 2004. *Podiel školy a rodiny na náprave dyslexie.* Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2004. ISBN 80-8055-991-0.

BRŤKOVÁ, R. 2002. *Aktuálny stav edukácie mentálne postihnutých detí z aspektu právnych a pedagogických noriem.* Bratislava: UK, 2002.

HELUS, Z. 2007. *Sociální psychológie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.

KUCHARSKÁ, A. 1997. *Specifické poruchy učení a chování.* Sborník 1997. Praha: Portál, 1997. 1211-670X.

KIRBYOVÁ, A. 2000. *Nešikovné dítě.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-424-9.

MATĚJČEK, Z. 1995. *Dyslexie, specifické poruchy čtení.* Jinočany: H & H, 1995. ISBN 80-85787-27-X.

MATĚJČEK, Z. et al. 2006. *Sociální aspekty dyslexie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1173-2.

MICHALOVÁ, Z. 2007. *Sondy do problematiky specifických poruch chování.* Havlíčkuv Brod: Tobias, 2007. ISBN 80-7311-075-X.

POKORNÁ, V. 2001. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování.* 3., rozšírené vydanie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-90.

SELIKOWITZ, M. 2000. *Dyslexie a jiné poruchy učení.* Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-773-7.

STRNADOVÁ, I. 2005. *Zdroje stresu a jeho zvládání v rodinách dětí s dyslexii.* In: Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 40, 2005, č. 4, s. 309–324.

STRNADOVÁ-LEDNICKÁ, I. 2005. Stresové a resilienční faktory v rodinách s dětmi s poruchami učení. In: Speciální pedagogika, 15, 2005, č. 3, s. 200–215.

VÁGNEROVÁ, M. 2006. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání.* Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-0956-8.

Kontaktná adresa
PaedDr. Rastislava Brťková, PhD.
Kat. špeciálnej pedagogiky, UK PdF
Račianska 59
812 34 Bratislava

SYSTÉM SOCIÁLNEJ POMOCI RODINÁM S MENTÁLNE POSTIHNUTÝMI DEŤMI VO VYBRANÝCH EURÓPSYCH KRAJINÁCH

Mgr. Adriana Gajdošíková, PhD.

Katedra špeciálnej pedagogiky UK PdF v Bratislave

Kľúčové slová

Rodina s mentálne postihnutým dieťaťom, systém sociálnej pomoci, Slovenská republika, Česká republika, Rakúsko.

Rodina, navzdory premenám, ktorými prechádza, problémom, s ktorými je konfrontovaná a pochybám, ktorým čelí, zostáva svojbytným druhom ľudskej pospolitosti, bez ktorého si väčšina súčasníkov nevie svoj život predstaviť. Predovšetkým je významným, hoci pre mnohých už vratkým stabilizátorom intímnej medziľudskej vzájomnosti – útočiskom domova. Jej zvlášť závažnou úlohou je realizovať svoju funkčnosť voči dieťati. Je ťažko nájsť prostredie, ktoré by tak ako ona zodpovedalo potrebám detí a dospievajúcich a vytváralo tak účinné východiskové podmienky pre rozvoj ich osobností, vrátane ich vzdelávacej úspešnosti (Helus, 2006).

Funkcie rodiny ako výchovnej inštitúcie ovplyvňujú mnohé podmienky – vonkajšie i vnútorné. Vonkajšie podmienky rodiny, tj. finančné a hmotné, je možné skvalitňovať najrôznejšími opatreniami zo strany spoločnosti. Patria medzi ne existenčné, ako napr. základné materiálne vybavenie rodiny, rôzne finančné dávky, mimoriadne sociálne výhody, príspevky z prostriedkov doplnkovej starostlivosti, poradenská služba atd., ale i stále sa zvyšujúci spoločensko-kultúrna úroveň rodičov ako dôsledok osvetovej činnosti a súčasného trendu celoživotného vzdelávania. Ovplyvňovanie vnútorných podmienok je už zložitejšie (Kvapilík – Černá, 1990).

Viacerí autori rozlišujú tieto základné funkcie rodiny:

- biologicko-reprodukčnú,
- ekonomickú,
- výchovnú a socializačnú,
- emocionálnu.

Tamášová (2007) uvádza aj funkciu socializačnú a odpočinkovo-regeneračnú.

Inú terminológiu používa Matějček (1991), ktorý medzi psychologické funkcie rodiny zaraďuje:

- Vzájomné uspokojovanie psychických potrieb. Táto funkcia je podľa autora najdôležitejšia, pretože pre dieťa znamená styčný bod v jeho psychickom vývoji. Starostlivosť o vlastné dieťa prináša uspokojenie aj samotnému rodičovi.
- Trvalosť a hĺbku citových vzťahov. Plnenie tejto funkcie potvrdzuje, že rodinný zväzok je pevný nielen po právnej, ale i psychickej stránke.
- Spoločnú budúcnosť. Táto funkcia nadväzuje na ostatné. Rodičia sa angažujú na budúcnosti svojich detí, pomáhajú im ju plánovať a vytvárať, čím vlastne formujú aj vlastnú perspektívu.
- Prelínanie súkromia. Členovia rodiny žijú väčšinou spoločne, čo je dôležité pre formovanie osobnosti a schopnosti zvládať rôzne životné situácia ako sú krízy a nedorozumenia.
- Vytváranie sociálnych vzťahov. Prostredníctvom rodiny dieťa spoznáva fungovanie v spoločnosti, pozície a role v spoločenskom živote, vzťah k práci a podobne.

Narodenie postihnutého dieťaťa odborníci považujú za jednu z psychicky najbolestivejších udalostí, ktoré sa môžu človeku prihodiť, pričom najtraumatickejším okamihom sú chvíle krátko po narodení dieťaťa, kedy nie vždy najtaktnejším spôsobom bývajú rodičia oboznámení o tom, že ich dieťa „je iné".

Rodičia preto v prvom momente cítia bolestné sklamanie z nenaplneného očakávania zdravého dieťaťa, na ktoré sa tešili. Naopak prináša im to subjektívne, ale oprávnene aj objektívne očakávanie problémov. Neistota, spôsobená nedostatkom informácií však ešte znásobuje utrpenie, sťažuje možnosť prispôsobiť sa skutočnosti, pretože rodičia nevedia, čo môžu očakávať.

Reakcie rodiny na prítomnosť postihnutia dieťaťa sa líšia. Rovnako ako závisia od pripravenosti rodičov, prípadne súrodencov na narodenie a príchod dieťaťa s postihnutím do rodiny, tak isto závisia i od profesionality odborníkov, ktorí im túto správu oznámia a spôsobu podania tejto informácie. V prípade, že matka sa o postihnutí dieťaťa dozvie pred jeho narodením, má dostatočný čas na vyrovnanie a je na takéto dieťa pripravená. Druhú kategóriu tvoria matky, ktoré sa tešia na zdravé dieťa, ale lekár im po narodení dieťaťa oznámi nepríjemné správy.

Kontakt medzi odborným lekárom a rodičmi je veľmi dôležitý. Podľa Lambecka (1992) je vhodné využiť tri základné prvky pri rozhovore s klientom:

- Pozitívne hodnotenie a vrúcnosť lekára voči rodine uľahčuje rodičom verbalizáciu svojich problémov a zmierňuje ich strach.
- Empatia v rozhovore pomáha lekárovi verbalizovať nesprávne sformulované negatívne emócie ako strach, zúfalstvo, smútok či hnev.
- Lekár, ktorý si je vedomý svojich pocitov, ktoré sa vynárajú v súvislosti s dieťaťom s postihnutím dáva rodičom príklad ako sa s nimi konfrontovať. Úprimné správanie sa lekára umožňuje rodičom vnímať ho ako osobu, na ktorú sa môžu kedykoľvek obrátiť. Takýto prístup sa nazýva kongruencia.

Newman (2004) konštatuje, že správna reakcie okolia na postihnutie dieťaťa neexistuje. Každý reaguje inak, záleží na okolnostiach, konkrétnom dieťati, nálade. Reakcie okolia môžu byť pozitívne, no rovnako aj negatívne. Niekedy majú rodičia pocit, že všetko zvládnu, takže sa s ľudskou drzosťou a hrubosťou dokážu ľahko vyrovnať, inokedy sa snažia s myšlienkami na pomstu zmiznúť čo najrýchlejšie. Existuje však aj mnoho ľudí, ktorí sa snažia pomôcť, a to nielen rodičom, ale aj dieťaťu. Zbierajú rôzne informácie o postihnutí, vyrábajú špeciálne hračky pre dieťa, pripravujú ďalších známych a príbuzných na to, že dieťa sa narodilo s postihnutím, a snažia sa celú situáciu rodičom a dieťaťu uľahčiť.

Rola súrodenca postihnutého dieťaťa je veľmi náročná a predstavuje veľkú záťaž. Narodením dieťaťa s postihnutím sa intaktným deťom mení postavenie v rodine, ale aj postoje a očakávania rodičov sa odlišujú. Postoje a správanie intaktného súrodenca sa menia, a to pozitívnym alebo negatívnym smerom (Vágnerová, 2004).

Intaktný súrodenec si uvedomuje, že postihnuté dieťa v rodine má všetky privilégia, a veľmi skoro začne pociťovať rozdielnosť rodičovského prístupu. Dieťa na jednej strane rozumie, že mladší súrodenec jeho pomoc potrebuje, ale na druhej strane je to pre neho veľká záťaž. Proces prijatia ohrozeného alebo dieťaťa s mentálnym postihnutím rodičmi, súrodencami a ostatnou rodinou môže trvať dlhší čas, reakcie rodičov na dieťa sa postupom času menia, rodina si nachádza cestu k dieťaťu a poskytujú mu pekný domov. Tento proces vyrovnania sa s narodením ohrozeného alebo mentálne postihnutého dieťaťa popísala Vágnerová (2004) do niekoľkých fáz:

- Fáza šoku a popretia je prvá reakcia rodičov na skutočnosť, že je ich dieťa mentálne postihnuté. Rodičia sú šokovaní a danú situáciu odmietajú. Nedokážu prijať žiadne informácie o starostlivosti o postihnuté dieťa, pretože sa ešte sami nevyrovnali s touto skutočnosťou. To sa však časom zmení a rodičia postupne svoje dieťa s postihnutím začnú prijímať.
- Vo fáze bezmocnosti rodičia prežívajú pocit viny, hanbia sa a boja reakcie iných ľudí na svoje postihnuté dieťa. Nevedia, ako sa zachovať, pretože sa s touto situáciou stretajú prvýkrát. Preto sú veľmi citliví a podráždení. Uvedomujú si, že potrebujú pomoc, ale boja sa, že ich okolie odmietne. Mnohí sa preto od okolia izolujú a sami sa snažia čeliť problémom.
- Rodičia sa dostávajú do fázy postupnej adaptácie a vyrovnávania sa s problémom snažia sa vo vyššej miere zaujímať o rôzne informácie týkajúce sa postihnutia a zaujíma ich budúcnosť dieťaťa. Hľadajú pomoc u špeciálnych pedagógoch, postupne sa začínajú zaujímať o ranú starostlivosť dieťaťa. Rodičia však aj v tejto fáze prežívajú strach a úzkosť, ktorý sa vzťahuje hlavne na budúcnosť dieťaťa.
- Prichádza fáza zjednávania a rodičia sú schopní akceptovať postihnutie svojho dieťaťa. Ale ešte stále dúfajú, že dieťaťu sa prilepší a konečný rozsah postihnutia nebude tak veľký.
- Poslednou fázou vyrovnávania sa s postihnutím dieťaťa je fáza realistického postoja. V tejto fáze rodičia svoje dieťa akceptujú také, aké v skutočnosti naozaj je. Začínajú sa správať prirodzene, realisticky a plánujú budúcnosť dieťaťa a celej rodiny.

Podľa Prevendárovej (1998) je finálny stupeň rodičovskej adaptácie:

- akceptácia postihnutia dieťaťa,
- akceptácia dieťaťa takého aké v skutočnosti je,
- akceptácia seba ako rodiča dieťaťa s postihnutím.

Spôsob adaptácie rodiny na postihnutie dieťaťa závisí od množstva faktorov, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú. Vždy záleží na rodine, ako interpretuje daný stav a akú pomoc má k dispozícii. Traumatická udalosť môže byť výzvou pre obohatenie života rodiny a môže mať aj negatívny dopad na celú rodinu, pretože niektoré problémy v rodine môžu byť podmienené skôr zlyhaním pomoci ako samotným postihnutím dieťaťa (Lopúchová, 2008).

Uvádzame Prevendárovej (1998) deväť základných funkcií, ktoré by mala plniť rodina s dieťaťom s postihnutím:

1. Ekonomická funkcia plní potreby a záujmy rodiny s dieťaťom s postihnutím v ekonomickej oblasti. Starostlivosť o dieťa s postihnutím výrazne zasahuje do rozpočtu rodiny. Matky ostávajú s dieťaťom doma a finančné zabezpečenie rodiny ostáva na pleciach otca, nie každá rodina dokáže vzdorovať tomuto tlaku.
2. Napĺňanie funkcie telesnej starostlivosti môže byť pre rodinu veľmi náročné, hlavne vtedy, ak v rodine žije dieťa s postihnutím bez základných samoobslužných návykov a zručností.
3. Naplnenie odpočinkovej a regeneračnej funkcie býva v rodine s dieťaťom s postihnutím náročné, pretože starostlivosť o dieťa matke zaberá množstvo času a nie vždy si dokážu nájsť čas na odpočinok.
4. Socializačná funkcia zabezpečuje socializáciu nielen dieťaťa s postihnutím, ale celej rodiny.
5. Sebadefinujúca funkcia zabezpečuje nadobúdanie poznania a utvrdzovania vlastnej identity každého člena rodiny.
6. Funkcia citového zázemia zabezpečuje zdravú citovú rovnováhu medzi členmi rodiny.
7. Vodcovská a poradenská funkcia.
8. Výchovná a výuková funkcia je veľmi dôležitá v živote dieťaťa s postihnutím. Najviac sa naučia deti od svojich rodičov a blízkej rodiny. Preto je dôležité, aby boli rodičia svojim deťom príkladom a venovali im množstvo času.
9. Funkcia prípravy na povolanie dieťaťa s postihnutím je značne obmedzená mierou postihnutia dieťaťa.

Riešenie problematiky a postavenia dospelých občanov s mentálnym postihnutím a ich rodím spadá do kompetencie viacerých rezortov. Medzi najdôležitejšie rezorty patrí ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny, ministerstvo zdravotníctva, ministerstvo školstva. Poskytovať zdravotnícke, sociálne ale aj vzdelávacie služby môže nielen verejná správa, ale po splnení určitých podmienok aj fyzické, právnické osoby (ziskové aj neziskové).

Okruh možností v starostlivosti o rodiny ľudí s mentálnym postihnutím je v našich podmienkach stále pomerne obmedzená a na nedostatočnej úrovni. Samotní rodičia postihnutých dospelých detí, ktorí sa snažia svoje dieťa rozvíjať, i napriek jeho postihnutiu, postrádajú viac možností pomoci a záujmu hlavne zo strany štátu.

Najlepšie svoje potreby dokážu zadefinovať občania s mentálnym postihnutím a ich rodiny samy. Na základe prieskumu realizovaného Združením na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v SR, za pomoci Európskeho sociálneho fondu v roku 2006, bol sformulovaný prehľad potrieb dospelých občanov s mentálnym postihnutých a ich rodín. Ten zahŕňa: zdravotnú starostlivosť, sociálnu starostlivosť, vzdelávanie, podporu a pomoc.

Legislatívna pomoc rodinám s mentálne postihnutým jednotlivcom na Slovensku

V rezorte školstva aktuálne existuje nasledujúci systém inštitúcií pre osoby s mentálnym postihnutím: Praktická škola, poradenské zariadenia (Pedagogicko-psychologická poradňa, Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva)

Rezort práce a sociálnych vecí prostredníctvom sústavy inštitúcií sociálnych služieb poskytuje postihnutým jedincom služby v oblasti: právnej, ekonomickej a morálnej podpory. Realizuje sa to prostredníctvom oddelení sociálnych vecí okresných, obvodných a miestnych úradov, ktoré zabezpečujú pre postihnutých:

- peňažné dávky sociálnej starostlivosti,
- sociálno-právnu ochranu,
- zľavy pre občanov ťažko postihnutých na zdraví,
- ústavnú sociálnu starostlivosť pre deti a mládež (Vašek, 2003).

Rezort práce a sociálnych vecí zabezpečuje prostredníctvom tvorby legislatívy a cez systém inštitúcií podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov sociálnu pomoc a služby.

Legislatívna pomoc rodinám s mentálne postihnutým jednotlivcom v Čechách

Štátna sociálna sieť ČR sa snaží pokryť všetky sociálne situácie, do ktorých sa občania môžu dostať. Dávky, ktoré sú určené pre osoby ZP (zdravotne postihnuté) majú na starosti mestské úrady s rozšírenou pôsobnosťou, ktoré túto úlohu prebrali po okresných úradoch. Mentálne postihnutie podľa zákonov Českej republiky spadá pod vyhlášku č. 156/1997 Z. z. Je zaradené do III. Kapitoly ako duševná porucha a porucha správania a zodpovedá stupňu zdravotného postihnutia od 20 do 100% a tým, že 100% zodpovedá hlbokej mentálnej retardácii. Pre rodinu s mentálne postihnutým dieťaťom sa dajú vymedziť nasledovné príspevky:

Rodičovský príspevok

Rodičovský príspevok prináleží podľa § 30 odst. 1 zákona č. 117/1995 Z. z., o štátnej sociálnej podpore tomu rodičovi, ktorý sa po celý kalendárny mesiac osobne, celodenne a poriadne stará aspoň o jedno dieťa do siedmych rokov, ktoré je zdravotne ťažko postihnuté.

„U zdravotne postihnutých detí má rodič právo na poberanie rodičovského príspevku odo dňa priznania dieťaťa ako dlhodobo zdravotne postihnuté a to bez ohľadu na prvú zvolenú možnosť čerpania rodičovského príspevku" (http://www.mpsv.cz/files/clanky/4781/Letak SSP_2008.pdf).

Rodičovský príspevok prináleží rodičom podľa § 30 odst. 3 písm. c), d), e) zákona č. 117/1995 Z. z. pokiaľ:

- Dieťa pravidelne navštevuje liečebné rehabilitačné zariadenie alebo špeciálnu materskú školu či jasle so zameraním na chyby zraku, sluchu, reči a na deti telesne postihnuté, mentálne retardované v rozsahu neprevyšujúcom štyri hodiny denne.
- Dieťa dlhodobo ZP alebo dlhodobo ŤZP pravidelne navštevuje jasle, MŠ alebo iné zariadenie pre deti predškolského veku v rozsahu neprevyšujúcom štyri hodiny denne.
- Dieťa navštevuje jasle, MŠ či iné podobné zariadenie pre deti predškolského veku v rozsahu neprevyšujúcom štyri hodiny denne pokiaľ stupeň ZP zraku alebo sluchu obidvoch rodičov je v rozsahu 50 % a viac.

Pokiaľ sa rodič stará o dieťa dlhodobo ZP a toto dieťa nepoberá príspevok na starostlivosť prináleží od 1.1. 2009 rodičovský príspevok na dieťa od 7–10 rokov (http://www.roska.eu/poradna-socialni/socialni-davky-v-roce-2009.html).

Sociálny príplatok

Sociálny príplatok je ďalšou dávkou štátnej sociálnej podpory, ktorej cieľom je pomáhať rodinám s nízkymi príjmami pokryť náklady spojené so zabezpečovaním potrieb ich detí. Na túto dávku majú právo i rodiny starajúce sa o nezaopatrené dieťa (§ 20 odst. 1 zákona č. 117/1995 Z. z.). Sociálny príplatok je priamo úmerný príjmu rodiny, pokiaľ je príjem rodiny vyšší, sociálny príplatok sa znižuje a naopak. Sociálny príplatok je vymeriavaný zo životného minima.

Pokiaľ sa jedná o dieťa dlhodobo ťažko zdravotne postihnuté životné minimum sa násobí koeficientom 3,00.

Pri dieťati, ktoré je zdravotne postihnuté, ktoré je nezaopatrené sa čiastka násobí koeficientom 2,67.

Príspevok na nezaopatrené dlhodobo choré dieťa sa vymeriava násobením životného minima koeficientom 1,34.

V prípade, že sú obaja rodičia dlhodobo ťažko postihnutí násobí sa čiastka životného minima rodiny číslom 1,35. Pri osamelom rodičovi pripadá toto číslo na 1,30. Pokiaľ je zdravotne postihnutý iba jeden z rodičov koeficient násobenia pripadá číslu 1,05 (§ 20 odst. 1 zákona č. 117/1995 Z. z. O štátnej sociálnej podpore).

Príspevok na starostlivosť

Prináleží osobám, ktoré sú predovšetkým z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu závislí od pomoci druhej osoby a to v oblasti dennej starostlivosti o vlastnú osobu a sebestačnosť. Príspevok prináleží osobe, ktorá starostlivosť vyžaduje, nie osobe, ktorá starostlivosť poskytuje. Schopnosť postarať sa o seba a byť sebestačný je u každého postihnutého rozdielna preto zákon zaznamenáva 4 rôzne stupne pomoci od miernej až po úplnú. Výška príspevku sa vzťahuje ako na stupne pomoci, tak aj ne vek osoby, o ktorú sa staráme.

Dávky pestúnskej starostlivosti

Sa prideľujú v prípade náhradnej rodinnej výchovy, kedy súd rozhodol zveriť pestúnovi dieťa do starostlivosti v prípadoch, kedy oň vlastní rodičia nemajú záujem alebo sa oň nedokážu postarať. Dávky sú štyri a sú to:

- príspevok na úhradu potrieb dieťaťa,
- odmena pestúna,
- príspevok pri prevzatí dieťaťa,
- príspevok na nákup motorového vozidla (http://www.roska.eu/poradna-socialni/socialni-davky-v-roce-2009.html).

Pôrodné

Pôrodné je dávka, ktorá je vyplácaná každej matke bez ohľadu na postihnutie dieťaťa, ktorá súvisí s jeho narodením. Ide o jednorazovú pevne stanovenú čiastku.

Pohrebné

Jednorazová sociálna dávka vyplácaná osobe, ktorá zariadila pohreb nezaopatrenému dieťaťu alebo bola rodičom nezaopatreného dieťaťa.

Jednorazový príspevok na zaobstaranie zvláštnych pomôcok

Občanom s postihnutím týmto štát pomáha k zmierneniu či prekonaniu následkov postihnutia. Túto dávku neuhrádza jeho sociálna poisťovňa. Zoznam týchto pomôcok je vo vyhláške 182/1991 Z. z. V neskoršom znení predpisov, ale je možné získať príspevok i na pomôcky kompenzačné.

Príspevok na úpravu bytu

Je určený ŤZP občanom, čo zahŕňa i hlbokú mentálnu retardáciu, s ťažkým postihnutím pohybovej či opornej sústavy, ktoré značne obmedzuje pohyb tohto jednotlivca, občanom nevidiacim a deťom starším 3. rokov s kombinovaným postihnutím uvedeným vo vyhláške. Za úpravu bytu sa v takomto prípade považuje: rozšírenie dverí, odstránenie prahov, úprava prístupu do bytu a podobne. Príspevok sa dá získať až do výšky 70 % celkovej sumy.

Príspevok na získanie a opravu motorového vozidla

Zo systému dávok sociálnej starostlivosti podľa § 35 odst. 2 písm. c) vyhlášky č. 182/1991 Z. z., vyplýva pre rodiny s mentálne postihnutými deťmi iba jediná dávka, a to príspevok na zakúpenie a celkovou opravu motorového vozidla.Ide o jednorazovú dávku, ktorá prináleží ŤZP osobám s ťažkou chybou oporného a pohybového ústrojenstva, alebo rodičom dieťaťa staršieho 3 rokov, detí nevidiacich či mentálne postihnutých.

Príspevok na úpravu motorového vozidla

Prideľuje a občanom s ťažkým postihnutím oporného či pohybového ústrojenstva, ktorý osobne šoférujú predmetné motorové vozidlo a k tomu nevyhnutne potrebujú jeho úpravu. Príspevok sa vypláca až do výšky potrebných úprav.

Príspevok na prevádzku motorového vozidla

I v tomto prípad ide o jednorazovú dávku, priznanú pri splnení podmienok každoročne. Nárok majú občania ZP a ŤZP a blízke osoby týchto jednotlivcov, ktorí ich prepravujú svojím autom.

Príspevok na individuálnu dopravu

Určený je pre ZŤP občanom s ťažkým postihnutím oporného a pohybového ústrojenstva vymenovaných vo vyhláške č. 182/1991 Z. z. v znení neskor-

ších predpisov, ktorí nevlastnia motorové vozidlo a tým pádom nepoberajú príspevok na jeho prevádzku. Ide o jednorazovú čiastku.

Existuje i niekoľko ďalších zvláštnych príspevkov, o ktoré môžu postihnutí občania požiadať a to sú:

- príspevok na úhradu za užívanie bezbariérového bytu,
- príspevok za užívanie garáže (http://www.roska.eu/poradna-socialni/socialni-davky-v-roce-2009.html).

K 1. 1. 2008 prišlo k zmene v oblasti sociálnych dávok zákonom o hmotnej núdzi č 111/2006. Upravuje dve základné dávky v hmotnej núdzi. Prvou je príspevok na živobytie a druhou je doplatok na bývanie, pričom obidve dávky sa vzťahujú na rodiny s mentálne postihnutým dieťaťom.

Legislatívna pomoc rodinám s mentálne postihnutým jednotlivcom v Rakúsku

Sociálne dávky na úrovni spolkových krajín, ktoré sú prezentované ako sociálna pomoc, pomoc ľuďom s postihnutím a long-horizontálny príspevok na starostlivosť. Sociálne výhody spolkových krajín okrem toho zahŕňajú aj rôznu podporu a pomoc rodinám. Cieľom sociálnej pomoci je umožniť postihnutým osobám dôstojný život.

Rakúska ústava neobsahuje osobitné pravidlo o zodpovednosti na pomoc zdravotne postihnutým osobám. Podľa článku 10 Federálneho ústavného zákona (B-VG) sú niektoré oblasti pomoci legislatívne podchytené vo federálnom zákone, ako napríklad sociálne poistenie alebo väčšina pracovnoprávnych predpisov o zdravotnej starostlivosti. Podľa článku 15(1) (B-VG), zodpovednosť za pomoc zdravotne postihnutým osobám nesú jednotlivé spolkové krajiny. Toto prerozdelenie kompetencií sa osvedčilo ako úspešné v praxi.

V nasledujúcej časti príspevku uvedieme kazuistiky rodín s mentálne postihnutým dieťaťom vo vybraných krajinách Európskej únie, konkrétne na Slovensku, v Čechách a Rakúsku.

Cieľom našej komparácie bolo zistiť, aké je poskytovanie sociálnych služieb rodinám s mentálne postihnutým dieťaťom.

Rodina zo Slovenskej republiky má 8 členov a jeden z nich je 9ročný Lukáš s Downovým syndrómom. Rodina z Čiech je 6členná a má 10ročnú Luciu. Rodina v Rakúsku je 3členná a majú 13ročného syna Fabiana.

Rodinná anamnéza a kazustika rodiny zo Slovenskej republiky:

Rodinu zo Slovenska tvorí 8 členov. Matka (51 rokov), stredoškolské vzdelanie, otec (56 rokov) stredoškolské vzdelanie s maturitou. Matka poberateľ invalidného dôchodku už 8 rokov, otec pracuje v mieste bydliska ako robotník v oceliarni. U otca bol výber povolania skôr nutnosť, matka stratila miesto v práci pri narodení mentálne postihnutého dieťaťa, o ktoré je potreba neustále sa starať. Prvý sa narodil Martin (30 rokov) nasledovali tri dievčatá a predposledný chlapec (16rokov). Posledný sa narodil Lukáš (9 rokov, navštevuje špeciálnu základnú školu v mieste ich bydliska), s Downovým syndrómom. Dieťa napriek svojmu postihnutiu bolo prijaté s veľkou láskou a odhodlaním spraviť preň a pre jeho plnohodnotný vývin všetko, čo bude potrebné. Tak dosiahla ich domácnosť počet 8 členov. Matka stratila kvôli starostlivosti o syna zamestnanie, nakoľko si vyžadoval neustálu opateru a špeciálny prístup. Poberá invalidný dôchodok.

Rodina žije v 4izbovom zväčšenom byte. Najstaršie deti sú odsťahované, majú založené svoje vlastné rodiny, alebo študujú na vysokej škole. V 4-izbovom byte má teraz každé dieťa svoju izbu. Matka venuje skoro všetok svoj čas plnohodnotnému rozvíjaniu Lukášových schopností, podporuje jeho všestranný rozvoj schopností, snaží sa o jeho čo najväčšiu samostatnosť, ktorá je v tomto prípade zameraná najmä na samoobsluhu, hygienu a zvládnutie základných samostatných úkonov. Vodí Lukáša do školy i zo školy, spolu sa musia pripravovať. Lukáš zaberá všetok jej voľný čas, spolu trávia okrem školy skoro celý deň. Predposledný syn pomáha Lukáškovi s prípravou do školy i vypĺňaním voľného času. Rodina je poberateľom invalidného dôchodku, príspevku na opatrovanie dieťaťa a kompenzačné príspevky. O deti je z hľadiska možností ich sociálnej situácie postarané.

Rodinná anamnéza a kazuistika rodiny z Českej republiky: Rodinu z Českej republiky tvorí 6 členov. Matka (46 rokov) pracuje na polovičný úväzok v potravinovom reťazci. Otec (47 rokov) pracuje ako vodič kamiónu (práca je príležitostná). Najstarší syn (22 rokov) chodí na vysokú školu blízko miesta svojho bydliska. Ostatné deti (dcéry 19 rokov a 16 rokov) navštevujú strednú odbornú školu. Predposledné dieťa – Lucia, 10 rokov, je mentálne postihnutá. Narodila sa s detskou mozgovou obrnou, diparetickou, spastickou. Navštevuje špeciálnu základnú školu, variant B. Špeciálna základná škola sa nenachádza v meste jej bydliska, tak ju musia každý voziť tam i späť. Na tento účel rodina

požiadala o príspevok na motorové vozidlo, ktorý jej bol v plnej výške vyplatený. Nakoľko matka pracuje len na polovičný úväzok (viac jej nedovoľuje starostlivosť o dcérku) a otec pracuje príležitostne, ich sociálna situácia nie je ľahká pre rodinu so 6 členmi. Sú poberateľmi príspevku na starostlivosť. Žiadali o rôzne kompenzačné príspevky, ale nie všetky im boli udelené. Rodina žije v trojizbovom byte, do ktorého sa presťahovali len nedávno, a ktorý im pomohli zariadiť príbuzný a známy a čiastočne i príspevky zo sociálneho úradu. 10ročná mentálne postihnutá Lucia denne cvičí a vyžaduje si špeciálnu prípravu a špeciálne kompenzačné pomôcky, ktoré udržiavajú jej zdravotný stav zatiaľ na veľmi slušnej úrovni. Matka ju vozí do školy i zo školy a potom nastupuje presne rozplánovaný sled udalostí, na ktoré sú v rodine už všetci zvyknutý. Lucia nie je posledným dieťaťom v rodine. O 3 roky mladší Jakub, začal tento rok chodiť do základnej školy, čiže okrem Lucii je potrebné pomôcť s prípravami i malému Jakubovi. Lucia sa snaží byť samostatná, ale jej postihnutie, ktoré zasiahlo obidve jej spodné končatiny vyžadovalo úpravu bytu, nakoľko sa prinajlepšom pohybuje s pomocou barlí. Pokiaľ nepoužíva barle presúva sa po byte na špeciálne upravenom vozíku, ktorý fixuje jej chrbticu, ktorá má sklon ku skolióze. Režim dňa je pevne stanovený, obmedzený najmä pravidelne sa opakujúcim cvičením tzv. Vojtovej metódy, Rodina sa však snaží, žijú skromne a robia čo môžu, najmä držia pokope.

Rodinná anamnéza a kazuistika rodiny z Rakúska: Rodinu tvoria traja členovia – matka (39ročná) ekonómka, momentálne sa stará o 13ročného Fabiána, ktorý sa narodil s DMO, spastická diparéza horných končatín. Otec (42ročný) pracuje ako bankár v hlavnom meste. Rodina žije v rodinnom dome neďaleko Viedne. Nakoľko finančný príjem rodiny ktorý zabezpečuje otec rodiny je nadštandartný, matka sa venuje starostlivosti o syna a domácnosti. Fabián navštevuje špeciálnu školu, v ktorej sa aplikuje alternatívny prístup (Waldorfská škola). Poobedňajších hodinách chodí na rehabilitácie do rehabilitačného centra a na stretnutia s deťmi, ktoré sú tiež postihnuté. Tu sa im venujú špecialisti – logopéd, špeciálny pedagóg, arteterapeut, muzikoterapeut. Fabián pri chôdzi používa špeciálne chodítko. Rodina dostáva od štátu mesačné príspevky, ktoré ale iba v minimálnej miere kompenzujú ich náklady. Rodičia aj napriek tomu, že majú postihnuté dieťa sú spokojní.

Komparáciou výsledkov sme dospeli k záveru, že rodiny zo Slovenska a z Čiech považujú svoju sociálnu situáciu, ktorá vyplynula z narodenia

mentálne postihnutého dieťaťa a jeho špeciálnych potrieb za neuspokojivú. V prvom prípade musela matka úplne odísť zo zamestnania kvôli starostlivosti o syna, v druhej rodine bolo v prípade matky možné sa zamestnať len na polovičný úväzok (štyri hodiny v doobedňajšom čase), teda v čase keď je mentálne postihnutá dcéra v špeciálnej škole. Pomoc, ktorú venuje štát rodinám s mentálne postihnutým členom považujú za neuspokojivú obe rodiny z dôvodu neinformovanosti a nedostatočnej pripravenosti prostriedkov podpory.

Obe rodiny majú mentálne postihnutého člena, ktorý nie je plnoletý. Avšak už v tomto momente si obe rodiny uvedomujú, že štát nemá dostatočnú podporu zamestnanosti pre mentálne postihnutých jednotlivcov a už teraz sa obávajú o budúcnosť svojho dieťaťa. Od štátu by prijali uspokojenie aspoň základných potrieb detí s mentálnym postihnutím, ktoré podľa nich sú:

- poradenské služby zdarma (sociálne poradenstvo, právne, pedagogicko-psychologické i špeciálno-pedagogické) v mieste bydliska,
- pomoc a odborné rady pri vybavovaní preukazov (či už ZŤP, invalidných dôchodkov, či občianskych preukazov),
- informovanie rodičov týkajúce sa predovšetkým možností poberania príspevkov za opatrovanie (SR), na zakúpenie psa (ČR – canisterapia), na diétu, na hygienu (SR i ČR),
- prepravnú službu (zo školy a do školy), opatrovateľskú službu, asistenciu dieťaťa, bezbariérové prístupy,
- stretávanie sa rodín detí s mentálnym postihnutím a následné odpovedanie na otázky,
- čo sa týka budúcnosti oboch detí informovanie o možnostiach budúcnosti, pracovné poradenstvo, stredisko pre rehabilitácie (pracovnú, sociálnu, liečebnú i pedagogickú),
- zmenu v postojoch úradníkov – v neposlednom rade.

Zoznam literatúry

Helus, Z.: Sociální psychologie pro pedagogy. Praha, Grada 2006.

Kvapilík, J, – Černá, M.: Zdravý spůsob života mentálně postižených. Praha, Avicenum 1990.

Lambeck, S.: Diagnosseröffnung bei Eltern behinderten Kinder. Stuttgart, Verlaf für Angewandte Psychologie 1995.

Lopúchová, J.: Niektoré možnosti inovačných postupov v komplexnej rehabilitácii zrak u detí s poruchami binokulárneho videnia. Olomouc, Tiskárna Křupka 2008.
Matějček, Z.: Praxe dětského psychologického poradenství. Praha, SPN 1991.
Newman, S.: Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením. Praha, Portál 2004.
Prevendárová, J.: Rodina s postihnutým dieťaťom. Dunajská Streda, Artus 1998.
Vágnerová, M.: Psychopedie problémového dítěte školního věku. Praha, Karolinum 2004.
Vašek, Š.: Základy špeciálnej pedagogiky. Bratislava, Sapientia 2003.
Federálny ústavný zákon.
Vyhláška 182/ 1991.
Vyhláška 156/ 1997.
Zákon 117/ 1995.
Zákon 389/ 2006 o službách zamestnanosti.
Zákon 448/ 2008 o sociálnych službách.
http://www.mpsv.cz/files/clanky/4781/Letak SSP_2008.pdf.
http://www.roska.eu/poradna-socialni/socialni-davky-v-roce-2009.html.

SPOLUPRÁCA RODINY S MENTÁLNE POSTIHNUTÝM DIEŤAŤOM A ŠPECIÁLNEJ ZÁKLADNEJ ŠKOLY

PaedDr. Jana Krištofíková, CSc.

Katedra špeciálnej pedagogiky, Pedagogická fakulta UK, Bratislava

Kľúčové slová

Mentálne postihnuté dieťa, rodina dieťaťa s mentálnym postihnutím, spolupráca rodiny s mentálne postihnutým dieťaťom a špeciálnej základnej školy.

Key words

Mentally handicapped child, family with mentally handicapped child, cooperation between the family with mentally handicapped child and auxiliary school.

Na výchove dieťaťa sa podieľa rodina, škola a spoločnosť. Jednou z najdôležitejších inštitúcií aj v súčasnej dobe je rodina, ktorá ovplyvňuje základné formovanie osobnosti človeka, vrátane postihnutého. Úlohou rodiny je podľa Tamášovej (2007) položiť základy výchovy jednotlivca, utvárať jeho prvé spoločenské potreby. Na týchto základoch rodina neskôr stavia výchovné pôsobenie iných výchovných činiteľov.

Každé dieťa je prijímané rodinou s určitým očakávaním. Poznanie, že s dieťaťom nie je niečo v poriadku je prirodzene pre ňu ťažkým otrasom. Podľa Senka (1993) rodičia pri zvládaní tejto ťažkej situácie používajú určité zvládacie vzorce (štýly), ktoré môžu mať rôznu efektívnosť:

a) Snaha porozumieť. Rodičia postihnutého dieťaťa sa snažia zistiť, v čom je ich situácia výnimočná, a teda stresová, hľadajú informácie o prognóze vývinu v danom prípade.
b) Pozitívne kognitívne reštruktovanie. Podstatu tohto štýlu je snaha rodičov pochopiť, že daná ťaživá situácia nie je z hľadiska ďalších možných následkov až taká neriešiteľná.
c) Zameranie sa na emočnú podporu. Zásadou je, že rodičia svoje problémy neskrývajú, ale otvorene sa s nimi zdôverujú svojmu okoliu.
d) Sústredenie sa na celkovú podporu pri riešení problému. Výsledkom tejto stratégie je úzka spolupráca rodičov so všetkými zainteresovanými zložkami.

Bezprostredným cieľom výchovy dieťaťa s mentálnym postihnutím (ďalej MP) v rodine by malo byť jeho plné zapojenie do života rodiny i nájdenie adekvátneho postavenia na prijateľnej úrovni mimo domova (Bajo, Vašek, 1994).

Nemenej dôležitou inštitúciou v oblasti výchovy a vzdelávania detí s MP je popri rodine škola. Podľa Linka (1994) je škola ako životné prostredie, na formovaní ktorého sa zúčastňuje učiteľ, žiak a rodič. Škola okrem sprostredkovania učiva má byť aj prostredím, ktoré sprostredkuje sociálne skúsenosti. Tradičná výchova málo zasahuje tzv. vychovateľnosť, čo platí predovšetkým u detí s postihnutím. Charakter ich nonkognitívnych funkcií je oveľa zložitejší, ťažšie ovplyvniteľný výchovou. Preto je dôležité, aby sa popri vzdelávaní kládol väčší dôraz na výchovu, čo platí práve pre tieto deti (Zelina, 1996). Súčasná výchova a vzdelávanie je charakteristické zmenami, ktoré smerujú ku koncepcii založenej na individuálnom rozvoji osobnosti dieťaťa podľa jeho schopností a možností. A práve preto pevná spolupráca, komunikácia školy a rodiny, kde je zahrnutá predovšetkým dôvera, úcta, vzájomné poznanie a rešpektovanie špecifických práv prispieva u mnohých detí s MP k pokroku v ich psychickom a telesnom vývine, v ich socializácii. Pri pozitívnej spolupráci, do ktorej sa aktívne zapájajú aj deti, sa medzi rodičmi a špeciálnymi pedagógmi vytvárajú trvalejšie a osobnejšie vzťahy, spolupráca postupne stráca formálny charakter. Snahou špeciálnej základnej školy (ďalej ŠZŠ) je hľadať čo najefektívnejšie formy a spôsoby spolupráce s rodinou, ktoré vyhovujú rodine aj škole. Vzťah rodiny a ŠZŠ sa formuje prostredníctvom individuálnych a kolektívnych foriem spolupráce.

Pri individuálnych formách spolupráce má dominantné postavenie vzťah špeciálneho pedagóga s rodičmi. Obsah zahŕňa prevažne konkrétne výchovné úlohy alebo problémy jednotlivých detí a ich riešenie.

Medzi individuálne formy spolupráce patria:
- návštevy učiteľov v rodine,
- pozvanie rodičov do školy na individuálny rozhovor,
- žiacka knižka, listy rodičom.

Pri kolektívnych formách má určujúce postavenie vzťah kolektívu rodičov a pedagogických pracovníkov školy. Obsahom sú všeobecné otázky týkajúce sa celej skupiny žiakov.

Medzi kolektívne formy spolupráce možno zaradiť:
- činnosť rodičovského združenia,

- dni otvorených dverí,
- konferencie,
- besedy a ďalšie akcie organizované školou.

Je dôležité, aby vzťah rodiny a školy bol zameraný obojstranne, čiže škola pomáha rodičom, ale súčasne očakáva od nich pomoc pri utváraní čo najlepších podmienok pre edukačný proces. Len takto chápaná spolupráca utvorená na základe vzájomného porozumenia, prinesie očakávané výsledky (Hamarová – Holkovič, 1987). Dobrá spolupráca s rodičmi pomáha špeciálnemu pedagógovi a iným odborníkom pri výchovnovzdelávacej práci so žiakmi. V spolupráci s rodinou postihnutého žiaka musí špeciálny pedagóg objektívne diferencovať svoj postup vzhľadom k rozdielnosti situácie v jednotlivých rodinách. Pri kontakte s rodičmi by mal postupovať taktne, objektívne a trpezlivo. Úspešnosť spolupráce špeciálneho pedagóga s rodičmi postihnutých detí je podmienená ako už bolo uvedené vzájomnou dôverou. Vytvorenie takého vzťahu je možné len sústavným cieľavedomým stykom s rodičmi a konkrétnym poznaním rodinného prostredia dieťaťa rovnako ako zainteresovanie rodičov na pomoc v plnení výchovnovzdelávacích úloh školy.

V spolupráci s Bujňačekovou (2009) sme preto zisťovali úroveň spolupráce rodiny a ŠZŠ pri výchove a vzdelávaní MP žiakov. Zároveň sme zisťovali aj starostlivosť rodiny o MP deti. Vzorku prieskumu tvorilo 52 žiakov 5.–9. ročníka ŠZŠ a 8 triednych učiteľov.

Závery prieskumu možno zhrnúť nasledovne:

1. Našou prvou úlohou bolo zistiť v akom prostredí žiaci žijú, resp. ako funguje ich materiálne a hmotné zabezpečenie základných životných potrieb – ekonomická funkcia rodiny.

Výsledky prieskumu potvrdili, že väčšina respondentov má uspokojené základné materiálne a biologické potreby – bývanie, obliekanie, dostatočnú hygienu, zabezpečené stravovanie.

V skúmanej vzorke bola prevaha žiakov, ktorí majú súrodencov a žijú s nimi v spoločnej domácnosti. Taktiež väčšina skúmaných žiakov pochádza z úplnej rodiny, kde každodenný chod domácnosti zabezpečujú obaja rodičia. Výchovné pôsobenie oboch rodičov tak zvyšuje efektívnosť rodinnej výchovy a predstavuje východisko pre kvalitnú spoluprácu školy a rodiny, dobrú kooperáciu a komunikáciu medzi učiteľom a rodičmi.

Napriek tomu, že žiaci s MP žijú v prostredí, ktoré možno považovať za dobré rovnako ako aj výchovné pôsobenie rodiny, výsledky prieskumu

potvrdili výraznú nezamestnanosť oboch rodičov. Tento fakt možno vysvetliť jednak momentálnym stavom krízy zamestnanosti, ktorý môže byť krátkodobý, alebo tým, že rodičia MP detí pochádzajú zväčša zo sociálne znevýhodneného prostredia, majú nízke vzdelanie, a preto aj obmedzenú možnosť sa zamestnať.

2. Našou druhou úlohou bolo zistiť úroveň starostlivosti o MP dieťa zo strany rodiny.

Kultúrne podmienky rodiny, ku ktorým patria kultúrne aktivity rodiny, spôsob trávenia voľného času, celkový životný štýl rodiny sa výrazne podieľajú na procese socializácie dieťaťa s MP. Z prieskumu vyplynulo, že žiaci s MP majú pre plnenie si svojich pracovných povinností ako je písanie domácich úloh a opakovanie učiva na ďalší deň vytvorené doma dobré podmienky a pokoj, majú svoje miesto, kde môžu nerušene pracovať.

Pri získavaní informácií o spôsobe trávenia voľného času sme zistili, že MP žiaci na spoločné výlety s rodičmi chodia len niekedy a taktiež rodičia sa s deťmi nehrávajú žiadne hry, či už stolové spoločenské alebo rôzne iné športové hry. Toto zistenie mohla spôsobiť už avizovaná nezamestnanosť oboch rodičov a s ňou spojený finančný nedostatok, alebo nedostatočný záujem rodičov o spoločné aktivity so svojimi deťmi. Rovnako rodičia môžu byť aj nesprávne presvedčení o už dostatočnej samostatnosti svojho dieťaťa vzhľadom k jeho veku. Na základe uvedeného možno konštatovať dobrú kultúrnu úroveň bývania detí s MP, avšak zároveň treba poukázať na nie príliš dostatočnú úroveň starostlivosti zo strany rodičov v zmysle spolupráce s dieťaťom, ktorá sa prejavuje aj v záujme rodiča o hru, o činnosti MP dieťaťa. Pretože pravidelná záujmová činnosť detí s MP, efektívne využívanie voľného času a tiež intervencie rodičov do voľnočasových aktivít MP detí vytvárajú vhodné podmienky proti nežiaducim vplyvom prostredia, ktoré ohrozujú aj tieto deti (fajčenie, pitie alkoholu, drogy ap.). Predstavujú živnú pôdu pre pozitívnu spoluprácu rodiny a školy, pretože rodina a škola sú dve základné socializačné a výchovné inštitúcie a znova len vyzdvihujú potrebnú kongruenciu medzi nimi.

3. V rámci ďalšej úlohy sme zisťovali záujem rodičov o prácu ich detí v škole.

Celkovo možno na základe prieskumu konštatovať, že škola je oblasťou, o ktorú sa rodičia zaujímajú, aj o celkové dianie v nej vrátane výsledkov svojich detí v škole. Rodičia sa angažujú aj pri učení sa ich detí doma, pri

domácich úlohách im rodičia pomáhajú s ich vypracovaním. Rodičia tak majú príležitosť stráviť s deťmi viac času pri spoločných činnostiach, čo treba vyzdvihnúť ako jednu z foriem angažovanosti rodičov doma. Takýmto spôsobom napokon vedú svoje dieťa k plneniu si svojich školských povinností, k zodpovednosti, a to je to, čo chce dosiahnuť aj škola (jednotný cieľ rodiny a školy).

Rodičia taktiež kontrolujú a podpisujú deťom žiacku knižku a pochvália ich za dobré známky v škole. Žiacka knižka tu dáva akýsi priestor na vzájomnú komunikáciu medzi učiteľom a rodičom a naopak. Rodičia sa teda zaujímajú a chcú byť informovaní o prospechu svojich detí v škole a aj o ďalších správach písaných v žiackej knižke (napr. konanie rodičovského združenia, rozvrh hodín ap.), sú teda aktívnymi účastníkmi v spolupráci so školou. Z hľadiska návštevnosti rodičovského združenia sme zistili, že väčšina rodičov navštevuje rodičovské združenie či už pravidelne alebo len niekedy. Uvedené zistenie možno považovať za pozitívne, nakoľko účasťou na rodičovskom združení majú rodičia jedinečnú príležitosť porozprávať sa s učiteľmi o prospechu, správaní MP detí, o tom ako riešiť každodenné problémy doma, v škole, v živote, čím prispievajú k skvalitňovaniu edukačného procesu ich detí.

V rámci danej úlohy sme skúmali aj vzťah dôvery medzi rodičmi a deťmi. Zistili sme, že väčšina detí rozpráva rodičom o tom, čo sa v škole učili, aký mali deň, čo nové zažili. O možných problémoch v škole, momentálnych starostiach, ktoré deti prežívajú sa zdôverujú rodičom vždy alebo niekedy. Ľahostajnosť voči problémom naokolo, mlčanie nič nerieši, ba krízu ešte prehlbuje. Preto je dôležité, aby rodina zabezpečila dieťaťu pochopenie, uznanie a bezpečnosť. Rodina by mala upevňovať psychické zdravie dieťaťa, pretože ak sa ono niečoho bojí, má starosti, môže sa to negatívne odraziť na kvalite jeho učebných výsledkov a celkovej aktivite v škole.

4. Našou štvrtou úlohou bolo zistiť záujem MP žiakov o prácu v škole.

Z prieskumu vyplynulo, že MP žiaci si vo väčšine radi píšu domáce úlohy. Jedno z možných vysvetlení tohto zistenia je, že tieto domáce úlohy formuluje učiteľ tak, aby ich žiak chápal ako zábavné učenie sa doma. Žiakom s MP taktiež nie je ľahostajný ich školský prospech, čiže k práci v škole sa stavajú zodpovedne. O zodpovednom prístupe žiakov ku škole vypovedá aj skutočnosť, že si šetria učebnice a iné školské pomôcky. Atmosféru pohody v triedach odráža aj zistenie, že žiaci v prípade, ak niečomu nerozumia, často sa svojho učiteľa spýtajú. Na základe uvedeného možno konštatovať,

že v triedach nepanuje napätie, ale naopak žiaci sa cítia dobre a učitelia sú otvorení vzájomnému dialógu. Spolupráca bez dobrého kontaktu s dieťaťom nie je možná.

Pokiaľ ide o obľúbenosť jednotlivých predmetov, medzi MP žiakmi sú najobľúbenejšie predmety matematika, telesná výchova, čítanie. V ŠZŠ nie je matematika svojím obsahom taká náročná ako na škole bežného typu. Žiaci s MP majú možnosť pracovať s pútavými pracovnými listami, ktoré si denne obmieňajú, riešia zaujímavé úlohy častokrát formou hry a zábavy, samozrejme pod dohľadom špeciálneho pedagóga. Na hodinách telesnej výchovy ich pri nácviku nových pohybových prvkov, rôznych športových súťažných hrách zasa sprevádzajú silné emócie. Deti sú väčšinou zvedavé apráve na hodinách čítania veľa poznávajú a dozvedajú sa o ďalších zaujímavých nových veciach a javoch. Z výsledkov prieskumu vyplýva, že práca v škole je pre MP žiakov zaujímavá a páči sa im.

O potrebe lepšej spolupráce medzi rodinou a školou sa v poslednej dobe diskutuje viac ako inokedy, nakoľko v spoločnosti sa objavujú názory, že rodiny a školy nespolupracujú a ak áno, tak len na formálnej úrovni. Je preto nanajvýš potrebné, aby tieto dve inštitúcie pracovali spolu v prospech detí a mládeže, vzniknuté problémy spoločne riešili a odstraňovali. Od kvality ich spolupráce nepochybne závisí efektívnosť výchovy a vzdelávania. Maximálna snaha zúčastnených v edukačnom procese a ich vlastná každodenná prax dáva podnety k pozitívnym zmenám.

Literatúra

BAJO, I., VAŠEK, Š. 1994. Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia 1.). Bratislava: Sapientia. 240 s. ISBN 80-967180-1-0.

BUJŇAČEKOVÁ, I. 2009. Spolupráca rodiny s mentálne postihnutým dieťaťom a špeciálnej základnej školy. (Bakalárska práca, vedúca J. Krištofíková). Bratislava: PdFUK, 83 s.

HALASIOVÁ, A. 2008.Rodinná výchova mentálne postihnutého dieťaťa. (Bakalárska práca, vedúca J. Krištofíková). Bratislava: PdFUK, 58 s.

HAMAROVÁ, J., HOLKOVIČ,Ľ. 1987. Rodina, spoločnosť, výchova. Bratislava: Veda vydavateľstvo SAV. 164 s.

KRIŠTOFÍKOVÁ, J. 2007. Pôsobenie špeciálneho pedagóga v podmienkach integrovaného vzdelávania mentálne postihnutých žiakov. In Kvalita

a spolupráca v špeciálnej pedagogike v súčasnom konkurenčnom prostredí. Zborník. Bratislava. Sapientia.
LINK, R. 1994. Život v škole – škola ako životný priestor. In Ročenka Efeta, s. 5
MASLOVÁ, M. 2002. Spolupráca školy a rodiny. Dolný Kubín: Združenie Orava pre demokraciu vo vzdelávaní. 50 s. ISBN 80-968664-2-7.
SENKA, J. 1993. Zvládacie vzorce u rodičov postihnutých detí. In Ročenka Efeta, s. 19–20.
ŠVARCOVÁ, I. 2006. Mentální retardace. Praha: Portál. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
TAMÁŠOVÁ, V. 2007. Teória a prax rodinnej edukácie. Ivanka pri Dunaji: AXIMA. 210 s. ISBN 978-80-969178-3-9.
ZELINA, M. 1996. Stratégie a metódy rozvoja osobnosti dieťaťa. Bratislava: IRIS. 230 s. ISBN 80-967013-4-7.

Zhrnutie

Príspevok je zameraný na rodinu dieťaťa s MP, jej funkcie, výchovné prístupy v kontexte na spoluprácu so ŠZŠ a zároveň predkladá výsledky prieskumu v danej oblasti.

Summary

The article is concerned on the family of mentally handicapped child, its functions, educational courses in the context to its cooperation with auxiliary school and also it presents the results of the research in this sphere.

VÝTVARNÁ EXPRESIA RODINY U JEDNOTLIVCOV S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM

PhDr. Jozef Štefan

PdF UK z Bratislavy

Výtvarný prejav, detská kresba, maľba a modelovanie patrí k neodmysliteľným aktivitám, stimulantom v špeciálnej komplexnej rehabilitácii jednotlivcov s postihnutím. V dôsledku týchto pomerne dosť obľúbených aktivít jednotlivec vyjadruje nielen úroveň svojich jednotlivých funkčných oblastí a potencionalít, ale i svoj vnútorný svet, ktorý pozná a cíti v rámci egovzťažných aspektov osobnosti autora.

Otázkou diagnostických možností sa zaoberá aj Lopúchová (2001), ktorá sa zaoberá problematikou jednotlivcov so zrakovým postihnutím, kde poukazuje na výraznú modifikáciu možností hodnotenia a analýzy výtvatrných produktov.

Gajdošíková (2007) venuje pozornosť nadaniu a talentu jednotlivcov s mentálnym a viacnásobným postihnutím, kde pertraktuje modifikované diagnostické spôsoby vyhľadávania uvedených jednotlivcov.

Otázkou komplexnosti špeciálnopedagogickej diagnostiky jednotlicov s rôznym druhom a stupňom postihnutia sa venovala v ostatnom čase Schmidtová (2008), kde zaraďovala veľký význam i výtvarnemu prejavu jednotlivcov s postihnutím.

Možnosti využitia detského výtvarného prejavu (kresba, maľba) v klinických a štandardizovaných formách kresbových testov v špeciálnopedagogickom kontexte

V kresbe sa odrážajú rôzne psychické procesy a aspekty, celková úroveň jemnej motoriky a senzomotorickej koordinácie, schopnosť vizuálnej percepcie, kognitívny prístup stvárneniu témy, ale tiež temperamentu, emočné prežívanie. V tematickej kresbe zasa môžeme zistiť spôsob vnímania seba alebo rodinných vzťahov, postavenie v sociálnych vzťahoch, vzťah ku okoliu, emocionálne prejavy, citovú zrelosť, sociálnu adaptáciu, úroveň sebavedomia. Kresbové testy je možné ľahko administrovať, pretože deti s ochotou a ľahkosťou kreslia. Ďalším pozitívom kresbových testov je fakt, že ich možno

použiť ako úvodnú metódu pri nadväzovaní prvého kontaktu. Vytvorenie prvého dôverného kontaktu je veľmi dôležité pri ďalšom získavaní informácií od klienta a celkovej spolupráci s ním.

Môžeme všeobecne skonštatovať, že možnosti použitia detskej kresby sú nasledovné (Vágnerová, 2001):

- Kresba môže poskytnúť orientačné informácie o celkovej vývinovej úrovni dieťaťa, môže slúžiť ako screening globálneho vývinu rozumových schopností.
- Kresba je užitočná pri zisťovaní úrovne senzomotorických schopností, zručností, resp. vývinu jemnej motoriky a vizuálnej percepcie.
- Kresba signalizuje spôsob citového prežívania, tendencia k určitému reagovaniu a aktuálne citové ladenie.
- Kresba je užitočným nástrojom k poznaniu určitých špecifických vzťahov a postojov, ktoré dieťa často nechce alebo nedokáže prejaviť inak.

Kresbovým testom a možnostiam ich využitia v špeciálnopedagogickej diagnostike venovali pozornosť v ostatnom čase Gregušová – Pischová, (2005), Gregušová – Štefan (2009).

Medzi bežne používané kresbové testy zaraďujeme:

- Kresbové testy slúžiace na zisťovanie celkovej úrovne rozumových schopností – test ľudskej postavy (Goodennough-Harris Drawing test), Draw a Person: A Quantitative Scoring Systeme (DAP), test hviezd a vĺn (Der Sterne-Wellen test).
- Kresbové testy zhodnocujúce úroveň senzomotorických schopností – test obkresľovania, Bender–Gestalt test.
- Projektívne kresbové metódy – test stromu, test Dom–strom–človek (House–Tree–Person, H–T–P), test troch stromov, kresba rodiny, Kinetic Family Drawing (KFD), kresba začarovanej rodiny, Blochov test MDZT.
- Kresbové testy kreativity – Torranceho figurálny test tvorivého myslenia, Kreatos – projekčný, test kreativity a osobnosti, Urbanov test tvorivosti.

Projektívne kresbové metódy s akcentom na rodinu

Projektívne hodnotenie kresby je tvorivý proces. Kresba môže signalizovať aktuálne citové ladenie, úroveň citovej reaktivity, spôsob emočného prežívania. Tieto znaky citového prežívania, reaktivity a temperamentom podmienené akútne emočné stavy sa zákonite prejavia v každej ľudskej činnosti, ale kresba má výhodu, že ich zachytáva v jasnej, zrozumiteľnej a identifikovateľ-

nej forme. Emočné prejavy môžeme sledovať v akejkoľvek kresbe, nezávisle od obsahu, i keď detské emócie sa výrazne prejavujú aj vo vzťahu k nejakej konkrétnej zadanej téme. S emočnými prejavmi sú úzko späté aj emočné indikátory, ktoré podrobnejšie opisuje Koppitzová (In: Svoboda, 2001). Podľa uvedenej autorky ak sa v kresbe nachádza aspoň 3 alebo viac znakov, tzv. emočných indikátorov, možno sa domnievať, že dieťa má nejaké emočné problémy. Medzi projektívne kresbové testy, ktoré možno použiť v špeciálnopedagogickej praxi s akcentom na rodinné pozadie jednotlivca zaraďujeme:

Kresba rodiny

Tento test patrí k najpoužívanejším a najobľúbenejším v rámci psychodiagnostiky. Z našich autorov sa mu venoval Z. Matějček. Na kresbe rodiny vidíme symbolické spracovanie konštelácie tejto sociálnej skupiny tak, ako ju jednotlivec vníma. Kresba rodiny podlieha určitým vývinovým zmenám. Vágnerová (2001) (In: Svoboda, 2001) ich delí do troch skupín:

1. Statické, nediferencované stvárnenie rodiny.
2. Statické diferencované stvárnenie rodiny.
3. Dynamické a diferencované stvárnenie rodiny.

Kinetic Family Drawing (KFD)

Je podobným kresbovým testom ako kresba rodiny. Jednotlivec dostane požiadavku, aby nakreslilo každého člena rodiny v nejakej činnosti, vrátane seba. Hodnotenie je podobné ako u iných testoch kresby rodiny, najvýznamnejšia informácia je vzdialenosť medzi postavami, spôsob ich interakcie, ako spolupracujú, resp. podieľajú na činnosti.

Kresba začarovanej rodiny

Je zaujímavým testom kresby rodiny. Ide predovšetkým o symbolické spracovanie zážitkov a postojov k vlastnej rodine. Jednotlivec kreslí ceruzkou na formát A4. Jednotlivca požiadame, aby nakreslilo začarovanú rodinu tak, ako keby prišiel kúzelník a každého člena rodiny by začaroval do nejakého zvieraťa, ktoré by sa mu najviac páčilo. Pri realizácii pozorujeme ako jednotlivec kreslí, koho nakreslí prvého, ako pokračuje. Po skončení nasleduje rozhovor.

Podľa Matějčeka (1981) ponímanie rodiny ako jedného spoločenstva zvierat je takmer nemožné a taktiež je obtiažne hodnotiť rodinnú konšteláciu, pričom hlavným cieľom a významom kresby začarovanej rodiny je zvýraznenie

povahových vlastností kľúčových osôb a zvýraznenie toho, čo je nedotknuté alebo skryté. Z autorových výskumom vyplýva, že mačka je výrazne ženské zviera a pes výrazne mužské. Práve preto je mačka najčastejšie zobrazovaná ako matka a pes ako otec. Po mačke nasleduje včela, vták, motýľ a po psovi nasleduje kôň, lev, medveď, slon, orol, jeleň a kocúr. Tieto aspekty však patria však špecificky českým, prípadne slovenským deťom. Novák (2004) tvrdí, že napríklad rakúske deti vnímajú ako materské figúry vtáka a zajaca.

Novák (2004) určuje mužské zvieratá – pes, kôň, mačka, lev, vták, medveď, ryba, zajac, slon, opica, žirafa, had, líška a myš. Zo skupiny ženských zvierat určuje mačku, psa, sliepku, medveďa, zajaca, myš, rybu, veveričku, slona, líšku a labuť. Medzi tri popredné miesta volia chlapci koňa, leva, vtáka a opicu, kým dievčatá sliepku, veveričku a labuť. Ostatné zvieratá sú ponímané za spoločne používané obidvomi pohlaviami.

Interpretácia podľa Wágnerovej (2001) (In: Svoboda, 2001):

1. Psychické vlastnosti a prejavy správania sa zvierat v ich antropomorfizácii (usilovný ako včela, špinavý ako prasa).
2. Vonkajšie viditeľné znaky (krásny ako motýľ, silný medveď).
3. Vzťah k dieťaťu a k ostatným (stále ma stráži ako pes).

Hodnotenie výtvarnej expresie rodiny u jednotlivcov s mentálnym postihnutím

Tab. 1: Hodnotiace komponenty

FORMÁLNE KOMPONENTY	OBSAHOVÉ KOMPONENTY
Úroveň zobrazenia	Ľudská postava/autoportrét
Konzistencia, správnosť postupu	Osoby a ich obsadenie v kresbe
Umiestnenie objektu vzhľadom k ploche papiera	Veľkosť postáv
Kompozícia, integrácia kresby	Poradie postáv
Chybné výkony	Pozícia postáv
Línia, ťahy, kvalita čiar	Postoj postáv
Zvláštnosti	Výraz postáv
Preferencia farieb	Spôsob zobrazenia jednotlivých postáv
Správanie	Druhotné detaily/sociálna konformita
	Druhotné detaily/materiálny svet

Pozn.: Obsahové a formálne komponenty výtvarného prejavu jednotlivca patria medzi nie jasne rozlíšiteľné komponenty, nakoľko je nemožný ich triediaci klasifikačný sys-

tém. Svojou skladbou demonštrujú obsahový komponent výtvarného prejavu, ktorý je citlivý a sleduje detaily vo výtvarnom produkte a zároveň demonštrujú i formálny komponent, ktorý sleduje výtvarný produkt z hľadiska formy, celku, čiže holisticky. Cieľom nie je hľadať súvislosti medzi týmito postulátmi, preto len stručne vyklasifikujeme hodnotiace komponenty výtvarnej expresie rodiny. V záujme zrozumiteľnosti, čím vlastne rozumieme pojmy obsah a forma je potrebné ich v zjednodušenej podobe vysvetliť. Obsahom rozumieme „Čo výtvarný produkt vyjadruje?" a formou rozumieme „Ako to výtvarný produkt vyjadruje?" Pri hodnotení testu kresby postavy vychádzame z poznatkov viacerých autorov, poznatkov z literatúry a z vlastných doterajších skúseností.

Formálne komponenty

Úroveň zobrazenia – celkový dojem, interpretovateľnosť – neinterpretovateľnosť kresby rodiny. Ide o prejavenie maliarskej zručnosti, pričom celkovo sledujeme základné znaky kresby: Intelekt (rozumové a poznávacie procesy), poruchy koncentrácie, znaky nadania a talentu, patológie kresby, dyspinxiu ako neschopnosť kresliť, vývinový charakter kresby, statiku a dynamiku dejov, javov a osôb v kresbe, zvláštnosti, druhotné detaily a chybné výkony, úplnosť alebo neúplnosť rodiny, harmonickosť alebo rozvrátenosť rodiny, derealizáciu, dezintegráciu kresby, fantázijnosť. Mnohokrát tieto nedostatky poukazujú na základnú diagnózu mentálnej retardácie, ktoré nemožno následne adekvátne projektívne hodnotiť.

Konzistencia, správnosť postupu – ide o usporiadanie jednotlivých častí do celku. Sledujú sa proporcie a vedenie línií, prípadne ťahov v maľbe. Nedostatočná konzistencia svedčí o psychickej dezintegrácii, strate reality. Ukazuje sa pri mentálne postihnutých, pri poruchách vedomia a schizofrénii ako primárna symptomatológia základnej diagnózy.

Umiestnenie objektu vzhľadom k ploche papiera – geometria a rozvrhnutie na liste papiera nám prezrádzajú osobné informácie, časové referencie, vzťah k rodičom. Ľavá strana reflektuje minulosť, vzťah k matke a introverziu. Pravá strana poukazuje na budúcnosť, vzťah k otcovi, autoritu a extroverziu. Stred listu je súčasnosť, čiže aktuálne citové rozpoloženie, ktoré sa podmienkami mení. Význam umiestnenia objektu môže byť určený Pulverovou schémou. Zaplnenie alebo nezaplnenie vypovedá o úzkosti, intelektuálnej chudobe, pocitoch menejcennosti. Podľa jeho schémy má každý smer nejaký význam, pričom všetky zóny vychádzajú z jedného bodu alebo do neho smerujú, tento bod predstavuje stred „JA". Čiary smerujúce nahor poukazujú na mysticiz-

mus a opačne smerujúce čiary znamenajú materializmus. Podobne ako aj pri písme, či kresbe je dôležitá veľkosť objektu k veľkosti a ploche papiera. Nezrelí autori vyplňujú celú plochu, vyrovnaní centrujú objekt do stredu, jednotlivci s problémami umiestňujú objekt excentricky.

Kompozícia a integrácia kresby – pri týchto kritériách sledujeme zostavovanie, usporiadanie, umiestnenie prvkov do celku. Môžeme pozorovať, v akom vzťahu jednotlivé prvky jednotlivec nakreslí. V kompozičných aspektoch jednotlivci s mentálnym postihnutím často zlyhávajú práve pre poruchy zrakovej percepcie a ostatných dielčich schopností, ako aj v určitej fragmentárnosti predstavivosti.

Chybné výkony – podkladom môže byť nevedomý vnútorný konflikt, často pri neurotických poruchách. Tieto poruchy sa často týkajú miest vlastných defektov. Prejavujú sa v nesúhre v proporciách, v zabudnutí a vynechaní podstatných častí a jednotlivostí, v prekresľovaní a korigovaní, v nezvyčajnom zosilnení a tieňovaní, v gumovaní a v opravovaní. Nesúhra v proporciách a zabudnutie, prípadne vynechanie určitých častí je primárne dôsledkom mentálnej retardácie. Prekresľovanie, korigovanie, gumovanie, tieňovanie, zosilnenie a ohraničovanie je prejav neurotických defektov, ide o popieranie.

Línia, ťahy – ich kvalita prezrádza mnohé o osobnosti (intenzita, početnosť, prítlak, charakteristika línie). Vo svojej podstate ohraničujú predmet, čím určujú formálny aspekt, i keď svojou povahou ich môžeme zaradiť aj do obsahového hľadiska. Jemné a váhavé ťahy sú charakteristické pre jednotlivcov apatických, utlmených a úzkostných, pričom signalizujú neistotu. Nekontrolovateľné ťahy robia jednotlivci nekľudní a agresívni so zvýšeným prítlakom. Psychická stabilita sa prejavuje používaním lineárnych ťahov a kriviek, tie však nesmú výrazne prevládať, pretože by to mohol byť znak úzkostných neuróz. Pri hodnotení u jednotlivcov s mentálnym postihnutím naopak prihliadame na organické poškodenie CNS, poruchy jemnej a hrubej motoriky, vizuomotoriky a grafomotoriky vyplývajúce zo základnej diagnózy.

Zvláštnosti – bežne v detských kresbách sa nevyskytujú, prípadne stereotypné opakovanie námetov. Stereotypia sa v kresbách jednotlivcov s mentálnym postihnutím vyskytuje častejšie ako u normointelektu, pričom je to dôsledok fragmentárnosti myslenia a obmedzenej úrovni intelektových a poznávacích schopností závislých na druhu a stupni postihnutia. Zvláštnosti v kresbe rodiny možno nachádzať vo veľkej miere v spontánnosti výberu tvarov, farieb a náhodnosti konečného efektu tvarov a celku. Pri projektívnom hodnotení pristupujeme so zreteľom na tieto aspekty.

Preferencia farieb – farba je emocionálny činiteľ umelca. Akým farbám dáva prednosť, tak posudzujeme jeho aktuálnu náladu alebo štruktúru osobnosti. Farba všeobecne umocňuje myšlienku a je indikátorom emočného stavu jednotlivca, projikuje jeho momentálny stav alebo tendenciu k určitému stavu. Farba v živote človeka predstavuje intenzitu a stav emocionálneho života, má psychologický, estetický a kultúrny podtext. Vplyv farieb na človeka je už v dnešnej dobe empiricky dokázaný, avšak ich vplyv je do značnej miery individuálny. Hodnotenie a interpretácia farieb je komplikovaná. Koľko je empirických štúdií, čiže autorov, tak toľko je aj spôsobov hodnotenia. Reč farieb je teda súčasťou symboliky, ktorá má hlbokú históriu a stretávame sa s ňou v najrozmanitejších odvetviach života. V antike bola farba napríklad spájaná s farbou planét a podľa toho aj interpretovaná. Empirici jej už vtedy prikladali dôležitý psychologický význam. Pri použití farieb sa uplatňujú jej rôzne vlastnosti- intenzita, hustota, viditeľnosť z diaľky, odtieň. Spojenie týchto vlastností s farbami vytvára špecifikujúcu hodnotu skupiny farieb, niektoré pôsobia harmonicky, iné šokujú krikľavosťou, nesúladom. Výberu a použitiu farieb nemožno uprieť psychologickú hodnotu, ale pri interpretácii obrázku je nutné prihliadať na vek autora. Dieťa používa farby dvoma spôsobmi, buď sa nechá ovplyvniť skutočnosťou (zelená tráva, žlté slnko...) alebo sa nechá viesť svojim nevedomým a práve to o ňom prezrádza najviac. Absencia farby signalizuje citovú prázdnotu, asociálne tendencie. Dominantná farba je často spojená s afektom. Čierna signalizuje strach, ohrozenie, agresivita zo strachu, niekedy aj bohatý vnútorný život, v puberte neprístupnosť a ostych prejaviť city. Červená – obľúbená u malých detí, radosť zo života, vitalita, láska, ale aj agresivita, zranenie, u detí do 6 rokov normálna. Modrá – túžba, introverzia, u detí od 5 do 6 rokov naznačuje kontrolu správania. Žltá – radosť zo života, moc, inteligencia, niekedy veľká závislosť dieťaťa na dospelom. Zelená – dúfanie, symbolizuje farbu kvetov. Fialová – malé deti ju používajú len zriedka, reagujú na ňu nepokojne, v spojení s modrou ukazuje úzkosť často v obdobiach ťažkej adaptácie. Hnedá – na jednej strane materská sila, na druhej strane nátlak, často tvrdohlavé dieťa, konflikty s rodinou, nevyhovujúca sociálna adaptácia. Je všeobecne platné, že extrovert používa červenú, žltú, oranžovú v rôznych kombináciách. Na rozdiel od introverta, ktorý používa menší počet farieb ako modrú, zelenú a šedú.

V neposlednom rade je na nás, aby sme si pre svoju diagnostickú interpretáciu zvolili diagnostický materiál podľa ktorého sa budeme orientovať.

V súčasnosti je toľko empirických štúdií, že samotná diagnostická interpretácia podľa viacerých autorov, by skôr priniesla chaos ako poriadok.

Správanie – počas výtvarného aktu sledujeme všetko, čo sa pri kreslení deje. Jeho záujem alebo nezáujem o kresbu. Či jednotlivec na výzvu kresliť reaguje, alebo nie, či kreslí podľa inštrukcie, či čaká na pokyny, alebo pracuje samostatne. Či je so svojím výtvorom spokojné, alebo ho chce vylepšiť, prípadne zničiť. Či počas procesu tvorby často gumuje, opravuje. Sú jednotlivci, ktorí sú aj s veľmi nedokonalým a na ich vek neprimeraným výtvorom nadmieru spokojné a naopak jednotlivci, ktorí ho potrebujú stále vylepšovať.

Obsahové komponenty

Ľudská postava/autoportrét – v zobrazovaní postáv možno hľadať symboliku, postavy však obvykle vypovedajú o autorovi viac, ako ostatné symboly. Pri hodnotení musíme prihliadať na vývinové a projektívne hľadisko. Je to nutné z toho dôvodu, že nemožno posudzovať kresbu len z projektívneho hľadiska, pretože ich kresby sú charakteristické hlavne vývinovosťou (i v staršom veku). Jednotlivec nakreslí napríklad postavu väčšiu preto, že z hľadiska grafomotorického prevedenia je preňho ľahšia a jednoduchšia, napokon prirodzená. Ak by sme neprihliadali na tieto dôležité aspekty, tak by sme jednotlivca označili ako sebavedomého so silnými sklonmi sebapresadzovania, čo v konečnom dôsledku nie je kompatibilné s jeho základnou diagnózou a viažucimi sa deficitmi vo funkčných oblastiach.

Jednotlivec s mentálnym postihnutím kreslí to, čo o predmete alebo jave vie, pričom úroveň sa viaže na rozumovú vyspelosť, poškodenie jednotlivých funkčných (kognitívnych) schopností. Jednotlivec v rámci štadiálnych vývinových období začína samozrejme čmáranicami (bezobsahové a obsahové), pokračuje hlavonožcom, panákom, ľudskou postavou, zvieratkom, stromom atď., pričom vývinovosť kresby si nemožno zamieňať s diagnostikou z projektívneho hľadiska. Práve pre tieto aspekty považujeme za dôležité spomenúť vývinový a štadiálny charakter kresby.

Postava ponúka veľa spôsobov ako ju znázorniť, jednotlivec nám vykreslením postavy, či už vedomými alebo nevedomými prvkami, dáva na zreteľ aký má postoj a vzťahy k danej vyobrazenej postave. Nezobrazuje naturalistickou, ale zástupnou formou tj. napríklad postavy nakreslí vo veľkosti podľa hierarchie, dominantnosti, tým priraďuje danej postave symbol podľa odpozorovaných vlastností (žena – kvetina, princezná; muž – divoká šelma, kôň,

meč, kovboj, policajt; dieťa – podľa toho ako sa cíti, či ako muž alebo ako žena, niekedy sa môže zobraziť aj ako bábika alebo ako klaun). Na postave je jednou z najdôležitejších častí tvár a hlava, ktorá celú postavu poľudšťuje. Veľká hlava – u menších detí normálne, u starších sa objavuje u paranoidných autorov. Malá hlava – autori depresívni, trpiaci komplexom menejcennosti. Oči sú „zrkadlo do duše" k očiam sa viažu početné symboly od uhranutia až po hypnotizéra. Jednotlivci s homosexuálnymi sklonmi kreslia veľké oči, u primitívnych alebo agresívnych jednotlivcov je výrazné obočie, často rozježené. Ústa symbolizujú reč ako prostriedok ku komunikácii. Jednotlivec, ktorý ich zabudne nakresliť spravidla vyjadruje sexuálny problém (Oidipov komplex), vycerené zuby naznačujú agresivitu, plné silné pery sa vyskytujú u zmyselných osôb. Brada a fúzy sa začínajú objavovať až v neskoršom veku sú symbolom mužnosti, u menších jednotlivcov poukazujú na dobre vyvinutý pozorovací talent. V niektorých prípadoch sa stáva, že jednotlivec úmyselne, či podvedome niečo vynechá alebo predimenzuje, prípadne sa objaví transparentnosť (vnútornosti, kostra), akýkoľvek takýto prejav neobvyklej postavy k veku dieťaťa nám môže veľa prezradiť. Ruky niekedy úplne chýbajú (sú vo vreckách alebo sú zdeformované) môže to naznačovať masturbáciu, alebo delikvenciu, avšak pri tejto interpretácii treba byť obozretný, nakoľko to môže byť prejavom aj neschopnosti nakresliť ruky.

Osoby a ich obsadenie v kresbe – predurčuje dôležitosť osôb, členov rodiny pre samotného autora. Zaujíma nás existencia a neexistencia (vytesnenie) osôb. Existencia znamená citovú upotrebiteľnosť osôb a neexistencia ako prejav citového strádania, prípadne vytesnenia z vnútorných emocionálnych štruktúr. Variácie kreslenia osôb autorom sú rôzne: autor je na obrázku sám alebo so súrodencom, s jedným rodičom, autor s celou rodinou (nukleárna rodina), autor so širšou rodinou, alebo len s rodičmi. Vystríhajúcimi znakmi sú neidentifikovateľné osoby alebo neprítomnosť nijakých osôb.

Veľkosť postáv – projikuje sebavedomie, pričom sa prejavujú pocity menejcennosti, kompenzačná snaha po uplatnení, prípadne manická expanzia autora. Malá postava autora, prípadne členov rodiny naznačuje významnosť v rodine a v neposlednom rade pertraktuje úzkosť, pocity neistoty, pocity nedostatočnosti a neurotické rysy. Nápadne veľká postava autora, prípadne členov rodiny pertraktuje sebapresadzovanie, agresívne reagovanie, snahu vynikať, ťažkosti v sebaponímaní a ťažkosti vo vzťahoch s okolím. V prípadoch jednotlivcov s mentálnym postihnutím je treba uvážiť, či veľká postava nie je

len prejavom neschopnosti lepšie koordonovať grafomotorický prejav, ktorý je z hľadiska prevedenia ľahší. Veľká postava naznačuje veľkú významnosť, naopak malá postava malú významnosť. V týchto postulátoch sa môžeme domnievať aj o veľkosti sebavedomia veľkej alebo malej nakreslenej osoby očami jednotlivca.

Poradie postáv – demonštruje pozíciu jednotlivca v rodine a hierarchiu, sledujeme postupnosť kreslenia jednotlivých členov rodiny od samotného autora. Miesta pri krajoch naznačajú introverziu, kým stred naznačuje extroverziu. Hodnotíme významnosť jednotlivých členov rodiny pre jednotlivca.

Pozícia postáv – naznačuje dominantnosť a kodominantnosť osôb, povahové a charakterové vlastnosti.

Výraz postáv – dominujúca nálada vnímaná samotným autorom.

Spôsob zobrazenia jednotlivých postáv – ak sa postavy v kresbe vyskytujú, všímame si ich veľkosť. Malé postavy (objekty) obyčajne poukazujú na znížené sebavedomie. Ďalej sledujeme ich proporcie, či dieťa nakreslí všetko, čo má postava mať, alebo nejaké časti vynechá, prípadne nakreslí predimenzovane alebo neprimerane.

Druhotné detaily/sociálna konformita – zvláštnu úlohu zohráva aj oblečenie postavy, jednotlivec začína postavu obliekať okolo 5- 6 roku života. Postava vtedy nadobúda charakteristické znaky. Postavy, ktoré sa vyskytujú najčastejšie: námorník – túžba uniknúť zo skutočnosti, kovboj – túžba byť veľký, silný a robiť dojem na okolie, klaun – dieťa, ktoré sa nedokáže adaptovať na školský systém, sklon k depresiám, starec – asociálne a agresívne deti, túžba po rýchlom odchode danej postavy (In: Svoboda, Krejčířová, 2001). Pri teste kresby rodiny sa hodnotia druhotné detaily u všetkých členov rodiny. Častým úkazom sú gombíky na bruchu ako naznačené oblečenie, v prípade jednotlivcov s mentálnym postihnutím ide len o vývinový charakter kresby ľudskej postavy.

Druhotné detaily/materiálny svet – znamenajú to, čo je navôkol a majú symbolický alebo falický význam. Zvyčajne jednotlivci zobrazujú cigarety, alkohol, dáždniky, palice, kvety, šperky, hodinky a pod. Pri detailoch si všímame ich vypracovanosť a prítomnosť v kresbe. Napríklad prítomnosť veľkého počtu detailov u 4 ročného dieťaťa, môže poukazovať na výbornú pozorovaciu schopnosť a nadpriemerný intelekt. Naopak pedantné až prehnané vypracovanie detailov sa často objavuje v kresbách neurotických a úzkostných detí. Taktiež pri jednotlivcoch s mentálnym postihnutím môžu signalizovať zabez-

pečenie si primárnych potrieb – jedlo, nápoje alebo kompenzáciu prázdneho priestoru.

Záver

Na záver príspevku by som rád pertraktoval názor, že špeciálnopedagogická diagnostika jednotlivcov s mentálnym, prípadne viacnásobným postihutím ešte stále nie je dostatočne vedecky verifikovaná štandardnými testmi, čo je v praxi nemožné pre multidimenzionalitu samotného druhu a stupňa postihnutia. Mnohí odborníci z danej problematiky, nemajú príliš veľa možností, či záchytných bodov používania rôznych testových batérií pri cielenej špeciálnej stimulácii, intervencii a edukácii a vychádzajú z testových metód určených pre normointelekt. Príspevok ponúka vodítka na hodnotenie výtvarnej expresie rodiny u jednotlivcov s mentálnym postihnutím, ale i normointelektu, prípadne iných druhov a stupňov postihnutia. Diagnostické možnosti kresby rodiny sú v špeciálnopedagogickom kontexte čoraz viac uplatňované pre jednoduchú administráciu a pre obľubu jednotlivcov s mentálnym postihnutím kresliť. Dôvodom diagnostiky výtvarných expresií jednotlivcov s mentálnym postihnutím sa stáva fakt, že v mnohých prípadoch emočných problémov jednotlivcov, prípadne podozrenie z výskutu syndrómu Can je etiologickým a spúšťacím mechanizmom práve rodina. Z mnoha štatistických štúdií vyplýva, že jednotlivec s rôznym druhom a stupňom postihnutia sa práve pre svoju odlišnosť stáva výrazne ohrozeným pre týranie, zneužívanie, sociálne a emočné zneužívanie. Pri podozrení na spomínané aspekty je vhodné použiť projektívne kresbové testy s akcentom na rodinu.

Zoznam bibliografických odkazov

DAVIDO, R. *Kresba ako nástroj poznania dieťaťa.* Praha: Portál, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7367-415-1.

GAJDOŠÍKOVÁ, A. *Overovanie vybraných stimulačných programov u viacnásobne postihnutých detí predškolského veku.* Bratislava, 2007. 182 s. Dizertačná práca na Pedagogickej fakulte Univerzity Komenského na katedre špeciálnej pedagogiky. Vedúci dizertačnej práce Prof. PhDr. Štefan Vašek, CSc.

GREGUŠOVÁ, H. Preferencia farieb a výtvarný mentálne postihnutých s Downovým syndrómom. Bratislava: 1998. 189 s. Kandidátska dizertačná práca (CSc.). Pedagogická fakulta UK Bratislava, 1998.

GREGUŠOVÁ, H. *Výtvarné aktivity mentálne postihnutých detí predškolského veku*. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 2000. 154 s. ISBN 80-88868-48-3.

GREGUŠOVÁ, H. 2000. *Arteterapeutické techniky pre mentálne postihnutých.* Bratislava: PdF UK, 2000.

GREGUŠOVÁ, H. 2005. *Výtvarne nadaní postihnutí*. In Nadaní a talentovaní postihnutí jedinci: Zborník príspevkov zo seminára zameraného na predbežné výsledky riešenia výskumnej úlohy VEGA č. 1/140/04. Bratislava: Sapienta, s. r. o., 2005. 188 s. ISBN 80-969112-8-7. 29–42 s.

GREGUŠOVÁ, H. 2006. *Výskyt výtvarne nadaných žiakov s postihnutím v Slovenskej republike.* In Niektoré aspekty nadania a talentu postihnutých jedincov: Zborník príspevkov z výsledkov riešenia výskumnej úlohy VEGA č. 1/1405/04. Bratislava: Sapienta, s. r. o., 2006. 225 s. ISBN 80-89229-04-2. 62–77 s.

HARDI, I. 1992. *Dynamický test kresby ľudskej postavy*. Nové Zámky: Psychoprof, 1992.

ILLYÉS, G., ILLYÉS, S., JANKOVICH, L., LÁNY, M. 1978. *Špeciálnopedagogická psychológia.* Bratislava: SPN, 1978. 676 s.

LOPÚCHOVÁ, J. *Včasná intervencia viacnásobne postihnutých detí. In: Včasná intervencia zrakovo postihnutých detí na Slovensku*. Zborník. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 2001, s. 17–22.

LOPÚCHOVÁ, J. *Výtvarné činnosti ako reedukačný prostriedok a súčasť komplexnej edukačnej činnosti binokulárne postihnutých detí v predškolskom veku. In: Efeta – otvor sa 2000: Ročenka časopisu o komplexnej rehabilitácii ľudí s postihnutím,* Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 2001 s. 191–199.

LÜSCHER, M. *Test voľby farieb k hodnoteniu osobnosti.* Bratislava: Psychodiagnostika, spoločnosť, s. r. o. Rok a ISBN nie sú uvedené.

LÜSCHER, M. 1997. *Čtyřbarevný člověk*. Český Brod: Nakladatelství Ivo Železný, 1997. ISBN 80-237-3491-1.

NOVÁK, T. Co dítě sděluje, když nakreslí svou rodinu.Olomouc: Rubico, 2004. 48 s. ISBN 80-7346-037-8.

POGÁDY, J. et al. *Detská kresba v diagnostike a v liečbe*. Bratislava: Slovak academic press, 1993. 196 s. ISBN 80-85665-07-7.

SCHMIDTOVÁ, M. *Integratívna pedagogika (vybrané kapitoly).* Bratislava: Mabag, 2008. I. vydanie. ISBN 978-80-89113-47-7.

SVOBODA, M. et al. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, s. r. o., 2001. ISBN 80-7178-545-8.
ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. 167 s. ISBN 8071786160.
ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Arteterapia – ú(zá)žitkové umenie.* Bratislava: Petrus, 2006. 273 s. ISBN 80-89233-10-4.
ŠUPŠÁKOVÁ, B. 2000. *Detský výtvarný prejav*. Bratislava: Digit, s. r. o., 2000. ISBN 80-968441-0-5.
ŠTEFAN, J. *Možnosti aplikácie senzomotorického stimulačného tréningu u klientov s diagnózou detská mozgová obrna.* Bratislava, 2008. 127 s. Rigorózna práca na Pedagogickej fakulte Univerzity Komenského na katedre špeciálnej pedagogiky.
ŠTURMA, J. – VÁGNEROVÁ, M. 1982. *Kresba postavy.* Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy n.p. 1982.
ŠVANCARA, J. a kol.: 1979. *Diagnostika psychického vývinu.* Praha: Avicenum, 1979. VAŠEK, Š. 2004. *Špeciálnopedagogická diagnostika*. Bratislava. Sapienta, 2004. ISBN 80-968797-1-5.
UŽDIL, J. 1974. *Výtvarný projev a výchova*. Praha: SPN, 1974. ISBN 14-638-74.
UŽDIL, J. 1974. *Čára, klikyháky, paňáci a autá*. Praha: SPN, 1974.
ZICHA, Z. 1981. *Úvod do speciální výtvarné výchovy*. Praha: Karlova Univerzita, 1981. 45 s. ISBN 60-85-81.

SENIOŘI

VYUŽÍTÍ CÍLOVÝCH SPORTŮ VE VOLNÉM ČASE SENIORŮ

Utilization target sports in free time of seniors

Mgr. Hana Bednářová

Katedra apl ikovaných pohybových aktivit FTK UP v Olomouci;
Department of Adapted Physical Activities, faculty of Physical Culture,
Palacký university in Olomouc

Klíčová slova

Senior, cílové sporty, Boccia, Bocce, Petangue, volný čas, pobyt v přírodě.

Key words

Senior, target sports, Boccia, Bocce, Petangue, leisure time, living in the open.

Stárnutí postihuje celý pohybový aparát. Nejdříve dochází k omezování kloubní pohyblivosti, následuje pokles rychlosti a obratnosti a nakonec i síly a vytrvalosti. Jednou z příčin je snížení rychlosti svalové kontrakce a úbytek svalové hmoty (Spirduso, 1995).

Ke změnám také dochází v oblasti psychické a sociální. S přibývajícím věkem se člověk postupně dostává do sociální izolace, o které hovoří i teorie odcizování Cumminga a Henryho (1961). Dle ní se lidé staršího věku dostávají méně do sociální interakce se svým okolím. Na tuto situaci má vliv několik faktorů, mezi ně patří jak snížené funkce smyslových orgánů, tak i postupná ztráta přátel a členů rodiny, která vede ke ztrátě sociálních kontaktů, stejně tak jako změna prostředí, která souvisí například s odchodem do důchodu.

Z předchozího textu nám vyplývá, že nejvhodnější pohybové aktivity pro osoby staršího věku jsou takové, které nejsou příliš náročné po stránce kondiční a nejsou příliš rychlé a složité. Dále je důležité, aby zvolené aktivity přinášely příjemné prožitky, které mají pozitivní vliv na psychiku a ovlivňují tak i motivaci k opakování dané aktivity.

Sporty, které budeme nabízet jako nové, by se měli jevit jako aktivity příjemné, bezpečné a ne příliš náročné, z tohoto pohledu můžeme doporučit právě sporty cílové.

Cílové sporty umožňují provádět pohyby vědomé, pomalé a esteticky působící. Většina sportů, které zde budou uvedeny, zároveň podporují i složku sociální. Většinou se jedná o sporty kolektivní, u kterých dochází a vzhledem k podstatě hry musí docházet k sociální interakci.

Dalším pozitivem je skutečnost, že některé cílové sporty lze hrát i mimo domov a některé jsou přímo určeny pro hru venku, což má samozřejmě pozitivní dopad na zdraví člověka.

Obrázek 1: Sada pro hru boccia (http://www.handilifesport.com/cgibin/hls/uploads/images/boccia_superior_stor.jpg)

Některé cílové sporty, jako je například boccia, pétanque, bocce atd. nejsou příliš náročné na čas, prostor a vybavení, což je dalším nesporným pozitivem, které umožňuje hrát tuto hru všem věkovým kategoriím. Při hře s rodinou, vnoučaty či přáteli dochází k velmi důležitým mezigeneračním dialogům. Zároveň tyto sporty poskytují vhodnou a zdraví prospěšnou náplň volného času.

Dle Táborského (2007) je jednotícím znakem všech cílových sportů snaha přiblížit svůj soutěžní předmět (míček, koule, kamenný kotouč, šipka, bumerang, kulka, šíp apod.) co nejblíže nebo co nejpřesněji ke stanovenému cíli, případně zasáhnou tento cíl tak, aby byl zasažen další cíl (např. hrací a hraná koule v kulečníkových hrách).

Táborský (2007) rozděluje cílové sporty do šesti skupin podle znaků, ve kterých se liší.

Rozlišuje typ golfový, curlingový, kuželkový, kulečníkový, šipkový a střelecký.

Pro příklad uvádíme například golfový typ, v němž je cílem dopravit míček, kouli nebo disk do určeného prostoru, kterým může být jamka, branka nebo koš. K přemisťování se používají speciálně upravené hole.

U kuželkového typu je cílem porazit co nejvíce kuželek nebo válečky vyrazit z cílového prostoru. Vzdálenosti jsou přesně určené a k zásahům se využívají speciální koule nebo hole.

Úkolem u kulečníkového typu je zasáhnout hrací koulí další kouli tak, aby daná koule byla směřována do otvoru na okrajích hracího stolu, mezi tyto hry patří snooker a pool. Nebo aby daná koule zasáhla určeným způsobem kouli třetí, tento způsob hry se využívá ve hře karambol. K uvedení hrací koule do pohybu se využívá tágo – speciální hůl.

Mezi cílové sporty curlingového typu patří pétanque, bocce, boccia, lan bowling, boules, boccia raffa, curling a metaná. U těchto her je cílem umístit vlastní soutěžní předměty co nejblíže k určenému cíli a to v přesně vymezeném prostoru. Jako soutěžní předměty se používají kamenné kotouče a koule. Jako cíl se používají malé kuličky vhazované svobodně do určeného prostoru na začátku každého soutěžního kola, takže v každém kole, ale i během hry se může vzdálenost hráčů od cíle měnit. V curlingu a metané je cíl pevně stanoven v neměnící se vzdálenosti.

V dalším textu bychom vás rádi seznámili se základními pravidly her pétanque a boccia. Které jsou z našeho pohledu nejvhodnější právě pro osoby staršího věku. Nejsou náročné na fyzickou kondici ani vybavení a poskytují dostatečný prostor pro navazování sociálních kontaktů a sociální interakci.

Obrázek 2: Sada pro hru bocce (http://www.dazadi.com/images/p200/pns_bocce_attache.jpg)

Pétanque

Na jedné hrací ploše proti sobě nastupují dva soupeři – jednotlivci, dvojice nebo trojice. Úkolem je dostat své hrací koule k cílovému předmětu (cochonnet) blíže než soupeř (Táborský, 2007).

Standardizovaná hrací plocha bývá ohraničená provázky nebo nízkými mantinely. Oficiální rozměry hrací plochy by měli být 15×4 metry. Povrch hrací plochy může být pokryt štěrkem či pískem. Často se pod touto vrstvou nachází hlína nebo tvrdý písek, což zaručuje pevný a rovný povrch. Pro běžnou hru s přáteli a rodinou však bohatě stačí zastřižený trávník do takové výšky, aby byl cochonnet neboli prasátko stále ještě vidět a nesnižovala se tím přesnost míření a hodu. Na nesoutěžní úrovni není také potřeba dodržovat standardizované rozměry hrací plochy. K základnímu vybavení pro tuto hra patří samozřejmě koule, které se vyrábí z kovu, nejčastěji z oceli a jsou duté. Na povrchu koulí bývají vryty rýhy, které zjednodušují rozeznávání koulí. Protože v této hře rozhodují často milimetry, je pro přesné určení vzdálenosti nutné používat také různé druhy měřítek.

Obrázek 3: Sada pro hru pétanque (http://www.modernihry.cz/images/images_big/Petanque%20sada%208%20TOP.jpg)

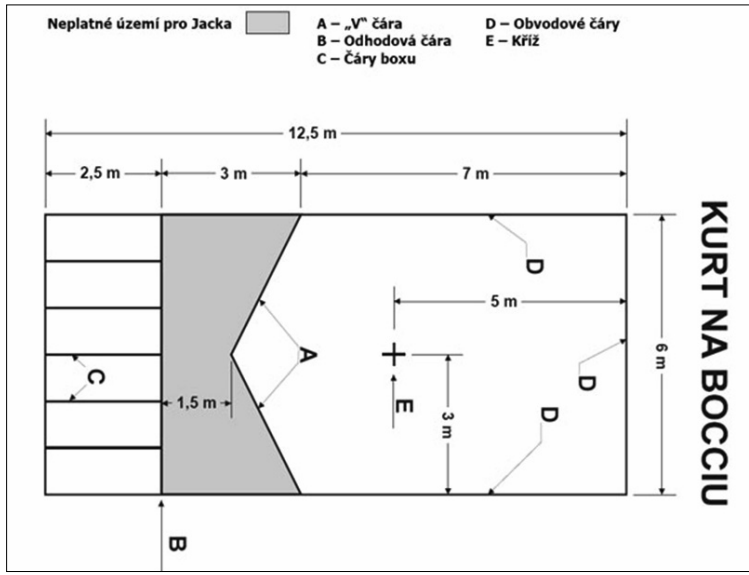
Při hře Pétanque je určen způsob držení koule. Dlaň hráče by měla při odhodu směřovat k zemi.

Jedno utkání je rozděleno na několik her neboli kol. Hra končí ve chvíli, kdy jedno družstvo či jednotlivec získá 13 bodů.

Boccia

Tato hra je primárně určena osobám se zdravotním postižením. Je velice blízká francouzské hře pétanque, s tím rozdílem, že v této hře se využívá kožených míčů. Na rozdíl od pétanque se boccia hraje v tělocvičnách na umělých nebo dřevěných podlahách.

Ke hře je potřeba šest červených, šest modrých a jeden bílý míč. tzv. „jack“. Cílem hry je umístit míčky své barvy co nejblíže bílému míči. Míče můžeme k cílovému míčku hodit přímo, nebo k němu přiťuknout míček jiným míčkem, nebo přiťuknout cílový míček do blízkosti svých míčků či odrazit soupeřův míček dále od svého (Wittmannová, 2007).



Obrázek 4: Hrací pole pro hru boccia (http://www.boccia.xf.cz/kurt-boccia.jpg)

Jedna hra, utkání se skládá ze 4 směn, tzn., že 4× je vhozen jack do hracího pole a 4× hráči vyhodí do pole všechny své míče. Po každé směně se sčítají body, které obdržel hráč za každý míč, který je blíže jacku než nejbližší míč soupeře. Pokud jsou dva nejbližší míče soupeřů ve stejné vzdálenosti od jacka, dostávají obě strany po jednom bodu.

Hra boccia a pétanque jsou skutečně hry, které mohou hrát opravdu všichni. Vzhledem k minimálním nárokům na kondici hráče, jsou ideální aktivitou pro osoby staršího věku. Zároveň však poskytují dostatek zábavy a nečekaných momentů v herních situacích, které k této hře přilákají i další věkové kategorie.

Pokud vás tyto hry zaujaly, doporučuji Vám navštívit některé z následujících internetových stránek: http://www.boccia.xf.cz/pravidla.htm, http://boccia.mypage.cz/menu/pravidla, http://www.integrovanesporty.cz/iBoccia/01_Pravidla_iBoccii.pdf, http://petanque.cstv.cz/pravidla.html, http://www.viviente.cz/letni-sportovani/.

Hodně štěstí!

Literatura

CUMMING, E. & HENRY, W. E. *Growing Old*. New York: Basic Books, 1961.
SPIRDUSO, W. W. *Physical dimensions of againg.* Champaing: Human Kinetics, 1995.
STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Grada Publishing, 1999.
ŠTILEC, M. *Program aktivního stárnutí pro seniory.* Praha: Portál, 2004.
TÁBORSKÝ, F. *Cílové sporty.* Praha: Grada Publishing, 2007.
WITTMANNOVÁ, J. Boccia. In KUDLÁČEK, M. a kol. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením.* Olomouc: UP, 2007.

Internetové zdroje

[online] http://www.boccia.xf.cz/pravidla.htm.
[online] http://www.handilifesport.com/cgi-bin/hls/uploads/images/boccia_superior_stor.jpg.
[online] http://www.dazadi.com/images/p200/pns_bocce_attache.jpg.
[online] http://www.modernihry.cz/images/images_big/Petanque%20sada%208%20TOP.jpg.

ALZHEIMEROVA CHOROBA V RODINĚ

Alzheimer's In the Family

Mgr. Pavlína Brádlová

Externí doktorand – Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP v Olomouci

Klíčová slova

Alzheimerova choroba, příznaky nemoci, průběh onemocnění, rizikové faktory, rodina.

Key words

Alzheimer's disease,Characteristics, Diagnostic criteria, Causes, Family.

Alzheimerova choroba je primární degenerativní onemocnění mozku, které má neznámou etiologii s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými rysy.

Samotné onemocnění začíná obvykle plíživě a pomalu, nepřetržitě se však rozvíjí během několika let.

Alzheimerova choroba postihuje v České republice dle současných odhadů kolem 130 tisíc lidí (pro zajímavost v Německu kolem 800 tisíc lidí) a řadí se tak na přední příčky mezi onemocnění vyššího věku (Holmerová, 2002).

Alzheimerova choroba je zpočátku plíživý a postupně progredující proces, při kterém dochází k poruše a zničení nervových buněk (neuronů) a jejich spojení (synapsí). S tím je spojen úbytek mozkové tkáně jako takové – hovoří se o tzv. mozkové atrofii. Dále se zjistilo, že u nemocných se v mozku vytvářejí tzv. plaky, které obsahují amyloid – látku, která dále ničí mozkové buňky. K dalším chorobným změnám patří také neurofibrilární klubíčka obsahující tau protein (překlad Brádlová, 2009).

(TAU-protein (τ-protein) je bílkovinná komponenta, která se vyskytuje v neuronech mozkové tkáně; za normálních okolností stabilizuje mikrotubulární struktury axonů. U Alzheimerovy choroby dochází k abnormální fosforylaci tohoto proteinu a ke zvýšenému vylučování do mozkomíšního moku).

Fyziologické hodnoty τ-proteinu: (μg/l):

- pod 60 let: 17,3 ±4,4,
- nad 60 let: 24, 8 ±15,2.

Patologie:

Alzheimerova choroba

- pod 60 let: 33,3 ± 12,3,
- nad 60 let: 61,7 ± 35,4[1].

Všechny výše uvedené změny poškozují nejen neurony samotné, ale i jejich synapse, v důsledku čehož je znemožněna správná funkce mozku, což se navenek projevuje poškozením psychických funkcí. Zpočátku se nápadně zhoršuje paměť, pozornost a schopnost se soustředit. Později se ochuzuje řeč a vyjadřovací schopnosti a často se mění pacientova nálada a chování.

Onemocnění probíhá u každého člověka odlišně, ale zhruba vždy prochází určitými fázemi, které se mohou členit dle typických symptomů (překlad Brádlová, 2009).

V první počínající fázi jsou přítomny především poruchy krátkodobé paměti, které ale nemusí být výrazné či nápadné a často se dávají do souvislosti s věkem pacienta. Nemocný často zapomíná události, které se staly před malou chvílí. Těchto poruch paměti jsou si pacienti vědomi a reagují na ně různě. Ve společnosti se cítí často nejistě a z tohoto důvodu začínají postupně omezovat vztahy s příbuznými a známými. Na poruchy paměti reagují též úzkostně či se strachem, smutkem či vztekem. V tomto stádiu se také mohou v závislosti na rozsahu postižení mozkových center objevovat poruchy řeči, kdy má postižený velké vyjadřovací problémy a obtížně volí a hledá pojmy a slova. Často se vyskytuje i porucha orientace, kdy se nemocný špatně orientuje v nezmámém prostředí či v neočekávaných situacích.

V druhém stádiu nemoci se stává nemocný čím dál více zavislý na pomoci a podpoře druhých. Vykonávání běžných denních činností i sebeobsluha mu činí stále narůstající obtíže. Nemocní se často stahují do sebe, protože mají strach z vlastního neúspěchu. V této pokročilejší fázi se objevují rovněž změny emotivity: zejména strach, depresivní stavy a často také výbuchy agresivity. Dochází ke změnám v celé osobnosti a charakteru člověka.

Ve třetím stádium onemocnění již pacient není soběstačný v žádné denní činnosti a potřebuje 24hodinovou péči a dohled (překlad Brádlová, 2009).

[1] Dostupné in http://www.zbynekmlcoch.cz/info/neurologie/tau_protein_tau-antigen_htau_v_mozkomisnim_moku_normalni_hodnota_patologie.html.

Rizikovými faktory pro vznik Alzheimerovy choroby je především vysoký věk. Čím je člověk starší, tím větší má pravděpodobnost, že u něho choroba propukne. Dalším rizikovým faktorem je ženské pohlaví, kdy bylo prokázáno, že ženy onemocní Alzheimerovou chorobou častěji než muži. I výskyt onemocnění v rodině, u rodičů, prarodičů či sourozenců zvyšuje do určité míry riziko vzniku. K dalším rizikovým faktorům se může počítat i konzumace alkoholu či nízká duševní aktivita.

Alzheimerova choroba v rodině

Diagnóza Alzheimerovy choroby vyděsí v rodině asi každého. Pro nejbližší členy rodiny nastává zcela nová situace a je potřeba se této situace nepoddávat, ale přizpůsobit se jí. Důležitým krokem je rozhodnutí a zvážení, kdo bude za péči o nejbližšího zodpovědný, a které služby se dají nemocnému zajistit. Současné možnosti péče nabízí domácí ošetřovatelská péče a pečovatelská služba, denní centra a také respitní pobyty, které nabízejí rodinám čas k odpočinku a načerpání nových sil (Holmerová, 2002).

Já osobně jsem měla tu možnost získat zkušenosti v oblasti 24hodinové péče o klienty v druhém a třetím stádiu Alzheimerovy choroby a ráda se s vámi podělím o své zahraniční zkušenosti z praxe.

Práce s pacienty, kteří trpí Alzheimerovou chorobou je velmi rozmanitá a také psychicky náročná, jak pro ošetřující personál, samotného pacienta, ale rovněž pro celou rodinu.

Milovaný člověk se začíná nejbližším měnit doslova před očima. Jakoby to už nebyl ten, kterého léta znají, a se kterým si vždy tak dobře rozuměli. Tento pocit je pro nejbližší vždy velmi bolestný a často navozuje výčitky svědomí.

Nemocného je potřeba stále motivovat, povzbuzovat, chválit a zabránit nudě. Při jednotlivých činnostech je důležité dbát na to, v jaké pohodě a s jakou radostí je pacient provádí – dobré je se zaměřovat na pozitivní proces a neupínat se pouze na výsledek dané činnosti.

Rovněž velmi důležité je snažit se u pacienta zachovat dosavadní sociální kontakty, a okruh svých známých a podporovat ho v jeho dosavadních koníčcích.

Dobré je se snažit, aby pacient pomáhal s činnostmi, na které stačí, a u ostatních činností ho šetrně doprovázet a podporovat.

Několik tipů při péči o člověka s Alzheimerovou chorobou (překlad Brádlová, 2009).

- Dodržovat pravidelný režim dne a pravidelné podávání jídla.
- Při potřebě upravit pokoj či byt pro potřebu nemocného (je nevhodné, z důvodu zhoršené orientace ve vlastním bytě, příliš často stěhovat nábytek či přesunovat věci z jednoho místa na druhé).
- Je dobré dodržovat určitý řád v udržovaní pořádku, každá věc má své stálé místo.
- Ve večerních hodinách mít dostatečně osvětlené místnosti a přes noc nechávat svítit tlumené světlo pro lepší orientaci např. při potřebě jít v noci na WC.
- Pokud to lze, odstranit z bytu všechny nebezpečné či ostré předměty, případně je zamknout.
- Jestliže má nemocný problémy s orientací v bytě je dobré místnosti odlišit barevně, či na dveře jednotlivých pokojů vytvořit tzv. Piktogramy, či nalepit obrázky, které jsou pro pacienta srozumitelnější než nápis.
- Důležité je rovněž dbát na dostatečný příjem jídla a pití, lidé často nemají pocit žízně (dehydratace bohužel výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka a může vyústit až v agresivitu).
- Pokud nemají vany či sprchy v bytě odtokovou pojistku, je dobré nenechávat člověka s Alzheimerovou chorobou při pravidelné hygieně bez dozoru.
- Často je nutná i regulace příliš horké vody, pacienti v pokročilejším stádiu nejsou schopni sami si regulovat teplotu vody.
- Podobně je to i s elektrickými přístroji v domácnosti – nenechávat bez dozoru.
- Při odchodu z domu na procházku či nákup s nemocným projít celý byt a zkontrolovat zda jsou všude zavřená okna, vypnutá voda, plyn – je to i pro nemocného součástí přirozené aktivizace v průběhu dne.
- Pokud se pacient projevuje agresivně, nezvyšovat příliš hlas a nekárat, dobré je reagovat klidně a s nadhledem, snažit se odstranit příčinu či odvést pozornost jiným směrem.
- Je dobré mít stále na paměti, že i hlasitá věta, příliš složitá situace, ale také hlad, žízeň či nucení na stolici může u těchto pacientů vyvolat agresivní či úzkostné reakce.
- Mnoho lidí s Alzheimerovou chorobou nemá rádo zrcadla – pohled do zrcadla je mnohdy příliš vyděsí, a proto je lepší v pokročilejším stádiu nemoci zrcadla z bytu odstranit.

- V činnosti pacienta je vždy vhodné nalézt takové momenty a drobné úspěchy, za které můžeme chválit.
- Vhodné je rovněž nestřídat v péči o nemocného příliš mnoho personálu (překlad Brádlová, 2009).
- V praxi se též velmi dobře osvědčilo nosit podobné tóny jedné barvy, oblékat se do stejných barev, člověk poté lépe rozpoznává člověka, který se o něho stará.
- Pro přehlednost jsme používali i vytvořený rodokmen, se kterým jsme často i s nejbližšími příbuznými poté pracovali. Vlatní zkušenosti z praxe Brádlová (2009).

V průběhu choroby nastávají mnohdy pro všechny zúčastněné velmi bolestné zvraty a situace. Nemocný své nejbližší přestane poznávat a domnívá se například, že jste jeho prababička. V těchto situacích je dobré vždy zvážit, zda je třeba tento omyl korigovat. Samotné uvědomění si omylu může být totiž pro nemocného velmi zraňující a psychicky těžko zvladatelné. Důsledkem Alzheimerovy choroby dochází též k závažným poruchám řeči. Většinou to začíná tím, že si nemocný nemůže vzpomenou na určité výrazy a obtížněji hledá určitá slova, která posléze nenachází vůbec. V pokročilejším stádiu nemoci je často narušena schopnost komunikovat prostřednictvím mluvené řeči úplně. V tomto stádiu je vhodné více se zaměřit na neverbální komunikaci – sledovat držení těla, mimiku, gesta a celkový výraz. Vhodné je rovněž při komunikaci formulovat jednoduché a zřetelné věty, ale nemluvit s nemocným jako s dítětem, protože to by ho mohlo velmi zraňovat. I člověk v pokročilé fázi demence je stále dospělým člověkem, který požívá důstojnosti dospělého člověka (překlad Brádlová, 2009).

Abychom dobře vycházeli s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou potřebujeme ve své práci opravdu hodně porozumění a tolerance a vždy musíme vycházet z individuálních zvláštností a potřeb daného člověka. Je dobré se pokusit vžít do jeho pocitů a akceptovat ho takového jaký momentálně je. Kromě důkladné a láskyplné péče o svého nejbližšího s Alzheimerovou nemocí je však rovněž důležité, najít si čas i sám na sebe a na odpočinek. Jenom tehdy, když si člověk zorganizuje péči a vyhradí si čas pro sebe, má poté dostatek času a energie, aby mohl skutečně účinně pomoci svému blízkému (překlad Brádlová, 2009).

Literatura

Jde o Alzheimerovu chorobu? Česká alzheimerovská společnost. Praha: Novartis Pharma, 2002. ISBN 80-86541-06-1. (Překlad Holmerová.)

Könnte es Alzheimer sein? Tips und Wissenwertes für Angehörige, Betroffene und Interessierte. Nürnberg: Novartis Pharma.

Cizojazyčný slovník

Slovník německo-český [cit. 23. února 2010,]. Dostupné na World Wide Webhttp://www.slovnik.cz/>.

Článek MUDr. Mlčocha

Tau protein [cit. 28. února 2010]. Dostupné na World Wide Web<http://www.zbynekmlcoch.cz/info/neurologie/tau_protein_tau-antigen_htau_v_mozkomisnim_moku_normalni_hodnota_patologie.html>.

Vlastní postřehy a zápisky z praxe 2008.

K NĚKTERÝM ASPEKTŮM KVALITY ŽIVOTA ČLOVĚKA SENIORSKÉHO VĚKU ŽIJÍCÍHO V ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP v Olomouci;
Institute of Special Education Studies, Faculty of Education,
Palacky University Olomouc

Klíčová slova

Kvalita života, osoba seniorského věku, senior, stáří, péče, aktivizace, aktivizační metody, aktivity, zařízení sociálních služeb pro seniory.

Key words

Quality of life, elderly people, senior, age, care, activation, methods of activation, activities, social services institution for seniors.

Úvod

Řešení otázek spojených se „stárnutím populace" je důležitým úkolem všech moderních vyspělých společností. V duchu výzev světových organizací a jejich programů je důležité usilovat o to, aby byla dána ***„nejen léta životu, ale i život letům"***. To znamená, aby byl kladen důraz nejen na prodlužování lidského života, ale i na jeho kvalitu.

Kvalitu života nelze vymezit výčtem několika komponent, po jejichž naplnění budeme moci konstatovat, že člověk žije kvalitní způsob života. Jedná se spíše o subjektivní pohled člověka na jednotlivé stránky jeho života. Tento pohled mimo jiné závisí na: zdravotním stavu, věku, vlastních přáních, životních cílech a očekáváních, duchovní úrovni, rodinném zázemí, ekonomickém zajištění, možnosti seberealizace, úrovni poskytovaných služeb, postojích ostatních lidí, kultuře dané společnosti atd. Je prokázáno, že subjektivní pojetí vlastního života je mnohdy odlišné od objektivních pojetí z okolí dané osoby. Za kvalitu svého života, stejně tak jako i za kvalitu svého stáří, je každý člověk zodpovědný z největší míry sám. Jak se člověk adaptuje na své stáří, závisí hodně na tom, jak prožíval období dospělosti a zda byl na stáří připravován.

Několik poznámek ke kvalitě života

Otázka kvality života zaměstnává lidskou mysl od pradávna. V odborné literatuře lze nalézt celou řadu definic kvality života. V oblasti konceptualizace tohoto pojmu a především v metodologických otázkách však nenacházíme názorovou shodu. Společným znakem diskusí o kvalitě života je od 70. let 20. století až do současnosti nejednotnost ve stanovení indikátorů pro měření kvality života, jejich důležitosti a volby nejvhodnějšího měřicího přístroje.

Na tomto místě uvedeme vymezení kvality života dle Světové zdravotnické organizace, vzhledem k tomu, že je pojaté šířeji: *„Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedinců vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ... Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a enviromantálním kontextu... Kvalita života není totožná s termíny ‚stav zdraví', ‚životní spokojenost', ‚psychický stav' nebo ‚pohoda'. Jde spíše o multidimenzionální pojem"*. (WHO Quality of Life Group, 1993) Často dochází k zaměňování pojmu *kvalita života* také za pojmy jako *sociální pohoda* (*social well-being*), *sociální blahobyt* (*social welfare*) či *lidský rozvoj* (*human development*).

Ke zkoumání kvality života existují různé přístupy

Psychologický přístup se vyznačuje snahou postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. Často se v tomto kontextu setkáváme s pojmy jako *osobní pohoda* (*well-being*), *prožitek blaha* (*welfare*), *dosažení a prožití úspěchu* (*success*) či *štěstí* (*happiness*). Nejvíce se pracuje s termínem *subjektivní pohoda,* který bývá definován jako dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent *kognitivních* (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a *emočních* (pozitivní emoce, negativní emoce). Osobní pohoda se vyznačuje konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase.

Z široké škály metod, které se využívají k měření kognitivních aspektů subjektivní pohody lze uvést SWLS (Satisfaction With Life Scale – Škála spokojenosti se životem) nebo například PGWS (Psychological General Well-Being Scale). K zjišťování emocionálního prožívání života je v psychologii

možné využít standardizované škály výskytu kladných a záporných emocí, například škálu PANAS.

Sociologický přístup operuje s termíny, jako jsou: *sociální úspěšnost*, *status*, *majetek*, *vybavení domácnosti*, *vzdělání*, *rodinný stav*. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je ovšem rovněž definována jako subjektivní životní pocit. V pojetí významné sociologické organizace *Mezinárodní společnosti pro studium kvality života* (*International Society for Quality of Life Studies*) je kvalita života chápána jako *„produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí"*.

Dalším důležitým termínem v sociologickém pojetí kvality života je *životní úroveň*. Bývá definována jako měřítko kvantity a kvality služeb, jež jsou lidem k dispozici. Jako relevantní indikátory životní úrovně jsou využívány ukazatele jako hrubý domácí produkt (HDP) na hlavu, střední délka života a kojenecká úmrtnost, počet lékařů na 1000 obyvatel, procento HDP věnované školství či zdravotnictví nebo počet televizorů a telefonů na domácnost.

Medicínský přístup – Těžiště zkoumání kvality života je posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji užívaným pojmem je zde „*health related quality of life*" neboli kvalita života ovlivněná zdravím. Jde o subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Kromě klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu se tedy sledují i objektivní a subjektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu člověka (přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, schopnost sebeobsluhy, míra úzkosti a napětí apod.).

K měření kvality života ovlivněné zdravím se používá cela řada nástrojů. Mezi *generické dotazníky* (tj. obecné dotazníky, které hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění) lze řadit například Activities of Daily Living (ADL), Sickness Impact Profil (SIP), Short Form 36 Health Subjects Questionnaire (SF 36), World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHO QOL-100) a další. Dále existuje řada metodik, které jsou zaměřeny specificky na zjišťování kvality života lidí trpících určitým typem nemoci (onkologická, duševní, kardiologická onemocnění a další).

K hodnocení kvality života lze přistupovat ze dvou hledisek, z hlediska *objektivního* a *subjektivního*. Objektivní kvalita života bývá určována na základě evaluace předem stanovených indikátorů, jež popisují podmínky života. Patří sem např. fyzické a duševní zdraví, socioekonomický status, materiální

zabezpečení, bydlení, životní prostředí, vztahy. Subjektivní, a v současné době více preferované pojetí, používá jako hlavní nástroj zkoumání kvality života subjektivní hodnocení daného jedince vyjádřené spokojeností či nespokojeností s danou oblastí života.

K některým aspektům kvality života člověka seniorského věku žijícího v zařízení sociálních služeb

Pokud člověk není schopen se sám o sebe postarat, například z důvodu zhoršení zdravotního stavu, může využít mj. i pomoc formou sociálních služeb poskytovaných v zařízení sociální péče. Tato zařízení nabízejí velké množství služeb, od jednotlivých úkonů, za kterými mohou občané do zařízení docházet, až po komplexní péči včetně bydlení.

Vzhledem k tomu, že pobytové služby ovlivňují zásadním způsobem život člověka, je jim v posledních letech věnována zvýšená pozornost především právě v kontextu kvality života. Z tohoto důvodu byl také na Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci realizován průzkum v této oblasti. Jeho záměrem bylo probádat životní spokojenost lidí seniorského věku využívajících pobytové sociální služby a zjistit, zda se v jejich životě vyskytují problematické oblasti, na které by bylo vhodné se podrobněji zaměřit z hlediska zkvalitnění poskytované podpory.

Za tímto účelem byli prostřednictvím dotazníků osloveni uživatelé zařízení sociálních služeb (domovů pro seniory, domovů s pečovatelskou službou a domovů pro osoby se zdravotním postižením). Pro respondenty z uvedených zařízení byl vytvořen jednotný typ dotazníku, aby byla umožněna i komparace názorů respondentů z jednotlivých typů zařízení. Někteří respondenti (především z domovů s pečovatelskou službou) vyplňovali dotazník sami, ostatní většinou s dopomocí. Pro vyplnění dotazníků byli osloveni obyvatelé zařízení z kraje olomouckého, pardubického, královéhradeckého a z kraje Vysočina.

Cílovou skupinou byly osoby starší 60 let. Přestože novější klasifikace označují za seniory osoby, které dosáhly 65 let věku (viz např. Mühlpachr, 2004; Petrková, Čornaničová, 2004), zvolili jsme periodizaci dle Václava Příhody, který za období seniorského věku považuje věk od 60 let výše. Hlavním důvodem bylo to, že v domovech pro osoby se zdravotním postižením není mnoho obyvatel nad 65 let a tudíž by se vzorek hodně zúžil. Dotazník byl pilotně ověřen na vzorku čtrnácti respondentů z domova pro seniory

z olomouckého kraje. Tato pilotáž poukázala, že položky v dotazníku byly formulovány správně a srozumitelně a není potřeba jejich přepracování. Údaje byly získány od 150 respondentů (50 respondentů z domovů pro seniory, 50 respondentů z domovů s pečovatelskou službou a 50 respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením). Vzhledem k tomu, že dotazníky byly distribuovány osobně, byla zaručena stoprocentní návratnost.

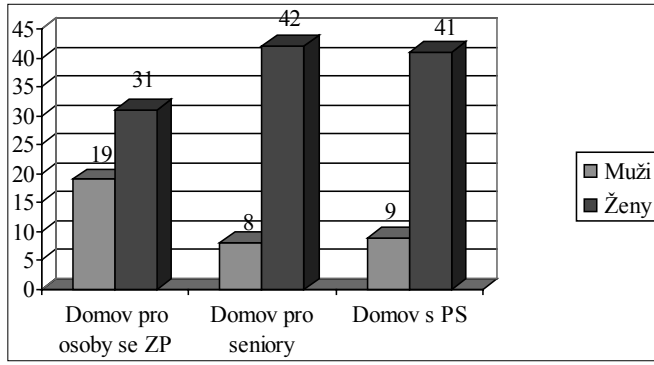
Dotazník, který byl vytvořený pro účely realizovaného šetření, sestával z 31 položek. Prvních 5 položek zjišťovalo základní informace o respondentovi, další položky již byly zaměřeny na osobní spokojenost, postoje, názory a aktuální situaci respondentů. Položky v dotazníku měly nejčastěji strukturovanou podobu, kdy byl respondentům nabízen určitý počet předem připravených odpovědí. Ve většině případů se jednalo o položky polouzavřené, kdy respondenti měli možnost doplnit nabízené odpovědi i vlastním vyjádřením v bodě *jiná varianta*. Kromě výběrových položek se v dotazníku vyskytovalo i 11 nestrukturovaných položek, ve kterých respondenti mohli formulovat vlastní odpověď. Výsledky byly vyhodnoceny podle pěti základních oblastí, na které jsme se v šetření zaměřili: Chtěli jsme prozkoumat, zda se lidé žijící v jednotlivých typech zařízení sociálních služeb cítí osaměle, zda jsou spokojeni s péčí personálu, s prostředím kde žijí a s poskytovanými službami. Dále jsme chtěli zjistit, jakým způsobem tráví svůj volný čas a jestli se v zařízení, kde žijí, setkali s nějakými sociálně patologickými jevy.

Vzhledem k prostorovému omezení není možné se v tomto příspěvku zabývat podrobně všemi oblastmi. Vybíráme tedy pouze některé z nich:

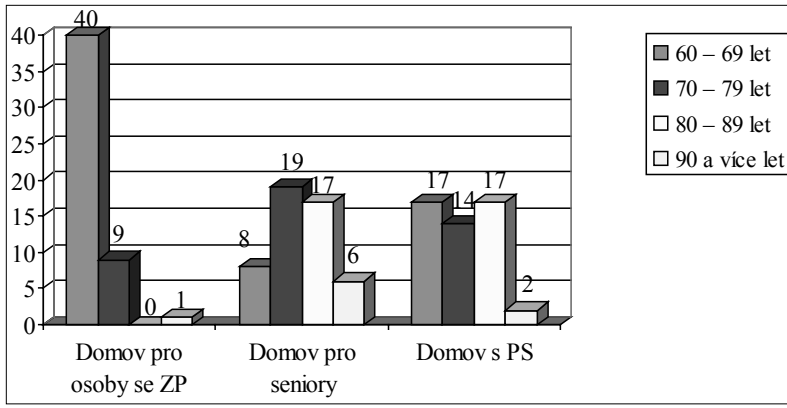
Základní údaje o respondentech

Do realizovaného šetření se zapojilo dohromady 150 respondentů. Následující graf č. 1 přehledně ukazuje **zastoupení respondentů z hlediska pohlaví**. Z grafu je na první pohled zřetelná převaha zastoupení žen. Do jisté míry to potvrzuje i známý fakt, že ženy jsou ve starší populaci více zastoupeny (index feminity). Graf č. 2 prezentuje **zastoupení respondentů z hlediska věku**.

Graf č. 1: Zastoupení respondentů z hlediska pohlaví



Graf č. 2: Zastoupení respondentů z hlediska věku



Pocity osamělosti u člověka seniorského věku žijícího v zařízení sociálních služeb

Pojmem *samota* se označuje objektivní nedostatek sociálních vztahů a kontaktů, pojem *osamělost* vyjadřuje subjektivní vnímání tohoto nedostatku. Osamělost bývá většinou spojena s nepříjemnými pocity (např. pocity úzkosti, deprese, sebelítosti, zoufalství, pocity prázdnoty, vzteku, u některých

lidí se mohou objevit i sebevražedné sklony). Osamělí lidé mívají problémy v komunikaci s ostatními lidmi a s navazováním nových sociálních kontaktů. Na prožívání osamělosti může mít vliv např. věk člověka, jeho zdravotní stav a množství sociálních vztahů. U některých lidí úměrně s věkem stoupá prožívání pocitů osamělosti. Pocity osamělosti jsou také častější u osob, které žijí bez svého životního partnera a u starých lidí, kteří ztrácejí čím dál více svých vrstevníků.

V rámci dotazníkového šetření jsme zjišťovali, zda se respondenti cítí **osamoceni, opuštěni**.

Tab. č. 1: Pocity osamělosti u člověka žijícího v zařízení sociálních služeb

Varianty	Četnosti	Druh pobytové sociální služby		
		Domov pro osoby se zdravotním postižením	Domov pro seniory	Domov s pečovatelskou službou
Ano	Absolutní četnost	**19**	**12**	**4**
	Četnost v procentech	**38 %**	**24 %**	**8 %**
Někdy	Absolutní četnost	7	1	3
	Četnost v procentech	14 %	2 %	6 %
Ne	Absolutní četnost	24	32	37
	Četnost v procentech	48 %	64 %	74 %
Nevyjádřili se	Absolutní četnost	0	5	6
	Četnost v procentech	0 %	10 %	12 %
Celkem	Absolutní četnost	50	50	50
	Četnost v procentech	100 %	100 %	100 %

Pozitivním zjištěním bylo, že většina osob žijících v zařízení sociální péče se necítí opuštěně a osamoceně. Z celkového počtu 150 respondentů se však opuštěně a osamoceně cítí 19 (38 %) respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením, 12 (24 %) respondentů z domovů pro seniory a 4 (8 %) respondenti z domovů s pečovatelskou službou.

Spokojenost osob seniorského věku s péčí personálu a s prostředím, ve kterém žijí

Poměrně velkým problémem pobytových zařízení bývá ztráta soukromí. Kromě toho, zda mají respondenti dostatek soukromí, jsme také zjišťovali, jestli jsou spokojeni s péčí personálu a s prostředím, ve kterém žijí. Respondenti

mohli označit vybranou odpověď podle toho, zda se cítí velmi spokojeni, spíše spokojeni, spokojeni pouze někdy, spíše nespokojeni nebo velmi nespokojeni.

Tab. č. 2: Spokojenost respondentů žijících v zařízení sociálních služeb s prostředím, ve kterém žijí

Varianty	Četnosti	Druh pobytové sociální služby		
		Domov pro osoby se zdravotním postižením	Domov pro seniory	Domov s pečovatelskou službou
Ano, velmi spokojen(a)	Absolutní četnost	**38**	**28**	**34**
	Četnost v procentech	**76 %**	**56 %**	**68 %**
Spíše ano	Absolutní četnost	2	10	6
	Četnost v procentech	4 %	20 %	12 %
Někdy ano, někdy ne	Absolutní četnost	6	11	9
	Četnost v procentech	12 %	22 %	18 %
Spíše ne	Absolutní četnost	1	1	1
	Četnost v procentech	2 %	2 %	2 %
Ne, velmi nespokojen(a)	Absolutní četnost	3	0	0
	Četnost v procentech	6 %	0 %	0 %
Nevyjádřili se	Absolutní četnost	0	0	0
	Četnost v procentech	0 %	0 %	0 %
Celkem	Absolutní četnost	50	50	50
	Četnost v procentech	100 %	100 %	100 %

Velice pozitivním zjištěním bylo, že 38 (76 %) respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením je velmi spokojeno s prostředím, ve kterém žijí. Velmi spokojeno je také 34 (68 %) respondentů z domovů s pečovatelskou službou a 28 (56 %) respondentů z domovů pro seniory.

Tab. č. 3: Spokojenost respondentů žijících v zařízení sociálních služeb s personálem

Varianty	Četnosti	Druh pobytové sociální služby		
		Domov pro osoby se zdravotním postižením	Domov pro seniory	Domov s pečovatelskou službou
Ano, jsem velmi spokojen(a)	Absolutní četnost	**48**	**34**	**42**
	Četnost v procentech	**96 %**	**68 %**	**84 %**
Spíše ano	Absolutní četnost	1	10	5
	Četnost v procentech	2 %	20 %	10 %

Někdy ano, někdy ne	Absolutní četnost	1	6	3
	Četnost v procentech	2 %	12 %	6 %
Spíše ne	Absolutní četnost	0	0	0
	Četnost v procentech	0 %	0 %	0 %
Ne, vůbec nejsem spokojen(a)	Absolutní četnost	0	0	0
	Četnost v procentech	0 %	0 %	0 %
Nevyjádřili se	Absolutní četnost	0	0	0
	Četnost v procentech	0 %	0 %	0 %
Celkem	Absolutní četnost	50	50	50
	Četnost v procentech	100 %	100 %	100 %

Rovněž potěšujícím zjištěním bylo, že většina respondentů je velmi spokojena s personálem zařízení, ve kterém žijí – 48 (96 %) respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením, 42 (84 %) respondentů z domovů s pečovatelskou službou a 34 (68 %) respondentů z domovů pro seniory.

V rámci toho nás také zajímalo, zda má respondent možnost se o svém životě rozhodovat samostatně, nebo zda za něj rozhodují jiní. Téměř všichni uživatelé uvedli, že mají možnost se samostatně svobodně rozhodovat. Pouze 2 ženy (z domova pro osoby se zdravotním postižením) uvedly, že nemají prostor pro vlastní rozhodování a že za ně stále rozhodují jiní.

Výskyt sociálně patologických jevů v zařízení sociálních služeb

V rámci dotazníkového šetření jsme zjišťovali, zda se respondenti setkali ve svém okolí s některým ze sociálně patologických jevů. Mohli volit své odpovědi z této nabídky: zanedbávání, nadávání, šikanování, psychické a fyzické týrání, sexuální obtěžování a zneužívání, finanční a majetkové zneužívání, nebo že se s žádnou z uvedených možností nesetkali.

V nabízených variantách jsme vycházeli z Mühlpachra (2004), který jednotlivé formy blíže specifikuje:

- *zanedbávání (opomenutí péče)* – selhání osoby zodpovědné za bezpečnost a za uspokojování přiměřených potřeb závislé osoby,
- *nadávání*,
- *šikanování*,
- *psychické (citové) týrání* – zahrnuje urážky, hrozby, zastrašování, ponižování, omezování samostatně se rozhodovat, snižování sebevědomí, ničení předmětů, které měly pro týraného člověka nějaký význam apod.,

- *fyzické (tělesné) týrání* – označuje záměrné působení bolesti, zraňování nebo odpírání základních životních potřeb (bití, kopání, škrcení, vystavování chladu, odpírání jídla, léků, ošetření apod.),
- *sexuální obtěžování a zneužívání* – zahrnuje znásilnění a gerontofilní deviace,
- *finanční a majetkové zneužívání* – např. vynucování změn v závěti, nevýhodné převody majetku, omezování vlastnických a uživatelských práv, přisvojování si důchodu apod.

Tab. č. 4: Výskyt sociálně patologických jevů v zařízení sociálních služeb

Varianty	Četosti	Druh pobytové sociální služby		
		Domov pro osoby se zdravotním postižením	Domov pro seniory	Domov s pečovatelskou službou
Zanedbávání	Absolutní četnost	0	1	1
	Četnost v procentech	0 %	2 %	2 %
Nadávání	Absolutní četnost	**25**	**2**	**3**
	Četnost v procentech	**50 %**	**4 %**	**6 %**
Šikanování	Absolutní četnost	**2**	**0**	**1**
	Četnost v procentech	**4 %**	**0 %**	**2 %**
Psychické týrání	Absolutní četnost	0	0	0
	Četnost v procentech	0 %	0 %	0 %
Fyzické týrání	Absolutní četnost	**5**	**0**	**0**
	Četnost v procentech	**10 %**	**0 %**	**0 %**
Sexuální obtěžování	Absolutní četnost	0	0	0
	Četnost v procentech	0 %	0 %	0 %
Sexuální zneužívání	Absolutní četnost	0	0	0
	Četnost v procentech	0 %	0 %	0 %
Finanční a majetkové zneužívání	Absolutní četnost	0	0	1
	Četnost v procentech	0 %	0 %	2 %
S žádnou z možností se nesetkal(a)	Absolutní četnost	18	46	44
	Četnost v procentech	36 %	92 %	88 %
Nevyjádřili se	Absolutní četnost	0	1	0
	Četnost v procentech	0 %	2 %	0 %
Celkem	Absolutní četnost	50	50	50
	Četnost v procentech	100 %	100 %	100 %

Už z průběhu realizovaného šetření a zjištěných dílčích výsledků bylo zřejmé, že v poslední době se zlepšují vztahy mezi personálem a uživateli sociálních služeb ať už v domovech pro seniory, nebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Lidé, kteří jsou zaměstnáni v těchto zařízeních, jsou profesionálové, kteří většinou pracují s velkým nasazením, se zájmem a ochotou.

I přesto je však z výsledků šetření zřejmé, že se respondenti setkali v zařízení, ve kterém žijí, s některým ze sociálně patologických jevů. 25 (50 %) respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením, 2 (4 %) respondenti z domovů pro seniory a 3 (6 %) respondenti z domovů s pečovatelskou službou se setkávají s nadáváním. 2 (4 %) respondenti z domovů pro osoby se zdravotním postižením, 1 (2 %) respondent z domovů s pečovatelskou službou se šikanováním. 5 (10 %) respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením se setkalo s fyzickým týráním.

Možnosti využití volného času, zájmy respondentů

Člověk většinou ve stáří disponuje poměrně velkým množstvím volného času. Jak tento čas vyplnit? Někteří lidé zastávají názor, že starý člověk potřebuje především klid, neboť celý život pracoval a ve stáří si chce odpočinout. Začne-li se člověk nudit, snadno se zhoršuje jeho nálada, začne se zaobírat svými chorobami, dostaví se deprese a apatie.

S kvalitou života neodmyslitelně souvisí i adekvátní nabídka **možností trávení volného času**. Aktivita je jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života osob seniorského věku, protože přispívá k větší životní spokojenosti, která se odvíjí od kladného subjektivního prožitku. Přispívá rovněž k udržování potřebné tělesné a duševní výkonnosti, a tím ke smysluplnému zapojení do společnosti. Kvalitní program je nutnou součástí podpory osobám seniorského věku. Poskytuje nejen adekvátní fyzickou a mentální stimulaci, ale také příležitost ke vzájemnému sbližování a společenskému životu, jenž je pro psychiku člověka nezbytný. Fyzické, mentální a duchovní potřeby člověka musí být uspokojovány stejnou měrou. Vedle těchto potřeb mají být naplněny také požadavky společenské a rekreační. Nezastupitelnou roli zde hrají také edukační aktivity. Celoživotní vzdělávání má kladný vliv na aktivizaci člověka a na kvalitu jeho života. Pozitivně působí na psychickou stránku člověka, což poté pozitivně ovlivňuje fyzickou oblast. Mnoho lidí v aktivním věku nemohlo nebo nemělo možnost z nejrůznějších důvodů studovat. Proto rádi využívají

příležitost vzdělávat se v seniorském období (viz např. univerzity třetího věku, akademie třetího věku, kluby seniorů/kluby aktivního stáří apod.).

V rámci šetření nás zajímaly **koníčky a zájmy respondentů**. Dotazovaní mohli sami vypsat své koníčky nebo mohli volit z následující nabídky aktivit: sport, četba, luštění křížovek, sledování televize, domácí a ruční práce, práce s počítačem a poslech hudby. Mohli označit libovolný počet variant.

Tab. č. 5: Využití volného času lidí seniorského věku žijících v zařízení sociálních služeb

Varianty	Četnosti	Druh pobytové sociální služby		
		Domov pro osoby se zdravotním postižením	Domov pro seniory	Domov s pečovatelskou službou
Sport	Absolutní četnost	8	11	9
	Četnost v procentech	6,4 %	7,05 %	4,71 %
Četba	Absolutní četnost	10	39	41
	Četnost v procentech	8 %	25 %	21,47 %
Luštění křížovek	Absolutní četnost	2	18	25
	Četnost v procentech	1,6 %	11,55 %	13,09 %
Sledování televize	Absolutní četnost	**47**	**39**	**46**
	Četnost v procentech	**37,6 %**	**25 %**	**24,08 %**
Domácí práce	Absolutní četnost	6	23	39
	Četnost v procentech	4,8 %	14,74 %	20,42 %
Ruční práce	Absolutní četnost	9	2	0
	Četnost v procentech	7,2 %	1,28 %	0 %
Práce s počítačem	Absolutní četnost	1	1	4
	Četnost v procentech	0,8 %	0,64 %	2,09 %
Poslech hudby	Absolutní četnost	**31**	**23**	**24**
	Četnost v procentech	**24,8 %**	**14,74 %**	**12,57 %**
Pomoc zaměstnancům	Absolutní četnost	11	0	0
	Četnost v procentech	8,8 %	0 %	0 %
Pěvecký kroužek	Absolutní četnost	0	0	3
	Četnost v procentech	0 %	0 %	1,57 %
Nevyjádřili se	Absolutní četnost	0	0	0
	Četnost v procentech	0 %	0 %	0 %
Celkem	Absolutní četnost	125	156	191
	Četnost v procentech	100 %	100 %	100 %

Z tabulky číslo pět je zřejmé, že se respondenti ve svém volném čase nejvíce věnují sledování televize. A to jak muži, tak ženy. Tuto možnost uvedlo 47 (37,6 %) respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením, 46 (24,08 %) respondentů z domovů s pečovatelskou službou a 39 (25 %) respondentů z domovů pro seniory. Dalším nejčastějším koníčkem je poslech hudby. Hudbu poslouchá 31 (24,8 %) respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením, 23 (14,74 %) respondentů z domovů pro seniory a 24 (12,57 %) respondentů z domovů s pečovatelskou službou. Hned po ní následuje četba. Dále následují křížovky, hudba a domácí práce.

Nejvíce respondentů (75 %) se věnuje svému koníčku individuálně, 20 % respondentů se věnuje svému koníčku ve skupině a 5 % respondentů ve dvojici.

Služby, které respondenti využívají, a které jim naopak v okolí chybí

Lidem seniorského věku jsou nabízeny nejrůznější služby. Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou podpora při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, podpora při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo podpora při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo podpora při zajištění bydlení, podpora při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a podpora při prosazování práv a zájmů.

V rámci šetření nás zajímalo, jaké služby senioři využívají, a dále také, zda existují služby, které ve svém okolí postrádají. Dotazovaní mohli odpovídat volně, bez možností výběru.

Tab. č. 6: Služby chybějící respondentům žijícím v zařízení sociálních služeb

Varianty	Četnosti	Druh pobytové sociální služby		
		Domov pro osoby se zdravotním postižením	Domov pro seniory	Domov s pečovatelskou službou
Žádné	Absolutní četnost	**18**	**16**	**15**
	Četnost v procentech	**36 %**	**32 %**	**30 %**
Obchod v blízkosti zařízení	Absolutní četnost	5	4	2
	Četnost v procentech	10 %	8 %	4 %
Čistírna	Absolutní četnost	0	3	2
	Četnost v procentech	0 %	6 %	4 %

Bazén	Absolutní četnost	0	2	1
	Četnost v procentech	0 %	4 %	2 %
Zdravotní péče o víkendu	Absolutní četnost	0	5	3
	Četnost v procentech	0 %	10 %	6 %
Cukrárna	Absolutní četnost	0	0	1
	Četnost v procentech	0 %	0 %	2 %
Nevyjádřili se	Absolutní četnost	27	20	26
	Četnost v procentech	54 %	40 %	42 %
Celkem	Absolutní četnost	50	50	50
	Četnost v procentech	100 %	100 %	100 %

18 (36 %) respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením uvedlo, že žádné služby nepostrádá a je spokojeno se stávající nabídkou poskytovaných služeb. Taktéž žádné služby nepostrádá 16 (32 %) respondentů z domovů pro seniory a 15 (30 %) respondentů z domovů s pečovatelskou službou. 5 (10 %) respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením, 4 (8 %) respondenti z domovů pro seniory a 2 (4 %) respondenti z domovů s pečovatelskou službou postrádají v blízkosti zařízení obchod. 3 (6 %) respondenti z domovů pro seniory a 2 (4 %) respondenti z domovů s pečovatelskou službou postrádají ve svém okolí čistírnu oděvů. Dále by dotazovaní uvítali zdravotní péči o víkendu, tuto chybějící službu uvedlo 5 (10 %) respondentů z domovů pro seniory a 3 (6 %) respondenti z domovů s pečovatelskou službou. 1 (2 %) respondent z domova s pečovatelskou službou uvedl, že by byl rád, pokud by byla v blízkosti jeho zařízení cukrárna. 2 (4 %) respondenti z domovů pro seniory a 1 (2 %) respondent z domova s pečovatelskou službou uvedl, že by chtěl mít v blízkosti zařízení bazén.

„Ohlédnutí se“ respondentů za svým životem

Na téměř samý závěr dotazníku jsme respondenty vybídli, aby se ve svém životě „ohlédli“ a pokusili se zamyslet nad tím, co by chtěli nebo naopak nechtěli znovu ve svém životě prožít.

Většina respondentů (23 žen, 2 muži) uvedla, že by **znovu nechtěla prožít** úmrtí blízkých. Další četnou variantou byly zdravotní problémy (18 žen, 2 muži). Dále 13 respondentů (8 žen, 5 mužů) uvedlo, že by nechtělo znovu prožít válku, 4 respondenti (3 ženy, 1 muž) by nechtěli znovu prožít okupaci, 1 žena koncentrační tábor, 2 respondenti (1 žena, 1 muž) vězení. 8 žen uvedlo, že by nechtělo znovu prožít manželství, 3 ženy rozvod, 1 žena

hádky s manželem. 3 ženy by znovu nechtěly prožít nemoc blízkých, 2 ženy povodně, 2 ženy stěhování. 2 ženy uvedly, že by nechtěly znovu prožít celý život. Dále se jedenkrát objevovaly varianty jako špatné dětství, totalita, komunismus, rok 1989, být sama, zklamání s dcerou atp.

Zajímalo nás samozřejmě také to, co by respondenti naopak **znovu prožít chtěli**. Většina respondentů (14 žen, 6 mužů) uvedla, že by chtěla znovu prožít mládí. 11 žen uvedlo, že by znovu chtělo prožít narození dětí, 6 žen manželství. 7 žen by znovu chtělo prožít zdraví. 4 respondenti (3 ženy, 1 muž) by znovu chtěli prožít lásku, 3 respondenti (2 ženy, 1 muž) dětství, 2 respondenti (1 žena, 1 muž) by si přáli, aby žili rodiče, 2 respondenti (1 žena, 1 muž) krásné rekreace. Dále se jedenkrát objevovaly varianty jako: práci, cestování, život na vesnici, aby žil manžel, přátelské vztahy za první republiky, dožít se pravnoučat. 5 respondentů (4 ženy, 1 muž) uvádí, že by nechtěli znovu prožít nic, že to byl těžký život.

Závěr

Záměrem dotazníkového šetření bylo probádat životní spokojenost osob seniorského věku žijících v zařízení sociálních služeb a zjistit, zda se v jejich životě vyskytují problematické oblasti, na které by bylo vhodné se podrobněji zaměřit. Uvedené stručné zhodnocení si nečiní a ani nemůže činit nárok na úplnost a vyčerpávající charakter.

Avšak i z této sondy a jejích závěrů plyne jednoznačná důležitost podporovat duševní a tělesné schopnosti člověka a i v období stáří v člověku probouzet stále další nové zájmy. Je tedy důležité se zaměřit na oblast *kvality nabídky volnočasových aktivit* osobám seniorského věku v jednotlivých zařízeních. Dle průzkumu totiž tráví značná většina osob seniorského věku svůj volný čas převážně sledováním televize a poslechem hudby.

Dále je také důležité se podrobněji zaměřit na oblast *výskytu sociálně patologických jevů v domovech pro osoby se zdravotním postižením*. Přestože se situace v domovech pro osoby se zdravotním postižením výrazně změnila (troufáme si říci, že k lepšímu), bylo průzkumem zjištěno, že se respondenti z domovů pro osoby se zdravotním postižením setkávají v 25 (50 %) případech s nadáváním, ve 2 (4 %) případech se šikanováním a v 5 (10 %) případech s fyzickým týráním. V tomto směru by bylo vhodné se do budoucna více zaměřit např. na podporu sebeobhajování osob se zdravotním postižením a na zvyšování povědomí uživatelů zařízení sociálních služeb o tom, co lze a co již nelze tolerovat a jakým způsobem se bránit.

A na úplný závěr ještě jedno zamyšlení nad slovy M. T. Cicera:

„Kdo tvrdí, že se staří nemohou zabývat veřejnými záležitostmi..., počíná si podobně, jako kdyby prohlašoval, že kormidelník při plavbě nic nedělá, protože někteří šplhají na stožáry, jiní pobíhají chodbičkami mezi lavicemi veslařů, další vylévají vodu z podpalubí, kdežto on drží kormidlo a klidně si sedí na zádi. On sice nedělá to, co dělají mladí námořníci, avšak dělá něco mnohem důležitějšího. Při velkých výkonech nezáleží na tělesné síle, obratnosti nebo rychlosti, ale na rozvaze a na správných názorech, a to jsou přednosti, o které stáří rozhodně není ochuzováno!“

Literatura

KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku.* Olomouc: VUP, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004.

The Quality of Life Model, University Toronto. [cit. 21. prosince 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>.

Kontaktní adresa
Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP v Olomouci
Žižkovo nám. 5
771 40 Olomouc
tel.: 585 635 317
e-mail: zdenka.kozakova@email.cz

RODINA PEČUJÍCÍ O ČLENA S TĚŽKÝM ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM – ZNÁME JI?

doc. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP v Olomouci;
Institute of Special Education Studies, Faculty of Education,
Palacky University Olomouc

Klíčová slova

Rodina, zdravotní postižení, pomáhající profese, speciální pedagog, kvalita života.

Key words

Family, disability, helping professions, special educator, quality of life.

Abstrakt

V rámci příspěvku bude pozornost věnována charakteristice rodiny, v níž je pečováno o člena s těžkým zdravotním postižením. Zvláště půjde o postižení soudobých tendencí a směrů, které ovlivňujíc kvalitu života této rodiny a jí odpovídající dopad do kvality speciálně-pedagogické péče. Vystoupení je určeno odborníkům z pomáhajících profesí, kteří se chtějí seznámit s aktuálními a soudobými poznatky z prostředí pečujících rodin a osob.

Summary

The paper is focus on the characteristics of families in which a member is taken care of with severe disabilities. Particularly affected will be the contemporary trends and directions affecting the quality of life of this family and its corresponding impact on the quality of special-care professional. Speeches are addressed to professionals from related professions who wish to familiarize themselves with current and contemporary knowledge of the environment of caring families and individuals.

1 Obecná východiska situace občanů s postižením a osob pečujících

Občané se zdravotním postižením a jejich rodiny představují skupinu občanů, která je ovlivněna zásadní událostí – existencí zdravotního postižení a jeho důsledky. Zejména u těžších forem zdravotního postižení dochází

k výrazným změnám v možnostech plnohodnotné účasti na veřejném životě i v soukromých aktivitách. Uvedené konstatování se v plném rozsahu týká i skupiny osob, která byla dosud (nejen ve vztahu ke zdravotnímu postižení a zdravotně postiženým) opomíjena – jsou jimi osoby „pečující o člena rodiny či osobu blízkou se zdravotním postižením". Teprve v posledních letech se v určité části veřejnosti objevuje názor, podle nějž zdravotní postižení představuje jednu z nejtěžších životních zkoušek. Na rozdíl od řady dalších skutečností, které může jejich nositel ovlivnit, se přitom jedná o událost, která je většinou nezávislá na vůli jedince.[1] Ve většině vyspělých demokracií tak postupně dochází ke stavu, v němž je zdravotní postižení a jeho nositelé představují oprávněný objekt cílené společenské solidarity. Uvedené pravidlo se poprvé stalo součástí obecně platného programového textu na území ČR v roce 2004 v následující podobě: *„Z řady důvodů tak existence zdravotního postižení představuje sociální událost svého druhu, která není bez dalšího srovnatelná s jinými událostmi, které společnost konsensuálně označuje jako sociální události hodné ingerence."*[2] Uvedené konstatování v dokumentu upravujícím střednědobou koncepci státní politiky vůči cílové skupině osob mělo za cíl zejména:

a) deklarovat vůli majoritní společnosti uznat specifika „sociální události" spojené s existencí zdravotního postižení,
b) ve spojení s ostatními ustanoveními tohoto dokumentu zajistit takové formy veřejnoprávní ingerence, které, v konečném důsledku povedou jednak k odstranění dřívějších křivd a deformací a současně povedou ke zvýšení kvality života této skupiny občanů České republiky.

2 Rodina pečující o člena rodiny s postižením a domácí péče

V našich podmínkách (České republiky) je domácí péče charakterizována několika znaky. Řadíme mezi ně například následující:

a) nízká úroveň podpory péče určená pečujícím osobám

Sem patří zejména nedostatečné zajištění podpůrných služeb „úlevné" péče, které by doplnily osobu pečující v jejím úsilí a umožnily častější oddech

[1] K tomu srov. další skutečnosti, které např. sociální vědy řadí mezi tzv. „sociální události" jako jsou např. bezdomovectví, propuštění z výkonu trestu, narození dítěte a případně situace matek samoživitelek, závislost na návykových látkách apod.

[2] Střednědobá koncepce přístupu státu k občanům se zdravotním postižením, schváleno usnesením vlády ČR č. 605 ze dne 16. června 2004. s. 4.

a rehabilitaci. Nový zákon o sociálních službách zakotvil dříve neznámé typy sociálních služeb, které mohou být v domácí nápomocny. Problémem zůstává jejich teritoriální zajištění (jsou místa v ČR, kde příslušnou službu prostě sehnat v dostupném okolí nelze), stejně tak je problémem finanční náročnost péče zajištěné profesionálními poskytovateli. I když se sazba za hodinu péče pohybuje nejčastěji do sta korun, i tak je to pro mnohé rodiny a pečující osoby nepřekonatelná překážka. Hovoříme-li o nízké úrovni podpory pro pečující osoby máme na mysli například i neexistenci „státem garantované péče" zdravotní, kdy po určité době péče (např. po pěti či deseti letech) měly by mít pečující osoby nárok na lázeňskou péči (připomeňme, že např. policisté tuto možnost mají). O nízké podpoře domácí péče svědčí i problémy, do nichž se pečující osoba nezřídka dostává po přechodu do důchodu, kdy doba péče (byť v tomto směru proběhly v minulých letech určité úpravy a zlepšení) a jí odpovídající „výdělek" v praxi znamená, že přiznaný důchod pečující osobě je velmi nízký, jedním slovem nedostatečný. Některé věci (např. zmíněné důchody či lázeňskou péči) může stát zajistit, existují i takové, jejichž řešení je dlouhodobé a spočívá v celkovém ekonomickém a sociálním rozvoji naší republiky.

b) nevyhovující bytové podmínky pro domácí péči

Jedná se právě o skutečnost, která je pro Českou republiky charakteristická a její řešení není jednoduché – a z pohledu státu či společnosti se jedná spíše o individuální odpovědnost každého. Pravdou je, že v ČR jsme z minula zdědili obvyklý standard bydlení, který v nájemních bytech vyjadřujeme obvyklými zkratkami 2 + 1 či 3 + 1, což znamená, že je jen obtížně možno vyčlenit samostatný pokoj pro osobu o níž pečujeme. A to již nehovoříme, že péče např. o imobilního člověka vyžaduje minimální standard bezbariérovosti, dostatku plochy apod. Můžeme konstatovat, že podmínky bydlení u nás obvykle domácí péči nesvědčí.

c) obecné podmínky zaměstnanosti v České republice

V naší republice je obvyklé, že rodiny jsou u nás tzv. dvoupříjmové. Průměrný plat v České republice za rok 2009 činil cca 23,5 tis. korun. Přitom je statistickým pravidlem, že cca 60 % osob tohoto příjmu nedosahuje. Je tedy zřejmé, že, pokud je rodina úplná, vydělávají oba dospělí členové a pro osoby s průměrným příjmem je obtížné, aby jeden z nich se stal pečující

osobou, tzn. rezignoval na svůj pracovní potenciál a plně se věnoval péči. Ještě složitější je to u rodin, v nichž se partneři rozešli a péče (ať již o dítě či rodiče) zůstala na partnerovi, který žije osaměle. Ve všech případech je, zvláště v souvislosti s ekonomickým vývojem od roku 2009, obtížné získat práci. Práci vhodnou, na částečný úvazek, s flexibilním pracovním časem, který by bylo možno sladit s potřebami člověka, o něhož je pečováno.

d) nízká úroveň podpory osob závislých na péči

Jakkoliv je systém zavedený u nás zákonem o sociálních službách od roku 2007 považován za lepší než ten předchozí (a obecně tomu tak skutečně je) stále nelze dosavadní úroveň veřejné podpory určené potřebným občanům u nás považovat za odpovídající. Nepochybně se lze tázat „odpovídající čemu". Odpovídáme tedy: „obecným podmínkám úrovně socio-ekonomického bohatství české společnosti". Je pravdou, že v posledních letech jsme svědky stagnace či dokonce poklesu vybraných dávek a prostředků podpory určených občanům, kteří bývají označováni jako „zdravotně postižení" – a (nejen pro účely tohoto příspěvku) i rodin o tyto osoby pečujících. Málokdo například ví, že právě pro tyto občany a rodiny je určena dávka, která nemá u nás – a asi nikde v Evropě – obdobu a srovnání. Bohužel se jedná o primát nelichotivý. V roce 1991 byl u nás zaveden „příspěvek na bezbariérovou úpravu bytu", který činil 50 tisíc korun. Na jaře roku 2010, tedy bezmála dvacet let poté činí přípěvek na bezbariérovou úpravu bytu – právě a pouze 50 tis. korun. Srovnáme-li vývoj cen stavebních prací (příspěvek je určena např. na bezbariérovou úpravu přístupu do bytu, bezbariérové úpravy pokojů, koupelny ad.) před dvaceti lety a nyní, zjistíme, že pokud by měla zůstat zachována alespoň přibližná „koupěschopnost" tohoto příspěvku, musel by nyní činit téměř 200 tisíc korun. Tedy nejméně čtyřikrát více! Nenajdeme „lepší" příklad toho, jak jsou potřeby občanů odkázaných na podporu a pomoc ostatních zanedbávány.

3 Počty občanů s postižením – a pečujících osob

Podle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí si můžeme uvést relativně přesný počet pobiratelů příspěvku na péči, z čehož můžeme usuzovat na přibližný počet osob, které péči poskytují. Součástí následující tabulky je i výčet měsíčních nákladů na výplatu příspěvku na péči.

Tab. 1: Počet osob pobírajících příspěvek na péči v roce 2009 a náklady na tento příspěvek[3]

Příspěvek na péči	Celkem*	Cca měsíční náklady	Podíl mužů*	Podíl žen*
I. stupeň	113 000	237 mil.	30 %	70 %
II. stupeň	86 200	350 mil.	37 %	63 %
III. stupeň	57 600	468 mil.	41 %	59 %
IV. stupeň	35 200	402 mil.	38 %	62 %
Celkem	**292 000**	**1,457 mld.**	**35 %**	**65 %**

* V těchto případech se nejedná o naprosto přesné údaje. Např. měsíční objem vyplacených dávek se pohybuje v rozmezí 288–295 tis. příspěvků na péči. Podle tiskového prohlášení MPSV z 22. 3. 2010

Předchozí tabulka tedy ukazuje, že v České republice je téměř 300 tisíc osob, které příspěvek na péči pobírají. Nejvyšší počet je v I. stupni závislosti na péči a nejmenší ve IV. stupni závislosti na péči. Významně převažují ženy (dvě třetiny pobiratelů). Právě na tomto příkladě můžeme přece jen zmínit jisté omezení, které statistiky přinášejí. Pokud bychom zůstali pouze u této informace, potom bychom si museli myslet, že ženy jsou u nás oproti mužům „více postižené a nemocné než muži". Není tomu tak. Důvodem je skutečnost, že nejvíce pobiratelů příspěvku na péči je mezi osobami staršími 75 let věku (57 %), na druhém místě jsou osoby dospělé ve věku 19 až 65 let – 24 %, mladší senioři 65 až 75 let – pobírají příspěvek ve 12 % případů a nejméně pobiratelů příspěvku na péči je mezi dětmi do osmi let věku – 7 %. Jestliže víme, že ženy se u nás dožívají o několik let vyššího věku než muži – a téměř 70% pobiratelů příspěvku na péči jsou osoby starší 65 let věku – potom je zřejmé, proč mezi nimi ženy převažují...

Konečně z následující tabulky (opět ze statistik MPSV) zjistíme, kam osoby příspěvek pobírající tento „umísťují". Přesněji, komu za služby platí. Právě v této tabulce vidíme další z „důvodů" snahy našich politiků snížit výši příspěvku na péči! Prosím – prostudujte si tabulku a v následujícím textu si onen „důvod" přesně ukážeme.

[3] Údaje v tabulkách č. 1, 2 a 3 pocházejí z materiálu MŠV pro Radu hospodářské a sociální dohody dne 17. března 2010 (archiv autora).

Tab. 2: Umístění příspěvku na péči ze strany pobírajících osob

Péči poskytují/ v procentech	Podíl v I. stupni	Podíl ve II. stupni	Podíl ve III. stupni	Podíl ve IV. stupni
Fyzická osoba	77	77	72	59
Registrovaní poskytovatelé	17,5	19,5	23	35
Neregistrovaní poskytovatelé (a údaj neuveden)	5,5	4,5	5	6

Údaje uvedené v této tabulce jsou, mj. i jakýmsi „důvodem", pro leckdy až urputné snahy zastavit „zvyšování výplaty příspěvku na péči" v ČR. Tabulka potvrzuje skutečnost, že oprávněné osoby tento příspěvek v největší míře „umísťují" (překládej – péči jim poskytují) u osob blízkým – u příbuzných, rodinných příslušníků. Tedy **nikoliv státní instituce, zařízení, domy a domovy, ale domácí péče je rozhodujícím místem péče a podpory pro stovky tisíc osob na péči závislých!** Jestliže o osobu v I. stupni závislosti pečují ze 77 % osoby fyzické (blízké), potom o osoby ve IV. stupni závislosti již tyto osoby pečují „jen" v necelých 60% případů. Ovšem i tak – u této péče, které je jednoznačně nejnáročnější a nejobtížnější – vykonávají péči ve více než polovině případů osoby fyzické, blízké, rodina a přátelé!

Konečně můžeme se podívat na poslední tabulku, která nám ukáže detailnější (byť makrostatistický) pohled na osoby pečující... Tabulka ukazuje kdo se skrývá za oním označením „fyzická osoba pečující"...

Tab. 3: Osoby pečující o člena rodiny se závislostí na péči

Osoba pečující/ v procentech	Podíl v I. stupni	Podíl ve II. stupni	Podíl ve III. stupni	Podíl ve IV. stupni
Dítě (potomek)	42	36	29	26
Manžel	13	16	14	11
Rodič	7	11	22	20

Komparací uvedených údajů jsme zjistili, že v České republice je každodenní úděl péče o blízkou osobu v rámci domácí péče rozšířen více, než jsme možná tušili. Velmi střízlivým odhadem můžeme hovořit nejméně o 220 tisících osob, které pečují o osobu ze svého okolí, ze své rodiny. Naše údaje

ovšem pracují pouze s osobami, které již mají příspěvek na péči přiznán. Tím se však zdaleka nevyčerpá okruh osob, které péči, v určité dílčí oblasti svého života, nebo po kratší úsek potřebují. Příspěvek na péči je totiž přiznávám pouze osobám, jejichž omezení podle poznatků lékařské vědy potrvá déle než rok! Je tedy zřejmé, že k našemu počtu dvě stě tisíc osob musíme připočíst minimálně jednou tolik osob, které pečují o svého blízkého třeba měsíc, ale i pět. O blízkou osobu, která není na péči závislá dlouhodobě, ale je „pouze" nemocná...

Najednou tak vidíme, že v České republice je pečujících opravdu velké množství. Dlouhodobě pečuje více než 200 tisíc osob a krátkodobě určitě nejméně stejný počet! Obrovské číslo. Obrovské množství lidí, ať již ekonomicky aktivních, nebo pečujících „na plný úvazek". Obrovské množství lidí, osudů a příběhů. Asi je zbytečné klást otázku (jen trochu) provokativní: **„odpovídá tomuto počtu lidí, a obrovskému významu jejich činnosti nejen pro osobu blízkou, ale doslova a do písmene pro celou společnost" i zájem veřejnosti, politiků, správců politických, hospodářských a ekonomických záležitostí?**

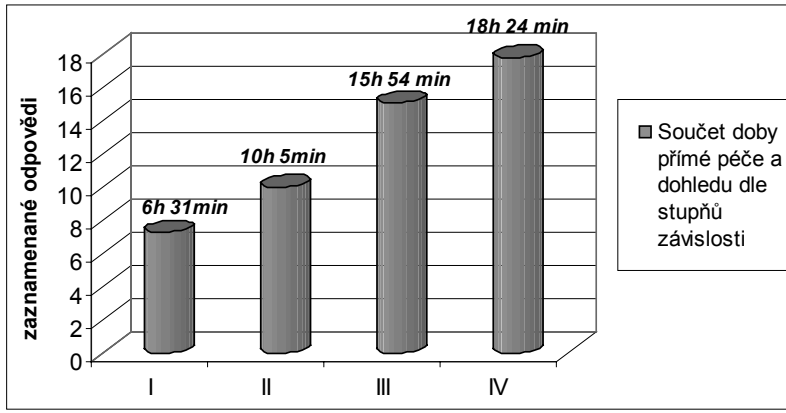
4 Časová náročnost péče v rodinách

V odborné i laické veřejnosti vcelku panuje shoda nad konstatováním, že „domácí péče v rodinách" je velmi náročná. Podrobnější zkoumání oné „náročnosti" však nebývá zvykem. Následující údaje pocházejí z výzkumu, který autor stati provedl v roce 2007 a 2008 jako vedoucí týmu v rámci výzkumného úkolu „Postoje uživatelů sociálních služeb k jejich novému způsobu poskytování".[4]

V následujícím grafu je uveden součet doby přímé péče a tzv. dohledu, který uvedlo více než 700 respondentů rozsáhlého a reprezentativního výzkumu osob pečujících v rodinách o člena rodiny s těžším zdravotním postižením.

[4] Michalík, J. a kol. „Postoje uživatelů sociálních služeb k novému způsobu jejich poskytování", Olomouc: IRVS, 2008.

Graf. č. 1: Součet doby přímé péče a dohledu dle stupňů závislosti (shrnutí doby péče o závislé osoby v rodinách)



Uvedené výsledky byly u prvním reálně naměřeným údajem, který v ČR zjišťoval hodinovou dotaci – tedy časovou náročnost péče o občany s postižením v jednotlivých stupních závislosti na péči. Pokud provedeme přepočet zjištěných údajů o časové náročnosti péče a poměříme koupěschopností výše příspěvku v daném stupni, zjistíme následující údaje:

Tab. č. 4: Koupěschopnost příspěvku ve vztahu k době péče a dohledu

Stupeň závislosti	Péče a dohled za den	Péče a dohled za měsíc	Příspěvek	Odměna za hodinu*	Počet dní, po něž lze službu koupit**
I	6 h 31 min	195,5 hod	2 000	10,23	3,8
II	10 h 10 min	305 hod	4 000	13,10	4,9
III	15 h 54 min	477 hod	8 000	16,70	6,3
IV	18 h 24 min	552 hod	11 000	19,90	7,4

* odměna za hodinu – jedná se o modelový výpočet ocenění práce pečující osoby o osobu závislou „v domácnosti“

** jedná se o počet dní v nichž lze z příspěvku službu koupit při průměrném počtu dní v měsíci 30 a hodinové ceně služby 80 Kč (pozn. hodinová sazba u většiny služeb od 1. ledna 2008 činí 100 Kč)

Uvedené údaje nám přinášejí – poprvé v České republice pohled na náročnost péče o jednotlivé skupiny občanů – z hlediska stupně jejich závislosti na péči. Potvrdilo se očekávání o stoupající délce péče (a předpokládá se i stoupající náročnost – obtížnost) v závislosti na stupni postižení – závislosti na péči. Byť jde o pohled samotných respondentů, lze potvrdit, že naměřené výsledky odrážejí skutkový stav. Vysvětlit lze i pokles doby dohledu u skupiny závislých ve IV stupni oproti potřebné době dohledu u osob ve III. stupni. Osoby ve IV. stupni závislosti jsou prakticky imobilní, a proto je tato kategorie péče opravdu méně intenzivní, než u osob ve III. stupni závislosti (kde je zařazeno i větší množství občanů s mentálním postižením), kteří opravdu potřebují (relativně) více dohledu, který je prevencí před vznikem úrazů a obdobných poškození.

I při respektování možné statistické chyby se potvrdila minimálně dvě následující zjištění:

a) **hodinová odměna osoby pečující o osobu závislou na péči** (předpokládáme, že celý příspěvek bude využit pouze na odměnu pečující osobě) činí dle stupně závislosti cca 10–19 korun za hodinu. A to v situaci, kdy tzv. minimální hodinová mzda v České republice činí 56 Kč!
b) **počet dní, po něž by bylo možno z příspěvku na péči uhradit potřebnou službu jinou osobou než blízkou** (pracující za uvedených v průměru 15 Kč za hodinu), tj. při úhradě 80 Kč za hodinu, činí přibližně 4 až 7 dní v měsíci! Jestliže uvažujeme o koupě služby u registrovaného poskytovatele (osobní asistence, denní stacionář) potom při platné ceně služby za hodinu – 100 Kč se jedná pouze o 3–5,5 dne v měsíci.

Z uvedených zjištění vyplývá, že, byť příspěvek na péči nikdy nebyl zamýšlen jako dávka, která má zajistit skutečnou „koupěschopnost" celé služby – v potřebném rozsahu, potom zjištěný počet dní, po něž dostačuje je velmi nízký. Stejně tak je nutno relativizovat některá nezodpovědná tvrzení o „zneužívání" příspěvku na péči. Pomineme-li patologické situace, které se mohou potenciálně vyskytnout v kterékoliv rodině-situaci u nás je nemožné příspěvek na péči de facto zneužít– byl-li stupeň závislosti na péči posouzen odpovědně! Naměřené údaje o částkách, kterými může osoba příspěvek na péči pro zajištění péče o svou osobu disponovat tato tvrzení zřetelně vyvracejí!

Závěr

Cílem příspěvku bylo ukázat některé nové souvislosti, které tzv. domácí péči o osobu s těžším zdravotním postižením charakterizují. Za použití výsledků obecně dostupných statistických šetření a vlastního výzkumu jsou tak přineseny důkazy svědčící, nejenom o mimořádné časové náročnosti, kterou domácí péče přináší. Je samozřejmě, že uvedené časové vypětí (bez přihlédnutí k souvisejícím aspektům fyzické a psychické únavy a dopadů péče na sociální postavení pečujícího jedince a rodiny) nemůže nemít dopad na celkovou úroveň života pečující rodiny.

Je potřebné, aby zejména profesionálové v tzv. pomáhajících profesích s těmito údaji byli seznámeni a mohli na ni, v rámci své poradenské, edukační či terapeutické kompetence reagovat.

Literatura

Materiál MŠV pro Radu hospodářské a sociální dohody ze dne 17. března 2010.

Michalík, J. a kol. *Postoje uživatelů sociálních služeb k novému způsobu jejich poskytování.* Olomouc: IRVS, 2008.

Statistiky MPSV.

Střednědobá koncepce přístupu státu k občanům se zdravotním postižením, schváleno usnesením vlády ČR č. 605 ze dne 16. června 2004. s. 4.

REMINISCENCE V PÉČI O SENIORY (S DEMENCÍ) – Z POZICE RODINNÝCH PEČOVATELŮ

Reminiscence position in life and support elderly people with Alzheimer dinase

Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP v Olomouci;
Institute of Special Education Studies, Faculty of Education,
Palacky University Olomouc

Klíčová slova

Speciální pedagogika, osoba seniorského věku, senior s demencí Alzheimerova typu, péče o seniory s demencí, reminiscence, úbytek paměti, involuce.

Key words

Special education, elderly people, elderly with Alzheimer disease, care of elderly people with Alzheimer disease, reminiscence, memory decrease.

Ve stáří, v němž nabývá mimořádného významu míra spokojenosti se sebou samým (a v němž reálně hrozí/skutečně nastává narušení kontinuity) a se svým životem (podle Eriksona konflikt mezi integritou a pochybováním až čirým zoufalstvím), hrají důležitou regulující roli kontinuální vzpomínky a úvahy z nich vycházející (Erikson, 1999). Je tomu tak proto, že tyto reminiscence jsou (mohou být) přirozeným a efektivním prostředkem vyrovnávání se s mnohdy přerušenou životní posloupností (vzniklou např. z důvodu ukončení zaměstnání, odchodem z původního bydliště do institucionální péče, nenadálou nemocí atp.). A nejen to.

Reminiscence pomohou (či mohou pomoci) osobě ve stáří rovněž:

- zachovávat životní perspektivu (spokojenost/nespokojenost s vlastní minulostí může alespoň minimálně motivovat aspiraci) (Kalvach, 2004);
- utvářet, chápat a přijmout smysl života (hodnocení vlastní minulosti může pomoci objevovat/uspořádat hodnoty, dát životním situacím význam ((více viz logoterapie V. E. Frankla)), odpovědět na velmi důležité otázky „Jaký je/byl můj život?“ „Má/měl můj život smysl?“ „Jaký?“);

- zachovávat identitu (pojetí vlastní minulosti, pochopení a přijetí smyslu života, schopnost vytýčit si dosažitelné cíle a překonávat překážky, mohou pomoci odpovědět na klíčovou otázku „Kdo jsem?“);
- zachovávat (docílit) životní celistvost – integritu (souvislost, perspektiva, smysl, identita, spokojenost, jsou důležité pro přijetí života jako celku);
- uspokojovat specifické potřeby – zejména ty vážící se k lidské autonomii:
  - potřebu setrvat ve svém důvěrně známém prostředí, ať už fyzicky nebo ve vzpomínkách (zejména k domovu coby prostoru, který znám a ovládám, cítím se v něm bezpečně, mám zde věci, jež pro mě mají praktický i osobní/symbolický význam, prostoru, který je zaplněn pozitivními vztahy s nejbližšími osobami);
    Tato potřeba se může promítat i do reminiscenčního úniku před agresivním ohrožujícím světem kladoucím důraz (a nároky) na to být mladý, dynamický a akceschopný.
  - potřebu zachovat si určitou úroveň aktivity (v rozmezí od zachování si minimální soběstačnosti až po schopnost činnosti přinášející výsledky).

Reminiscence tedy mají ve stáří samy o sobě důležitý přirozeně regulační význam zajišťující potřebnou míru spokojenosti seniora se sebou samým a se svým životem. Ona míra je pak (mimo jiné) významnou pro stanovení a zajištění případné žádoucí podpory.

Reminiscence mají pochopitelně klíčový význam i v odborné péči o osoby seniorského věku. Děje se tak s preventivními i terapeutickými záměry.

Reminiscence jako prevence v širším slova smyslu plní úkoly, které již byly výše zmíněny v souvislosti s jejím potenciálem pomoci: udržovat posloupnost života, zachovávat životní perspektivu, utvářet, chápat a přijmout smysl života, zachovávat identitu, zachovávat integritu a uspokojovat specifické potřeby. V užším slova smyslu však plní preventivní úkol, jímž je zachování aktivity a maximálně možné psychické (hlavně kognitivní) výkonnosti (Koukolík, 2008).

V institucích realizované zachování (či obnova) aktivity (skrz aktivizaci) i posilování psychické výkonnosti je (může být) dosahováno nejrůznějšími způsoby (je třeba poznamenat, že co se týká zmíněných způsobů ((vyjma některých zcela specifických)), není příliš výrazný rozdíl mezi prevencí a terapií) – v rámci kompetencí speciálního pedagoga se tak děje např. za pomoci (Müller, 2008):

- kognitivního tréninku (paměti a s ní souvisejících psychických funkcí – vnímání, pozornosti, myšlení, kreativity atp.) – použitelné jsou: cílená cvičení paměti a koncentrace, techniky kategorizace a asociačního řetězce, tvorba příběhů, znalostní aktivity herního charakteru (kvízy, křížovky), vzdělávací aktivity (např. výuka cizích jazyků), skupinová řešení problémů apod.;
- zajištění orientace v měnící se okolní realitě (ve smyslu zachování adaptability při zátěžích, nárocích a změnách vnějšího prostředí) – použitelné jsou: nácviky dovedností využívat moderní technologie (počítače, Internet, mobilní telefony), změna životního programu (činností), podpora mezigeneračních interakcí apod.;
- stimulace motoriky a posilování fyzické kondice (toto má vliv nejen na tělesné zdraví, ale také na psychiku ((pohyb ovlivňuje schopnost učení včetně vyšší pozornosti, lepší koncentrace a fungování krátkodobé paměti, pozitivní prožitek z pohybu neguje některé nevhodné psychické projevy, může změnit postoj k sobě samému atd.)) – záleží na druhu aktivity, např. některé typy tance aktivují nejen motorická centra, ale i oblasti mozku důležité pro orientaci a vnímání prostoru a další na ně navázaná centra) – použitelná jsou různá fyzická, relaxační a psychofyzická cvičení.

V případě, že bude cílem institucionálně realizované podpory seniora (prostřednictvím reminiscence) zmírnit (napravit) důsledky již existujícího patologického paměťového úpadku, lze hovořit o využití vzpomínek (a úvah z nich vyplývajících) k terapeutickým účelům.

Hlavní úkoly „terapie vzpomínkami" (u osob seniorského věku znevýhodněných z důvodu patologického úbytku paměti – viz demence Alzheimerova typu) směřují k posílení jejich identity a kontinuity vlastního života (Kulišťák, 2003) – neodmyslitelná je u nich také neustále prováděná aktivizace – dílčí úkoly směřují k reedukaci: paměti a návazných psychických funkcí (včetně jazyka a jeho porozumění či orientace), základních (čili sebeobslužných) a instrumentálních (telefonování, manipulace s platební kartou) dovedností, motoriky, chování, prožívání. Přitom platí, že:

- musí být provedeno (prováděno) funkční hodnocení klienta;
- bychom měli znát příčinu jeho případného nestandardního chování;
- poskytování informací (napomáhajících v orientaci i ve srozumitelné komunikaci) musí být promyšlené, strukturované a smysluplné;
- kognitivní trénink a aktivizace mají u demence svá specifika;

- pohyb musí být motivován zvnějšku (mnohdy značně specifickými podněty);
- každá vzpomínka (i ta chaotická, zdánlivě bez kontextu) má smysl (může jít o poslední snahu uspořádat si svůj život) a neměla by zapadnout;
- autobiografické vzpomínání má přednost, ale u postižení mozku může být kontraproduktivní až riskantní.

Terapie vzpomínkami" mohou být zastoupeny ve vícero terapeutických přístupech. Jedním z nejpoužívanějších a nejosvědčenějších je reminiscenční terapie. Tato je založena na následujícím předpokladu. Lidský mozek dobře reaguje na známé podněty, jejichž stopy má již uloženy v dlouhodobé paměti (Grawe, 2007) (pokud ovšem není daná oblast poškozena, či s ohledem na involuční změny – viz kontury paměti uvedené níže). Tyto podněty lze průběžně stimulovat, oceňovat reakce na ně a učinit je prostředkem porozumění mezi lidmi (v našem případě mezi klientem a terapeutem). Současně se vyvolané reakce mohou stát jakousi platformou, na níž může terapeut budovat (obnovovat) další schopnosti a vlastnosti. Přitom respektuje osobnost (některé typy osobnosti ((či osobnostní rysy)) nejsou zcela vhodné – např. osoby pojímající svoji minulost negativně, lítostivě, osoby neurotické, nevyrovnané se svým životem – to však neznamená jejich kategorické vyloučení) a individuální zkušenosti klienta, hodnotu, důležitost a pozitivně prožitkový aspekt vzpomínek.

Reminiscenční terapie aplikuje výše uvedený předpoklad cíleně, řízeně, strukturovaně a pomocí jistých specifických prostředků, jimiž jsou zvláště uzpůsobená média fungující jako motivy a katalyzátory reminiscencí (požadovaných paměťových reakcí). Jedná se o to, využít v maximálně možné míře nejrůznějších komunikačních kanálů, hlavně těch efektivních. Lidé komunikující obtížně verbálně mohou začít komunikovat jinými způsoby – prostřednictvím (Müller, 2008):

- vizuálních médií,
- hudebních a zvukových médií,
- médií, nositelů čichových nebo chuťových vjemů,
- dotekových (taktilních) médií aj.

S reminiscencemi lze pracovat individuálně, skupinově, při rodinných sezeních apod. Při individuální formě práce jsou jednotlivci většinou vedeni k pozitivnímu ohlédnutí za svým životem (chronologicky seřazují životní aktivity, události a zkušenosti, hodnotí je a vytvářejí vlastní deníky, vzpomínkové

boxy, kufříky), což se může dít při individuálním sezení, nebo při jakékoli jiné aktivitě (např. při zájmové činnosti, vycházce atp.) – přitom lze uplatnit také další specifické (terapeutické) přístupy, např. orientaci v realitě či validační terapii (založenou ((dle tradic humanistické psychologie)) na bezvýhradném přijetí přání a nápadů klienta ((primárně jde o jejich kladné hodnocení, neodmítání a možné využití)). Skupiny jsou vytvářeny dle různých klíčů – např. otevřené a uzavřené – probíhají nejméně jednou za týden a zahrnují činnosti, při nichž jsou členové (mimo jiné) povzbuzováni k tomu, aby se vzájemně dělili o svoje významné vzpomínky. Tím je podporována identita jednotlivců a kontinuita jejich společenského života – v případě zapojení příslušníků rodin i kvalita rodinných vztahů a kvalita života rodinných pečovatelů.

V procesu reminiscenční terapie mívají pravidelné zastoupení techniky postavené na neverbální komunikaci (viz možné nedostatky ve verbálním vyjadřování a v porozumění verbální komunikaci) – jde například o techniky využívající prostředky umění: dramatického (simulace minulých životních situací, práce v simulovaném prostoru), hudebního, tanečního, výtvarného (komunikace kresbou či plastikou) a literárního – svoje zastoupení má také přímé komunikační využívání řeči těla, prostoru a času mezi terapeutem a klientem. Verbálně lze komunikovat do míry srozumitelné klientovi – efektivita této komunikace je především závislá na terapeutovi.

Využití reminiscencí v domácí péči by se mělo řídit následujícími podmínkami. Je žádoucí, aby rodinný pečovatel:

- spolupracoval s odborníky a účastnil se odborně vedených aktivit
- sestavil (shrnul) životní příběh osoby, o níž pečuje a vracel se k jejím oblíbeným zážitkům
- kladl důraz na rodinné rituály (denní, oslavy, sváteční dny) – vyvolávají pocit jistoty, mají reminiscenční potenciál
- zachovával důvěrně známé prostředí, v němž jemu svěřená osoba dlouhodobě žila
- využíval osvědčená reminiscenční média – vycházející ze znalosti osoby, o níž pečuje
- podporoval a využíval způsob komunikace přijatelný pro osobu, o níž pečuje – nemusí jít jenom o verbální komunikaci.

Využití reminiscencí ve stáří obecně závisí na základním činiteli, kterým je stav paměti (a potažmo také ostatních kognitivních funkcí, neboť paměť je vždy přítomna při jejich rozvoji a užívání). Paměť může být zatížena dvojím

způsobem – „normálním“ involučně podmíněným úbytkem a/nebo těžším úbytkem doprovázejícím onemocnění, jehož součástí bývá patologické poškození mozku – a to je do značné míry znepřehledňující.

Involučně podmíněný úbytek paměti obecně existuje, avšak s odlišnou hierarchií a variabilitou. Jinými slovy – chronologický věk má prokazatelný vliv na míru paměťového výkonu (ve smyslu jeho poklesu), nicméně odlišně v jeho různých druzích – a navíc – v potaz musí být brány i jiné determinanty. Stuart-Hamilton (1999) v této souvislosti zmiňuje třeba slovní zásobu, míru deprese, rodinný stav, pohlaví, postavení v zaměstnání, vzdělání.

Hierarchie a variabilita involučně podmíněného úbytku paměti může mít následující kontury:

- malé, ale přesto patrné zhoršení krátkodobé paměti (může jít o úbytek v ovládání paměťových procesů: např. kódování vyžadujícímu pozornost, vybavování informací vyžadujícímu schopnost reagovat ((čili zhoršení pozornosti a reakčního času)) – může však jít i o slábnutí samotné paměti – nicméně, věkový deficit lze zmírnit tréninkem);
- co se týká dlouhodobé paměti, obecně platí, že jakékoli problémy v krátkodobé paměti (viz problémy v kódování, nutnému předpokladu ukládání, a ve vybavování) se vždy projeví i v ní (navíc je vše komplikováno aktuálním stavem a strukturálních změnách jednotlivých paměťových oblastí mozkové kůry, stavem inteligence, jazykovými schopnostmi – např. úrovní čtení, porozumění příběhu apod.) – konkrétně lze konstatovat, že (Stuart-Hamilton, 1999):
  - sémantická paměť na fakta (jako součást krystalické inteligence související s objemem získaných vědomostí) zůstává i během stárnutí v poměrně dobrém stavu (pochopitelně za předpokladu, že zapomínání je nezbytnou součástí normálního fungování paměti během celého života a za předpokladu, že běžné výpadky paměti ve stáří prostě existují);
  - implicitní paměť (při níž nejsme schopni deklarovat zapamatované schopnosti, protože si je neuvědomujeme) je většinou stárnutím nedotčena, nicméně individuálně (k prokazatelnému zhoršení dochází pouze, je-li k využití implicitních informací třeba další psychické činnosti – např. asociací při zapamatování si slovních spojení);
  - validita případných změn autobiografické paměti je problematická – přesnost vzpomínek může být ovlivněna: osobním změněním detailů (to mohlo nastat vzápětí po události), osobní cenzurou, způsobem,

jakým seniora o vzpomínání požádáme, frekvencí oživování dané události atp. – lze však připustit jisté oslabení v pokročilém věku.

Těžší úbytek paměti většinou doprovází demence, především početně převažující demence Alzheimerova typu (čili demence atroficko-degenerativní) a může mít následující kontury:

- prvně a více bývá postižena paměť krátkodobá (to znamená, že lidé nedokážou přenést informace do dlouhodobé paměti, neboť si nepamatují, co se dělo zhruba před 30 sekundami – důsledkem je zapomínání orientačních bodů v novém prostředí, ztráta orientace v čase, lidech, událostech);
- výbavnost v dlouhodobé paměti již uložených informací bývá po určitou dobu zachována (pozn.: někteří autoři dělí dlouhodobou paměť na recentní ((uchovávající informace z nedávné minulosti)) a trvalou ((uchovávající informace ze vzdálené minulosti)) – nejvíce odolnou je v našem případě paměť trvalá – viz následující odrážka);
- postupně nastává problém v zapamatování si nových obsahů, čímž dochází k pozvolnému rozkladu dlouhodobé paměti (nejdříve časově nejbližších, např. rok starých stop, pak starších a ještě starších);
- typickým příznakem může být porucha recentní epizodické slovní paměti (zapomínání běžných každodenních událostí), v různé míře bývá narušena také paměť sémantická – následné problémy s vyjadřováním (chybí slova) jsou kompenzovány „slovní vatou“ a lhaním);
- naopak zachována bývá paměť implicitní (opět platí dodatek uvedený již u involučně ovlivněné implicitní paměti);
- důležitá je etiologie poruchy (Hort, 2007) – záleží např. na postižení té které hemisféry (př.: někteří klienti mohou mít zřetelněji narušeny funkce vázané na čelní mozkové laloky a přestanou být schopni plánovat a řadit jednoduché činnosti) apod.

Literatura

ERIKSON, E. H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený.* Praha: Nakladatelství LN, 1999. ISBN 80-7106-291-X.

GRAWE, K. *Neuropsychoterapie.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-311-6.

HORT, J., RUSINA, R. a kol. *Paměť a její poruchy.* Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-004-5.

KALVACH, Z. ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatrie a gerontologie.* Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše.* Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-314-3.
KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.
MÜLLER, O. *Pohled na speciálněpedagogickou péči o seniory s demencí.* E-Pedagogium, 2008, roč. 8, č. 2, s. 54–60. ISSN 1213-7758.
MÜLLER, O. *Pohled na speciálněpedagogickou péči o seniory s demencí.* E -Pedagogium (on-line), 2008, roč. 8, č. 2, s. 54–60. Dostupné na www: (http://epedagog.upol.cz). ISSN 1213-7499.
STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí.* Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

Kontaktní adresa
Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP v Olomouci
Žižkovo nám. 5
771 40 Olomouc
tel.: 585 635 310
e-mail: omuller@centrum.cz

SENIOR TELEFON

Bc. Robert Pitrák

ŽIVOT 90, sekce krizové pomoci a poradenství

Klíčová slova

Telefonická krizová pomoc, linka důvěry, samota, domácí násilí, suicidální tendence, senior, týrání, zneužívání, sociální služba, prevence, poradenství.

Senior telefon (800 157 157) je sociální služba telefonické krizové pomoci (tkp) – linka důvěry zaměřená na pomoc a podporu uživatelů seniorů a osob pečujících o seniory. Je jedinou bezplatnou linkou krizové pomoci a poradenství v ČR pro uživatele seniory s nonstop provozem. Na Senior telefon se obracejí uživatelé z celé ČR. Zřizovatelem je občanské sdružení ŽIVOT 90, jehož cílem je celistvé řešení lidských problémů člověka ve stáří.

Senior telefon mabízí především telefonickou krizovou pomoc. Doprovázení uživatelů seniorů v dlouhodobé krizové situaci. Podporu osob pečujících o uživatele seniory. Sociální poradenství. Poradenství v oblasti domácího násilí. Podpůrnou péči uživatelům s psychiatrickými symptomy.

Sociální službu telefonické krizové pomoci Senior telefon vyhledávají senioři v různých životních situacích. Jedná se o široké spektrum sociálních problémů, které mohou nastat během stáří člověka od nejvážnějších až po běžné lidské problémy. Je tozejména:

- samota,
- mezigenerační vztahy,
- obavy, smutek,
- zdravotní stav,
- ztráta blízké osoby,
- rady a informace v sociální a právní problematice,
- týrání, zneužívání,
- domácí násilí,
- suicidální tendence atd.

Další údaje o službě včetně statistických údajů a grafů naleznete na stránkách organizace ŽIVOT 90 na www.zivot90.cz.

Nejvíce zastoupená problematika OSAMĚLOST:

- STÁŘÍ JE ŽIVOTNÍM OBDOBÍM, KTERÉ ROZHODNĚ NENÍ UŠETŘENO KRIZOVÝCH SITUACÍ A UDÁLOSTÍ.
- PŘIROZENÉ ZDROJE PODPORY A POMOCI SE VYTRÁCEJÍ.
- DOCHÁZÍ KE ZTRÁTĚ PŘÁTEL, VRSTENÍKŮ, SOUROZENCŮ, ŽIVOTNÍHO PARTNERA.
- V TÉTO SITUACI MŮŽE BÝT VELKOU PODPOROU OBRÁTIT SE NA TELEFONICKOU KRIZOVOU POMOC.

Jakou pomoc Senior telefon nabízí?

- Především Telefonickou krizovou pomoc.
- Doprovázení seniorů v dlouhodobé krizové situaci.
- Podporu osob pečujících o seniory.
- Sociální poradenství.
- Poradenství v oblasti domácího násilí.
- Podpůrnou péči klientům s psychiatrickými symptomy.

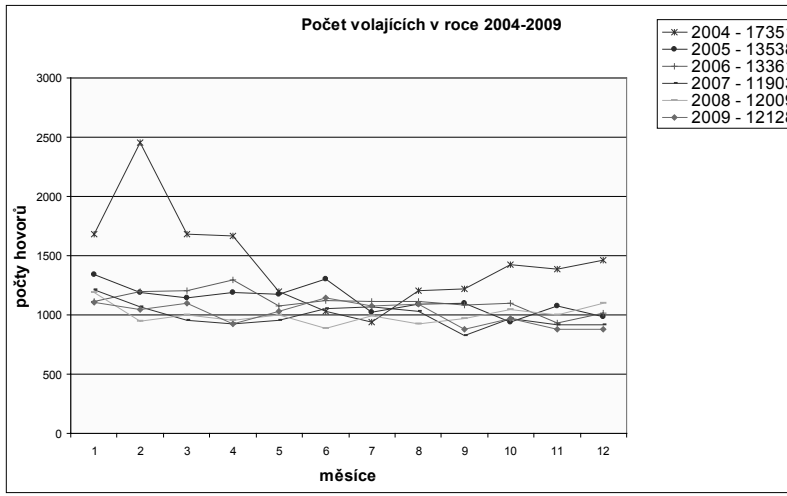
Jakým uživatelům poskytuje sociální službu TKP Senior telefon?

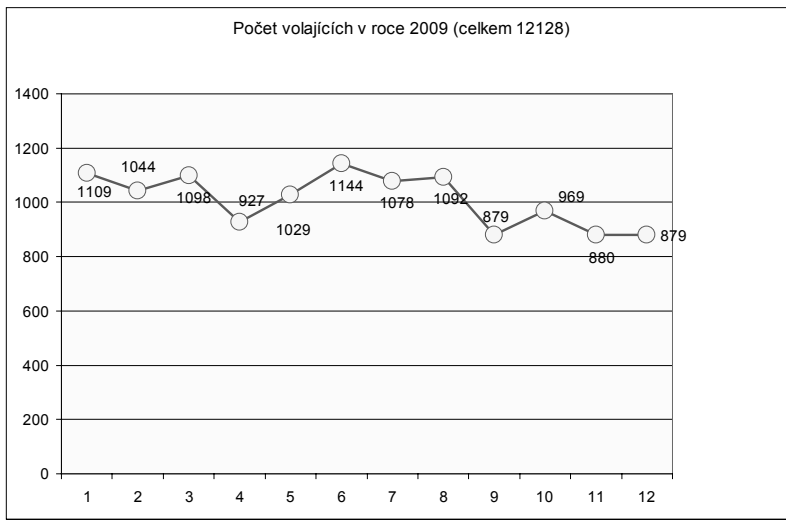
- Seniorům v krizové životní situaci.
- Seniorům ohroženým zdravotními, sociálními a kriminálními riziky.
- Rodinám seniorů, jejichž člen se ocitne v těžké životní situaci.
- Osobám pečujícím o seniory.
- Široké veřejnosti, která se náhodně stane účastníkem pomoci seniorovi.
- Dalším subjektům poskytujícím služby seniorům.

Principy práce s klienty:

- Sociální pracovníci Senior telefonu nabízí formy pomoci od telefonické krizové pomoci, doprovázení až po sociální poradenství.
- Pomoc v krizi spočívá především v poskytnutí podpory uživatelům a jejich ZPLNOMOCNĚNÍ k vlastnímu řešení jejich problému.
- Sociální služba telefonické krizové pomoci je anonymní.
- Sociální pracovníci Senior telefonu jsou povinni zachovávat mlčenlivost.

Počet volajících v roce 2004-2009





Poskytování pomoci u problematiky týrání

- Poskytujeme telefonickou krizovou intervenci.
- Zaměřujeme se na zakázku uživatelů.
- Akceptujeme anonymitu uživatelů.
- Poskytujeme odborné sociální poradenství.
- Nabízíme kontakty na ostatní sociální služby, které mohou uživatelům pomoci.
- Podporujeme uživatele, tak, aby byli schopni řešit svoji situaci vlastními silami.

Jaké služby týraným seniorům nabízíme?

- V akutní krizové situaci doporučujeme obrátit se na:
  - Policii ČR.
  - Krizové centrum.
  - Sociální úřad.
  - Občanskou poradnu.
  - Právní poradnu.
  - Bytovou poradnu.

Pomoc uživatelům s problematikou domácího násilí

- Motto: „Násilí v rodině není normální a nikdo nemá povinnost trpět."
- Poskytnutá pomoc:
  - Telefonická krizová intervence.
  - Zjišťujeme stupně rizikovosti.
  - Pomáháme uživatelům vyznat se v celé situaci.
  - Mapujeme jaké kroky uživatelé podnikli.
  - Pomáháme sestavit bezpečnostní plán.
  - Informujeme o Institutu vykázání.
  - Nabízíme uživatelům další sociální služby(policie, intervenční centra, poradny Bílého kruhu bezpečí, psychoterapeutická pomoc, mediace atd.)
  - Podporujeme uživatele, tak, aby byli schopni situaci řešit vlastními silami.

POMOC OHROŽENÝM OSOBÁM DOMÁCÍM NÁSILÍM Z POHLEDU LEGISLATIVY

- Zákon č. 135/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím přinesl velkou pomoc ohroženým seniorům domácím násilím.
- Pomáhá chránit ohroženou osobu.
- Zamezuje další eskalaci domácího násilí – násilník může být vykázán ze společného obydlí.
- Zřízená Intervenční centra poskytují pomoc ohroženým osobám domácím násilím v oblasti právní, sociální, psychologické.

Na jaké služby navazuje TKP Senior telefon v rámci zřizující organizace Života 90?

- Individuálně přistupujeme k uživatelům podle problematiky, kterou přinášejí.
- V případě, že potřebuje uživatel jinou sociální službu, pak je možné nabídnout:
- Odborné sociální poradenství
- Bytové poradenství
- Právní poradenství

Použitá literatura

ČÍRTKOVÁ, Ludmila; VITOUŠOVÁ, Petra. Pomoc obětem a svědkům trestných činu, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 191 s. ISBN 978-80-247-2014-2.

KNOPPOVÁ, Daniela. a kol. Telefonická krizová intervence: Linka důvěry. 1. vyd. Praha: Remedium, 1997.

VODÁČKOVÁ, Daniela. a kol. Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-85878-95-X.

SOMATOPEDIE

VPLYV RODINY NA ŠKOLSKÉ SEBAHODNOTENIE ŽIAKA S TELESNÝM POSTIHNUTÍM

The influence of school evaluation of a pupil with physical handicap

Mgr. Terézia Harčaríková, PhD.

UK v Bratislave PdF, Katedra špeciálnej pedagogiky

Kľúčové slová

Školské sebahodnotenie, sebahodnotenie, telesné postihnutie, žiak s telesným postihnutím.

Key words

School evaluation, self-evaluation, physical handicap, pupil with physical handicap.

Úvod

Sebahodnotenie v školskom veku je určené vzhľadom k výkonu a jeho kvalite. Školský výkon a jeho kvalita je u žiakov s telesným postihnutím na rôznom stupni vzdelávania vzhľadom k ich telesnému postihnutiu značne znížený a jeho kvalita nedosahuje úroveň žiakov intaktnej populácie. Jedným z faktorov, ktorý môže výrazne ovplyvniť školské sebahodnotenie detí s telesným postihnutím je rodina.

V súvislosti so školou je veľmi dôležité, čo si dieťa myslí o sebe a o svojich schopnostiach učiť sa.Na začiatku školského obdobia je sebahodnotenie dieťaťa prevažne závislé na mienke dospelých – rodičov a učiteľov. Postupne však na dôležitosti narastá hodnotenie rovesníkov, s ktorými sa deti identifikujú a snažia sa medzi nimi presadiť. Sebahodnotenie samého seba tak obsahuje sebahodnotenie dospelých, pohľady vrstovníkov a ďalšie skúsenosti, ktoré dieťa v živote nadobudlo. Do akej miery si dieťa verí a akceptuje samého seba, záleží predovšetkým na tom, ako je akceptované druhými a na jeho uplatnení sa medzi vrstovníkmi. Vďaka rozvoju myslenia a stále bohatším skúsenostiam si postupne vytvára ideály, ktorým sa chce podobať a s ktorými sa porovnáva (Vymětal, 2003).

Sebahodnotenie je základom určitého očakávania, ovplyvňuje motiváciu k aktivite, ochotu vyvinúť nejaké úsilie, eventuálne i obavy z neúspechu. Motivácia k učeniu je závislá od toho, ako jedinec svoju schopnosť posudzuje a ako sa mu v tej súvislosti javí náročnosť učiva, ktorú si má osvojiť. Pozitívne sebahodnotenie vyjadruje vedomie vlastnej hodnoty a s tým spojenú dôveru vo vlastné schopnosti, ktorá posilňuje odolnosť voči záťaži. Sebahodnotenie žiaka ovplyvňuje jeho vzťah ku školskej práci i očakávaniu určitého výsledku. Preto žiak, ktorý má dostatočnú dôveru vo svoje schopnosti je k výkonu viac motivovaný, pretože sa menej obáva neúspechu. Na školské sebahodnotenie má veľký vplyv štart v škole, výsledky jeho práce a klasifikácia, vzťah žiaka a učiteľa. Keď učiteľ rozpráva so žiakom, dostáva odozvu, ktorá mu pomáha sa rozhodnúť, čo povie a ako povie ďalej. Odozva môže byť verbálna ale aj nonverbálna a myšlienky, city vyjadrené touto formou môžu obsahovať pochopenie/nepochopenie, záujem, nudu, úzkosť, nepriateľstvo, pobavenie a pod. (Fontana, 1997).

Z osobných skúseností vieme, že školské hodnotenie priamo ovplyvňuje školské sebahodnotenie a má nepopierateľne kladné stránky a to: podporuje žiakov s telesným postihnutím k učeniu, k činnosti; motivuje; pôsobí na aktivitu rodičov vo vzťahu k škole a pod. Zároveň je jasné, že má aj svoje záporné stránky, nakoľko hodnotenie samo o sebe vyvoláva pocit napätia, stresu, obavy z nedostatočnej prípravy, dieťa sa dostáva do stavu nepohody. Učiteľ nesmie na tento fakt zabúdať a musí si byť vedomý možných následkov vyplývajúcich zo svojho hodnotenia, mal by sa snažiť o objektívnosť a vyvarovanie sa prípadných chýb, ktoré by mohli žiakovi spôsobiť nemalé problémy v ďalšom školskom živote. V tejto súvislosti je potrebné spomenúť tvrdenie, že hodnotenie v škole je vo svojej podstate založené na medziľudskom vzťahu, so všetkými radosťami i starosťami, ktoré tento fakt prináša. Práve preto je hodnotenie záležitosť výchovy (Slavík, 1999, s.142).

Osobnosť vykazuje zložité vzťahy s mnohými premennými, ako je napr. vyučovacia látka, používanie vyučovacích metód, danému dieťaťu dostupné spôsoby učenia a osobnosť učiteľa. Preto učitelia musia postupovať ako výskumníci, musia byť vnímaví voči individuálnym osobitostiam každého dieťaťa v triede a počítať so vzájomným pôsobením medzi osobnosťou a ďalšími zúčastnenými premennými. Ak opravujeme žiakovu odpoveď, musíme si byť istý, že dieťa bude schopné naše zásady pochopiť a že bude schopné sa našimi doporučeniami, ktoré sú k jeho prospechu okamžite riadiť. Nadmerné a nevhodné opravovanie, z ktorého nevyplýva pre žiaka žiaden prospech, ho

môže viesť k tomu, aby prestalo používať zložitejšie rečové štruktúry a vráti sa späť k štruktúram už zvládnutým a primitívnejším (Fontana, 1997).

Primerané zvyšovanie zodpovednosti za vlastnú prácu a náhľad na ňu motivuje k aktivite. Jednou z ďalších účelných foriem podporovania žiakovho záujmu o autonómiu je aj „zmluva" medzi učiteľom, žiakom a prípadne rodičmi žiaka, v ktorej sa stručne vymedzia ciele, ktoré všetky zmluvné strany zaväzuje rešpektovať a snažiť sa o ich dodržať. V zmluve ide predovšetkým o upozornenie žiaka o jeho zodpovednosti za vlastné chovanie a umožniť mu angažovanejšie sebahodnotenie (Slavík, 1999, s. 134).

Je dôležité poskytovať také príležitosti, aby žiak mohol poučene hodnotiť sám seba a svoju prácu, svoju hodnotu pozná najlepšie vtedy, ak ho okolie bude hodnotiť primerane, s prihliadnutím na svoje potreby, ale zároveň triezvo, s istou dávkou náročnosti. Myslíme si, že našim cieľom nemá byť to, aby sme prostredníctvom hodnotenia mali od dieťaťa „pokoj", tým pádom sa môže stať, že naše hodnotenie je neprimeranou kritikou, ktorá dieťa demotivuje a odrádza. Mali by sme dieťa hodnotiť formou rady, prípadne ak už samo nevie nájsť riešenie, pomoci.

Sebahodnotenie žiaka ovplyvňujú rôzne skúsenosti, ktoré nejakým spôsobom so školou súvisia.

- Skúsenosť s vlastným úspechom alebo neúspechom. Žiak, ktorý bude opakovane prežívať uspokojenie z úspechu, sa bude hodnotiť lepšie a bude mať väčšiu sebaistou do budúcnosti. Opakovaný neúspech znižuje sebadôveru, negatívne skúsenosti nepriaznivo ovplyvňujú sebahodnotenie žiaka i jeho budúce očakávania.
- Skúsenosť s výkonom spolužiakov. Žiak porovnáva svoje školské výsledky s výsledkami a školským výkonom spolužiakov. Úspech má relatívnu hodnotu, ktorá je závislá aj od výsledkov ostatných členov skupiny. Pokiaľ jednotlivec zažíva školský neúspech v porovnaní s ostatnými častejšie, môže ho táto skutočnosť ovplyvniť negatívne, zníži sa jeho sebaúcta. Na záver školskej dochádzky je trieda rozdelená do podskupín podľa školskej úspešnosti a podľa očakávaného profesijného a študijného zamerania.
- Skúsenosť s osobne významnou autoritou, najčastejšie rodičom, ktorá istým spôsobom interpretuje význam školských výsledkov dieťaťa. Hodnotenie autorít môže byť subjektívne skreslené. Predovšetkým názor rodičov nebýva úplne objektívny, často je ovplyvnený emocionálne. Rodičia sú pre dieťa citovo významní, preto je ich hodnotenie veľmi dôležité, bez

ohľadu či je alebo nie je objektívne. Vždy istým spôsobom ovplyvní ich sebahodnotenie a z toho vyplývajúcu motiváciu ku školskej činnosti.

Ak je dieťa v škole neúspešné a rodičia ho za to kritizujú, poprípade trestajú, posúva sa emočný vzťah medzi rodičmi a dieťaťom k zápornému pólu, mení sa emocionálne klíma a spôsob výchovy v rodine (J. Čáp, J. Mareš, 2001, str. 64).

Slabý prospech a nezáujem o školu a učenie sa v mnohých prípadoch súvisí so žiakovým nízkym sebapoznaním a sebahodnotením. Dieťa sa samo musí naučiť triezvo hodnotiť svet okolo seba, svoje vlastné správanie, svoje možnosti a predpoklady i svoje hranice, aby sa mohlo na svet pozerať s dôverou, ústretovosťou a odhodlaním. Človek, ktorý nedokáže správne odhadnúť a posúdiť svoje vlastné možnosti, je obvykle sklamaný vo svojom očakávaní, a preto stráca sebadôveru a sebaúctu, stáva sa úzkostlivým a zbytočne bojazlivým, alebo agresívnym. „Ak vás dieťa hnevá, vždy sa najprv pýtajte, či príčinou nie je ich vlastná nedôvera v seba, ich nezvládnutý strach alebo úzkosť z nárokov, ktoré prevýšili ich možnosti." (Slavík, 1999, s. 143.)

Magda Vágnerová (1995) v súvislosti s hodnotením a sebahodnotením školskej práce a vzťahu dieťaťa ku škole hovorí, že:

- Učitelia majú sklon generalizovať, myslia automaticky, že úspešné dieťa nemá dôvod na to, aby malo zo školy strach.
- Deti optimistickejších učiteľov, ktorí ich pozitívne hodnotenia a očakávajú lepšie výkony aj v budúcnosti, mali pozitívny vzťah ku škole boli vyrovnaní a báli sa menej.
- Predstava dieťaťa o svojej relatívnej úspešnosti v triede je ovplyvňovaná názorom učiteľa a oboje súvisí so známkami, ktoré dieťa má.

Žiaci s telesným postihnutím predstavujú veľmi heterogénnu skupinu, ktorej spoločným znakom je obmedzenie pohybu. Telesné postihnutie podľa Renotiérovej (2003) nepriaznivý vplyv na telesný, zmyslový i rozumový vývoj jednotlivca, hlavne v detskom veku. Po fyzickej stránke svaly atrofujú a slabnú, pretože nie sú funkčne zaťažované pohybom. Telesné postihnutie postihuje človeka v celej jeho osobnosti. Prináša so sebou pohybové obmedzenie, ktoré sa môže prejavovať aj obmedzením poznávacích schopností. Už od raného detstva deti s telesným postihnutím pociťujú isté problémy pri hrách, jedle, obliekaní, neskôr aj v škole pri vyučovaní a pri pracovných činnostiach (Renotiérová, 2003). Je narušený jeho psychomotorický vývin, môžu nastať problémy v psychickej a sociálnej oblasti. V neposlednom rade

má žiak s telesným postihnutím v istých obdobiach problémy nielen s akceptáciou samého seba, s akceptáciou svojho postihnutia.

Pre edukáciu žiakov s telesným postihnutím je špecifické to, že je potrebné vyrovnať sa s rôznorodými poruchami hybnosti. Porucha hybnosti výrazne zasahuje aj do oblasti jemnej aj hrubej motoriky ale aj do oblasti sebahodnotenia a školského sebahodnotenia žiaka s telesným postihnutím. Na začiatku školskej dochádzky je nevyhnutné u žiakov s telesným postihnutím zistiť úroveň pohybových možností, či sa môžu pohybovať samostatne, alebo s pomocou.Školské prostredie žiaka s telesným postihnutím je potrebné riešiť tak, aby bol čo možno najviac nezávislý na cudzej pomoci (toaleta, školská jedáleň, šatňa, ...). Mobilita jednotlivcov s telesným postihnutím veľmi podstatne ovplyvňuje kvalitu ich školského života a tiež sa stáva veľmi dôležitým predpokladom ich úspešnej sociálnej integrácie. V neposlednom rade mobilita má významný vplyv aj na školský výkon žiaka s telesným postihnutím, čo úzko súvisí s jeho školským sebahodnotením.

Telesné postihnutie má však aj veľa vedľajších obmedzujúcich faktorov. Na úroveň školského sebahodnotenia žiakov s telesným postihnutím má negatívny vplyv skutočnosť, že žiaci s telesným postihnutím sú častokrát neprítomní v škole, predovšetkým z dôvodov častých lekárskych zákrokov a následnej starostlivosti, vrátane pobytov v kúpeľoch, sú viac unaviteľní, potrebujú viac času na relaxáciu.

Školské sebahodnotenie žiaka s telesným postihnutím je limitované ich zdravotným stavom v spojení s terapeutickými cieľmi. Jednotlivec s DMO má podľa Krausa (2005) okrem problémov s jemnou a hrubou motorikou aj komunikačné problémy, ktoré vo väčšej, či menšej miere znemožňujú kontakt žiaka s telesným postihnutím s učiteľom. Dieťa, uvádza Kraus (2005) musí klásť otázky, tvoriť odpovede a pýtať sa na nejasnosti. Len tak môže byť aktívnym účastníkom výučby. Na vyučovaní má byť telesne postihnuté dieťa aktívne, flexibilné, zvedavé. Častokrát však trpia frustráciou v dôsledku toho, že nemôžu dosiahnuť ciele, ktoré by boli úmerné ich aktivite. Maximálna snaha, vzhľadom na ich postihnutie a minimálny dosiahnutý výsledok ich môže podľa Krausa (2005) priviesť k pasivite a k očakávaniu pomoci z okolia.

U detí s rečovými problémami sa môže vyvinúť Krausa (2005) minimálna rečová symbolika s malým obsahom expresívnej variability komunikačných možností.

Školské sebahodnotenie závisí vždy od druhu a stupňa telesného postihnutia. V prípade, že má žiak postihnuté len dolné končatiny, môže sa vzdelá-

vania zúčastňovať takmer bez obmedzenia. Je potrebné zohľadňovať zvýšenú unaviteľnosť. Ďalšou skupinou je skupina žiakov s postihnutím horných končatín. Postihnutie horných končatín sa v plnej miere prejaví v školskej práci, ako je písanie, dopĺňanie obkresľovanie, a podobne. V niektorých prípadoch žiak nie je schopný plniť tieto úkony. Z toho dôvodu je potrebné pripraviť mu špeciálne písacie potreby, zväčšené texty na doplňovanie, pretože písmo je častokrát abnormálne veľké alebo nečitateľné. Dokonca je niekedy potrebné voliť jednu z foriem kompenzácie písania ako je napríklad písanie na písacom stroji, alebo počítači. Cesty získavania vedomostí môžu byť rôznorodé. Dôležitý je cieľ – porozumieť preberané učivo a aktívne spracovanie a následné použitie získaných poznatkov.

Dôležitú úlohu a výrazný efekt pri získavaní, spracovávaní aplikácii a hodnotení preberaného učiva môžu zohrávať aj didaktické pomôcky. Didaktické pomôcky sú materiálne predmety, ktoré sa používajú bezprostredne pri vyučovaní, slúžia k hlbšiemu osvojovaniu si vedomostí. Je to materiál, ktorý umožňuje telesne postihnutým žiakom poznávať skutočnosť. Obmedzená pohyblivosť však môže spôsobiť, že niektoré ich predstavy o reálnom svete môžu byť skreslené (Malaníková, Vítková, 2001).

Jedným z faktorov, ktorý výrazne vplýva na školské sebahodnotenie žiaka s telesným postihnutím je jeho hodnotenie. V mnohých diskusiách učiteľov je predmetom rozhovoru téma ako hodnotiť žiakov s rôznym druhom a stupňom telesného postihnutia, čo všetko je potrebné zohľadniť pri ústnom skúšaní, v písomných prácach a pod. tak, aby sme boli primerane objektívni, aby dieťa svoj telesný hendikep nezneužívalo a zároveň, aby nebolo v nevýhode voči intaktným spolužiakom. Vzhľadom k rôznorodosti telesného postihnutia, ktoré má trvalý charakter, sa nedajú určiť presné kritéria zodpovedajúce určitému stupňu hodnotenia, naozaj ide o schopnosť pedagóga zistiť, spoznať a určiť hodnotiaci systém, ktorý bude používať vo vzťahu k jednotlivému dieťaťu. Je to zložitý proces, v ktorom sa odráža individuálna schopnosť a talent učiteľa byť ústretový, flexibilný, trpezlivý a schopný reagovať pohotovo. Slavík (1999, s. 146) tvrdí, že keď je učiteľ úprimne presvedčený, že hodnotí všetky deti pozitívne, alebo ich medzi sebou vôbec neporovnáva, v skutočnosti je jeho správanie sa dostatočným zrkadlom, v ktorom žiak číta svoje posudky.

Hodnotenie je proces, pri ktorom sa posudzujú výkony, prejavy, či vlastnosti osôb alebo vecí a porovnávajú sa so stanovenými kritériami. Výsledkom hodnotenia je zistenie, akým spôsobom a do akej miery sa hodnotený jav zhoduje, respektívne odchyľuje od stanovených kritérií (Ďurič, in Valihoro-

vá, 2005, s. 96). Pokiaľ ide o hodnotenie, ktoré vplýva na školské sebahodnotenie dieťaťa, prikladá sa vážnosť každému súdu, v ktorom sa spomína akákoľvek – pozitívna/ negatívna vlastnosť dieťaťa. V tejto súvislosti chceme poukázať na schopnosť dieťaťa stotožniť sa s názorom učiteľa. Učiteľ je tým, kto v edukačnom procese hodnotí, je prirodzenou autoritou. Ak ma učiteľ vychovávať samostatného človeka, ktorý si vie samostatne stanoviť a posúdiť svoje priority, potom by mal žiakovi poskytnúť možnosť prežiť pocit z hodnotenia a posudzovania v roli hodnotiaceho. Žiak by mal vedieť hodnotiť svet a predovšetkým sám seba (Valihorová, 2005, s. 96).

Hodnotenie a klasifikácia žiakov s telesným postihnutím môžu veľmi významne ovplyvniť jeho školské sebahodnotenie. Každé hodnotenie zasahuje motiváciu žiaka k učeniu, pôsobí na jeho sebaúctu a sebahodnotenie, v nemalej miere ovplyvňuje vzťahy sociálneho okolia k žiakovi a môže veľmi poznamenať jeho budúcu pracovnú alebo študijnú kariéru. V prípade žiakov vyžadujúcich s telesným postihnutím, kedy dieťa aj rodina musia čeliť ďalším špecifickým problémom, hrozí veľké nebezpečenstvo bludného kruhu – poškodenie motivácie a sebadôvery – ďalší zhoršený výkon – ešte horšie hodnotenie atd. (Slavík, 1999, s. 140).

Súhrnné hodnotenie žiaka je vyjadrené na vysvedčení. Ide o také súhrnné hodnotenie, aké sa na danej škole používa aj v iných vyučovacích predmetoch. Odporúča sa však priebežne počas vyučovania využívať najmä slovné hodnotenie, pretože umožňuje presnejšie vyjadriť klady a nedostatky žiakov a pre mnohých, a to osobitne pre dievčatá, je dôležitým a často aj silnejším motivačným činiteľom.

Negatívne hodnotenie vlastnej školskej úspešnosti vytvára pomerne negatívne očakávania aj do budúcnosti. Žiaci pod hrozbou zlyhania modifikujú svoje procesy riešenia problému. Vnímaný úspech (posilnenie) alebo zlyhanie (trest) reguluje kognitívne procesy a následne ovplyvňuje budúce správanie v problémovej situácii (Ruisel, 1994 in Ruiselová, Prokopčáková, 2006).

Ak chce žiak rozšíriť, alebo prehĺbiť svoje vedomosti, napraviť nedostatky, alebo vylepšiť svoju školskú reputáciu, malo by mu hodnotenie učiteľa poskytnúť dostatok informácii k tomu, aby jeho úsilie bolo úspešné. Informatívne hodnotenie je pre žiaka radcom, čo a ako ma urobiť a nie trestom za to, čo neurobil, alebo pokazil (Slovak, 1999, s. 112). Chronické ochorenie ovplyvňuje možnosť dosiahnutia istého výkonu, uplatniť sa na úrovni svojich možností. Choroba dieťaťu znemožňuje pracovať na rovnakej úrovni zdravého dieťaťa. Obmedzuje ho z hľadiska celkového vyčerpania, menšej odolnosti voči záťaži,

časté absencie i narušenie rozvoja niektorých kompetencií, napr. pracovných návykov. Postoje dieťaťa k vlastnému školskému výkonu býva rôzny, veľakrát prestane byť dôležitý, inokedy je nekriticky pozitívny. Porovnanie s ostatnými spolužiakmi nemusí byť priaznivé, ale tiež nemusí mať väčší subjektívny význam (Vágnerová, 2004, 2008).

Dosiahnutý výkon a celkové výsledky, ktoré si dieťa s telesným postihnutím v dostatočnej miere uvedomuje ovplyvňujú jeho osobnú skúsenosť so sebou samým. Samozrejme, že tento názor má objektívny charakter pri porovnaní so spolužiakmi, dieťa nadobúda pocit istoty, alebo naopak neistoty, ktorá sa odráža na celkovom sebahodnotení.

V práci so žiakmi s telesným postihnutím sa vyžaduje sústavná starostlivosť, pozorný prístup a individuálne skúmania psychiky žiakov. Ide hlavne o odhalenie dôvodov zníženého sebahodnotenia týchto detí, ktoré pramenia najčastejšie z ich telesného postihnutia ale častokrát je príčinou nie ideálne rodinné prostredie, či výchova. Deti vnímajú spoločnosť, okolie, vzťahy veľmi objektívne. Väčšinou rodičia pristupujú k dieťaťu starostlivejšie v ich rannom veku, častokrát sú prehnane citliví vzhľadom k ich postihnutiu, ktoré ich dieťa má. Je to prirodzený rodičovský prejav, ktorý je spôsobený obavami i zo strachu o dieťa, z ľútosti nad nepríjemnými sprievodnými prejavmi, ktoré dieťa musí znášať. Samozrejme, v predškolskom veku dieťa s telesným postihnutím nevníma svoj hendikep v plnom rozsahu. Problém nastáva vtedy, ak si dieťa začne uvedomovať, že sa líši, že je iné ako tí ostatní, stretne sa s rôznymi obmedzeniami, z mnohými dôvodmi, ktoré mu budeme my dospelí vysvetľovať, či už rodičia i učitelia, prečo sa nemôže zúčastňovať na aktivitách, ktorých sa zúčastňujú jeho rovesníci. Samo začne chápať a vnímať dopady jeho telesného postihnutia na kvalitu jeho života. Vtedy je veľmi dôležitý citlivý prístup hlavne rodičov ale aj pedagógov, ktor s dieťaťom pracujú. V tomto smere chceme poukázať na dôležitosť primeraného prístupu rodičov, na primerané informovanie dieťaťa o jeho telesnom postihnutí, o obmedzeniach ako aj o jeho dôsledkoch na nielen na edukačný proces. Netreba podceniť detské myslenie, pri neinformovanosti môže dôjsť k veľkým chybám a ťažko odstrániteľným škodám na detskej duši.

Zoznam bibliografických odkazov

ČÁP, J., MAREŠ, J. 2001. Psychologie pro učitele. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 656 s. ISBN 80-7178-463-X.

DOBEŠ, M. 2000. Sebaobraz, sebahodnotenie a proces uvedomovania – ich vzájomné vzťahy. Rigorózna práca. Prešov. Filozofická Fakulta Prešovskej Univerzity, Katedra Psychológie.
DVOŘÁK, D. 2005. Efektivní učení ve škole. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 144 s. ISBN 80-7178-556-3.
ĎURIČ, L., BRATSKÁ, M. ed al. 1997. Pedagogická psychológia, terminologický a výkladový slovník. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, a. s. 400 s. ISBN 80-08-02-498-4.
ĎURIČ, L., KAČÁNI, V. 1992. Učiteľská psychológia. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. 376 s. ISBN 80-08-00433-9.
FONTANA, D. 1997. Psychologie ve školní praxi. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 384 s. ISBN 80-7178-063-4.
HARČARÍKOVÁ, T. 2007. Základy pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. In Harčáriková, T., Tichá, E. Základy špeciálnej pedagogiky.Bratislava: MABAG spol. s r.o. 131 – 140 s. ISBN 978-80-89113-30-9.
KRAUS, J. a kol. Dětská mozgová obrna. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
KRAUS, J. – ŠANDERA, O. Tělesně postižené dítě. 2. vyd. Praha: SPN. 1975.
KUBÍČOVÁ, Z. – KUBÍČE, J. Kompenzační a didaktické pomůcky pro děti a žáky s tělesným postižením v MŠ a ZŠ. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-166-0.
LESNÝ, I. Dětská mozgová obrna. Praha: Avicenum, 1985.
LESNÝ, I. – ŠPITZ, J. Neurologie a psychiatrie pro speciálni pedagogy. Praha: SPN 1989.
LANGMEYER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2007. Vývojová psychologie. 2. vyd. Praha: Gradapublishing, a. s. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
MAREŠ, J. 1998. Styly učení žáku a studentu. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 240 s. ISBN 80-7178-246-7.
NAKONEČNÝ, M. 1998. Základy psychologie. 1. vyd. Praha: Academia. 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
NÁKONEČNÝ, M. 1998. Psychologie osobnosti. 2. vyd. Praha: Academia. 340 s. ISBN 80-200-0628-1.
NÁKONEČNÝ, M. 1996. Motivace lidského chování. 1. vyd. Praha: Academia. 272 s. ISBN 80-200-0592-7.
RENOTIÉROVÁ, M. – LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. 2. vyd. Olomouc: PF UP, 2004. ISBN 80-244-0873-2.

RENOTIÉROVÁ, M. Somatopedické minimum. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0532-6.
RUISEL, I. 1999. Inteligencia a osobnosť. 1. vyd. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied. 240 s. ISBN 80-224-0545-0.
RUISEL, I., RUISELOVÁ, Z. 1990. Vybrané problémy psychológie poznávania. 1. vyd. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied. 310 s. ISBN 80-224-0334-2.
RUISELOVÁ, Z. et al.2006. Štýly zvládania záťaže a osobnosť. vyd. Slovak Academie Press. 128 s. ISBN 80-88910-4.
RUISEL, I., RUISELOVÁ, Z., PROKOPČÁKOVÁ, A. 1994. Subjective aspects of problem solving and decision making in the context of coping. In Studia psychologica, Bratislava SAV v SAP, roč. 1994/2, s. 76-88. ISSN 0039-3320.
RUISELOVÁ, Z., PROKOPČÁKOVÁ, A. 2000. Adiujustment problem dimensions in slovak adolescents. In Studia psychologica, Bratislava SAV v SAP, 42 s. 43–53. ISSN 0039-3320.
ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-168-2..
ŘÍČAN, P. 2004. Cesta životem: psychologie. 2. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
ŘÍČAN, P. 2008. Psychologie osobnosti. 5. vyd. Praha: Gradapublishing, a. s. 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
SLAVÍK, J. 1999. Hodnocení v sočasné škole. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 192 s. ISBN 80-7178-262-9.
TICHÝ, J. a kol. Neurologie. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-750-X.
VÁGNEROVÁ, M. 2004. Psychopatologie pro pomáhajíci profese. 3. vyd. Praha: Portál, s. r.o. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
VÁGNEROVÁ, M. 2008. Vývojová psychológia I. 1. vyd. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

Resume

The author deals with the influence of the family on school evaluation of a pupil with physical handicap. To what extend influences the level of school evaluation presence of a physical handicap? To what extend could affect a school selfrefelction of a student with a physical handicap his family? The child looks at itself as it thinks his closest social environment sees it – parents, siblings, teacher, peers, their expectations and their fulfillment. From the point of view of the author family has an important influence on a pupil with physical handicap.

SPOLUPRÁCE S RODINOU PACIENTŮ PŘI LÉČBĚ LEUKÉMIE

MUDr. Barbora Ludíková

Dětská klinika FNOl, LF UP Olomouc

Klíčová slova

Leukémie, rodina, lékař, pacient v dětském věku.

Většina lidí má povědomí o onemocnění leukémií, ale nepřipouští si fakt, že by něco takového mohlo potkat je nebo jejich blízké. Proto, potvrzení této diagnózy je pro člověka vždy skličující informací a prvotní reakce je šok. Je velmi zajímavé zamyslet se nad tím jak na tuto informaci reagují děti a co to pro jejich prožívání znamená. Někteří dětští pacienti tomu co jim je nerozumí, jiní rozumět nechtějí a další se snaží získat všechny možné dostupné informace z různých zdrojů. Často vidíme mnohem více zničené rodiče, kteří se nejsou schopni s diagnózou smířit a bojí se o život svých potomků a oproti nim jejich děti, které si možnou zhoubnost onemocnění rozhodně nepřipouští. Na druhou stranu u všech pacientů, pokud jsou dostatečně mentálně vyspělí, někdy v průběhu léčby dojde k psychické krizi, kdy na ně dolehnou důsledky onemocnění. V tomto sdělení se zaměříme na porovnání funkce a přístupu rodiny u tří dětských pacientů s leukémií.

Každý pacient je jedinečný, má své vlastní potřeby, prožívání, reakce a vyrovnává se s nemocí jinak. Vždy ale potřebuje pomoc ze strany rodiny nebo přátel, protože proces uzdravování není jen o léčbě samotné a řešení jejich komplikací, ale neoddiskutovatelnou složkou hraje pacientova psychika, kdy špatný psychický stav vede ke komplikacím i ze strany léčby. Pacienti nemají vůli bojovat s chemoterapií, která nedílně patří k léčbě leukémie, a o to hůř se vyrovnávají s komplikacemi, které jsou pro ně opět skličujícím momentem, což je uzavírá v bludném kruhu, ze kterého se neumí sami dostat.

Právě proto, se snažíme u všech pacientů, u kterých to jen trošku jde, hospitalizovat jejich rodiče, aby s nimi mohli po dobu léčby být a pomáhat jim.

Ne vždy je ale role a postavení rodiny ideální. Může být komplikovaná zdravotní, sociální či ekonomickou situací jejich členů.

Právě těmito komplikacemi se budeme na případech našich pacientů zabývat.

Prvním pacientem je chlapec, který byl přijat na naše oddělení ve svých 17 letech s podezřením na leukémii. Chlapec přišel z Opavy, kde byl vyšetřen na hematologii. Vzhledem k leukocytóze a bicytopenii v krevním obraze při virovém infekci. Vliv nepříliš ideálních sociálních podmínek jsme zaznamenali již při přijetí chlapce. Nastoupil do nemocnice s časovou prodlevou více jak 48 hodina a tím vznikla i prodleva v diagnostickém postupu. Při odebírání pacientovy anamnézy jsme zjistili, že chlapec je již dlouhodobě sledován pro jiné hematologické onemocnění (trombocytopenii) a také že jeho životní situace není příliš příznivá. Otec mu zemřel před třemi lety na infarkt myokardu a matka v době diagnózy chlapce je léčena pro karcinom prsu, jež je velice invazivní a prognóza tohoto onemocnění není příliš příznivá. V dnešní době má již léčbu ukončenou, ale bohužel prognóza se nezměnila a nádor se naopak rozšířil. Vlastní sourozence hoch nemá a nevlastní bratři o něj nejeví přílišný zájem, ba naopak s jedním bydlí ve stejném domě, o který vedou majetkový spor. Při fyzickém vyšetření bylo markantní, že péče o sebe sama u pacienta není dostatečná, měl např. velmi kariézní chrup. Při pozdějším vyšetření na stomatologii se zjistilo, že některé zuby jsou dokonce mléčné, trpí skoliózou, nehty okousané a se špínou. Po provedení baterie testů, mezi něž nedílně patří punkce kostní dřeně, imunofenotypizace, cytologické vyšetření atd., jsme u chlapce zahájili protokolární léčbu akutní lymfoblastikcé leukémie typu common. Léčba z počátku probíhala bez závažných komplikací, jen se ve zvýšeném množství podávaly krevní deriváty(transfúze erytrocytární masy a hlavně transfúze separovaných trombocytů), což jsme přisuzovali již zmíněnému onemocnění trombocytopenií. Nicméně po intenzivní léčbě pěti gramovým Metotrexátem (chemoterapeutikum – část protokolu) se objevily těžké krvácivé projevy spojené s toxickým účinkem léku a to nejen epistaxe, ale hlavně krvácení z gastrointestinálního traktu způsobeném odlučováním plátů střevní mukózy. Chlapec chátral a nebyl schopen sám přijímat potravu. Parenterální výživa nebyla dostačující, proto jsme u chlapce přistoupili k zavedení PEGu, do kterého jsme jej krmili. Tato toxická reakce spojená s již se zmíněnou trombocytopení, mikrocefálí a mléčným chrupem v 17 letech nás vedla k zvážení další možné primární choroby patřící mezi hematologická kongenitální onemocnění se zvýšenou lomivostí chromozómů a to Fanconiho anémii nebo diskeratosis kongenita, v tuto chvíli čekáme na vyšetření DNA pro diagnózu těchto onemocnění.

Dalším, kromě zdravotních potíží, problémem u chlapce je jeho vztah s matkou a podpora ze strany rodiny. Matka dojíždí za hochem maximálně 1× měsíčně (hospitalizace trvá téměř rok), jejich konverzace je velmi povrchní a hoch netuší o matčiném stavu. Ví, že je nemocná, že má také chemoterapii, ale myslí si, že se uzdraví. Což je dosti protiklad oproti, tomu jak vnímá sám sebe. Jeho prožívání je zcela atypické, pobyt v nemocnici ho k ničemu nemotivuje, vzhledem k faktu, že jeho kamarádi jsou pouze zaměstnanci na oddělení tak nemá zájem se domů ani vracet. Mluví o tom, že se stejně neuzdraví, že je mu nejlépe na pokoji, kde oproti tomu co měl doma má prvotřídní vybavení, včetně TV, DVD a notebooku. Opakovně dokonce schovával léky, protože jak tvrdí je to jedno a mu nechutnají. Samozřejmě dalším faktorem ovlivňujícím jeho jednání je i snížený inteligenční kvocient a to až na hranici mentální retardace. Chlapec je šťastný, když zrovna je v období, kdy nedostává chemoterapii, nemá zásadní potíže a může se volně pohybovat po oddělení, bavit se s personálem a vyvařovat pro všechny různé lahůdky (vaření je jediná zábava co má). Na tomto příkladu jsou jasně vidět naprosto nefunkční rodinné vztahy, způsobené na jednu stranu nemocí, ale na druhou také nezájmem o chlapce. Matka se zajímá jen zda dostal sirotčí důchod, když může tak mu pošle nějaké finance, ale psychický stav pacienta a jeho vztah ke škole ke vzdělání a další perspektivě poté co ukončí léčbu již neřeší. Stran financí, hoch neumí s penězi příliš nakládat, je schopen daný obnos velmi rychle utratit a pak opět žít z toho, že v nemocnici má stravu a čekat na další měsíc. Chlapec bohužel nemá ani zájem dodržovat nějaký program, který jsme pro něj společně s učitelkami ze školy při nemocnici a rehabilitačními pracovnicemi připravili. Vždy, když má něco dělat sám utíká do nemoci a obává se toho, že by mu bylo opět špatně, nebo se cítí nedobře již prvně.

Po konzultaci s právníkem jsme bohužel vyhodnotili jen pár možností pomoci stran sociální pro hocha a to invalidní důchod nebo částečné zbavení svéprávnosti na podkladě snížení inteligenčního kvocientu. S pomocí a zabezpečením od rodiny počítat nemůžeme.

Druhý pacient je 13letý chlapec, který se také léčí s akutní lymfoblastickou leukémií. Předchorobí a průběh léčby probíhali bez těžkých komplikací opět dle protokolární léčby. Zajímavá je rodinná anamnéza, vzhledem k tomu, že také u matky tohoto pacienta byl zjištěn ve stejnou dobu karcinom. Maminka chlapce trpí nádorem mozku.

Sociální situace této rodiny je naprosto odlišná od předchozího případu. Maminka je po celou dobu hospitalizována s hochem, pokud ji to zdravotní stav či nutná léčba nedovoluje, střídá se s babičkou chlapce. Bratr s tatínkem chodí na pravidelné návštěvy, mají o něj zájem, zajímavé je, že při tomto neštěstí, které je potkalo, se snaží na věci dívat optimisticky, upnuli se i na víru v boha, ke které na jihu Moravy, odkud pocházejí, byli vždy vedeni.

Otázka je, zda je pro chod rodiny vhodný postoj, kdy postavili nemocného hocha na první místo. Matka se sice léčí, ale prvotní je pro ni zdraví hocha, takže téměř neodpočívá, na vlastní onemocnění nemyslí a plánuje budoucnost také jen pro chlapce, který je pro ni vším. Zajímavé také je, že s chlapcem o svém onemocnění také nehovoří a přitom po něm chce, aby se soustředil na to, že má odpočívat, aby mu bylo lépe a uzdravil se. Myslíme, že i pro chlapce by bylo vhodnější, kdyby si o svých bolístkách popovídali, věděl by že v tom není sám a na druhou stranu vidí i to, jak léčba ovlivňuje ho i matku. Fyzický vzhled obou se po vysokých dávkách kortikosteroidů samozřejmě dosti změnil.

Poslední pacientkou je teprve roční romská holčička, která se léčí s leukémií od svých šesti měsíců. Holčička pochází z devíti sourozenců a díky tomu s ní nemůže být hospitalizovaná matka. Průběh léčby je také bez výrazných komplikací. Nyní nám ale velké starosti dělá budoucnost holčičky. Po zjištění sociální, finanční a hygienické situace, rodina bydlí ve velmi vybydlené místnosti s hliněnou podlahou, nepokládáme za vhodné dívenku na udržovací léčbu, která trvá další rok a standardně na ni pacienti docházejí ambulantně, propustit do domácí péče. Rodina o ni neprojevuje přílišný zájem, navštěvuje ji některý ze členů rodiny přibližně jedenkrát za dva měsíce. I když matka pobírá přídavky na dítě, do nemocnice ji dárky ani jiné potřeby pro kojence (pleny, mléko, vybavení do pokojíčku, oblečení) nenosí. Zajímavé je, že vzhledem k tomu, že dívenka jinou než nemocniční péči vlastně nezažila a sestřičky a sanitárky se o ni starají, berou ji na procházky, učí ji chodit, nosí ji oblečení a hračky po vlastních dětech, holčička je vlastně velmi šťastná a spokojená. Nepůsobí na ni nikterak stesk po mamince, tu nepoznává a v tomto případě je pro ni výhodou, že na ni vliv rodiny nedosahuje.

Závěrem bychom rádi akcentovali problematiku vztahu lékaře, speciálního pedagoga a rodiny. Myslíme, že komunikace mezi nimi není dostatečná. Speciální pedagogové působící ve škole při dětské klinice mají dostatečnou průpravu, jak po stránce lékařské propedeutiky, tak z pohledu práce s rodi-

nou pacienta, ale spousta lékařů si neuvědomuje nebo nechce uvědomovat komplexnost této problematiky, nezajímají se o sociální podmínky, nehovoří s pacienty o jejich pocitech, neví o tom jak věci prožívají. Děti mají možnost své potíže rozebírat s klinickým psychologem, který také pracuje na dětské klinice, ale co rodiče, nezaslouží si i oni zvýšenou péči? Rodiče jsou na oddělení bráni jako pomoc pro dítě a i pro zdravotnický personál, ale nebere se dostatečně v potaz lidský faktor, jak strašné to pro ně musí být, když je jejich dítě těžce nemocné, spoléhá na ně, nikdy nesmí dát najevo, že se bojí, že i oni se cítí špatně, jen aby psychicky dítě podpořily a lékaři tento fakt berou automaticky. Přitom i ostatní členové rodiny by si zasloužili péči a mělo by se jim vycházet vstříc. U nás na oddělení se o to snaží společnost Šance, což je nadace rodičů a přátel dětí co trpí nebo prodělali chronické hematologické onemocnění. Bohužel ne všude tato pomoc stran nadace je možná a myslíme, že by bylo vhodné lékařské vzdělání rozšířit i o sociálně- psychologickou sféru, kdy by lékař získal větší rozhled o prožívání pacientů i rodičů a také by byl schopen lépe řešit různá úskalí stran sociálních otázek a pomoci.

SURDOPEDIE

NESLYŠÍCÍ DÍTĚ VE SLYŠÍCÍ PĚSTOUNSKÉ RODINĚ

Mgr. Alice Dužíková Kramářová

SPC pro SP při MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené ve Valašském Meziříčí,
detašované pracoviště Frýdek-Místek, 8. pěšího pluku 1975

Shrnutí

Na svém pracovišti mám v péči tři pěstounské rodiny se sluchově postiženými dětmi, které mají v důsledku svých životních osudů ještě další zdravotní postižení a psychická traumata. Každá z těchto rodin se musela vyrovnat se spoustou obtíží, opustit svůj dosavadní životní styl, popřípadě i svou práci, své zájmy a záliby redukovat na minimum a veškerý čas věnovat těmto dětem a jejich trápení a problémům. Musejí podstupovat náročné anabáze po ordinacích odborných lékařů, zvládat problematiku nových diagnóz a terapeutické postupy při řešení problémů s výchovou těchto dětí, učí se pracovat s moderní technikou a hledat kontakty na organizace, které jim mohou pomoci.

Výchova SP dítěte v pěstounské péči je velmi náročná a odpovědná činnost. Vyžaduje obrovské úsilí, trpělivost a spolupráci pěstounské rodiny se spoustou odborníků. Jak se v praxi ukazuje, SP dítě v pěstounské péči nemá pouze sluchovou vadu, ale v drtivé většině případů se časem projeví i další diagnózy jako oční vada, ADHD, autismus, neurologické a psychiatrické diagnózy apod. Pěstounům velmi chybí dostatek odborných informací a pomoc úřadů.

Velkým problémem se ukazuje nutnost vzdělávání těchto dětí v školách pro sluchově postižené. Tyto školy jsou většinou velice vzdálené od místa bydliště SP dětí v pěstounské péči a tyto nemohou denně dojíždět. Pobyt v internátu znamená odloučení až odcizení od nové rodiny, pokud není dítě v pěstounské rodině pevně citově zakotveno. Pak může docházet k regresi psychických traumat a k jejich vystupňování do patologických projevů jako v případě již zmiňovaného chlapce. Rodina i dítě se dostává zpět na začátek, povinná školní docházka musí být řešena ne příliš vhodným způsobem – integrací s asistentem pedagoga se znalostí znakové řeči. A zde opět narážíme na problém – vhodné školy v místě bydliště mají své asistenty, kteří neznají ani základy znakové řeči a tudíž nejsou pro komunikaci těžce SP dítěte s pedagogem vybaveni.

Vzhledem k tomu, že zdravotní a psychický stav dítěte je důležitější než dosažené vzdělání, volíme tedy raději integraci s maximální péčí a pomocí SPC

pro SP, pěstounů a školských pracovníků a s využitím možností legislativních úprav vzdělávání.

Pěstounským rodinám velmi chybí společenské uznání jejich práce a dostatečná prezentace na veřejnosti. Práce s těmito dětmi je připravila o čas, některé přátele, koníčky, ale dala jim nové přátele, otevřela před nimi nové obzory, dala jim zažít i radost z úspěchu.

Přesto u těchto obětavých lidí cítím velkou lásku k těmto postiženým dětem, velkou obětavost a entuziasmus, se kterým se do pěstounské péče vrhají bez ohledu na překážky, které na ně čekají. Berou svou péči o tyto děti jako poslání a bojují za ně snad ještě víc než za své vlastní děti a za to jim patří dík celé naší společnosti.

Klíčová slova

Pěstounská rodina × sluchově postižené dítě, socializační proces × výchovné problémy, odloučení × odcizení.

Summary

At his workstation I care with three foster-family hearing handicapped children that have as a result of their living lives of 5.1. additional disability and „emotional traumata. Each of these families had to cope with difficulties, to leave their current lifestyle, where appropriate, their work, their interests and passions to reduce to a minimum and any time paid to such children and their sorrow and problems. Must undergo intensive anabáze after ordinacích of specialists, deal with the issue of new diagnosis and therapeutic procedures to resolve problems with the education sector, these children are taught how work with modern techniques and find contacts to the organizations that they they can help.

Education of the child in a foster-care sptm is very intensive and responsible business. Requires enormous effort, patience and foster cooperation families with lots of experts. How in the practice shows, SP child in foster-care not only auditory defect, but in most cases, drtivé over time affect other diagnosis as eye defect, ADHD, autismus, neurological and a psychiatric diagnosis, etc. A very missing enough professional Pěstounům information and assistance offices.

The big issue demonstrates the need for training of children in schools for the hearing. These schools are very remote from the place of residence of children in foster care, sptm, and these cannot daily people. Stay in internátu means detachment to stolen from new families, If the child in a foster-family firmly en-

shrined emotionally. Then may experience the regression of psychiatric suffered and to their escalation into pathological speeches as already referred to boys. Flowfamily I child gets back to the top, compulsory education should be dealt with not too in an appropriate manner – by integrating with an Assistant for the znalostí character speech. And here again the problem hallmarked by hate-best school in place residence have their assistants, who do not know, or speech and therefore basics character not for the child to communicate with one of the most heavily sptm installations.

Whereas that health and psychological status of the child It is more important than formal education, we therefore prefer integration with maximum care and using SPC for sptm, pěstounů and educational workers and with legislative amendments education.

Pěstounským families very missing public recognition of their work and adequate presentation to the public. Working with these children is prepare for some time, friends, hobbies, but gave them new friends, opened up new horizon before them, gave them a chance and joy of success.

However, these dedicated people I feel big love these affected children, large obětavost and enthusiasm with which to foster-care project, regardless of the obstacles that they are waiting. Their care of these children work as mission and perhaps even more for them than for its own children and they are even named the whole of our society.

Key words

Foster family × a hearing-impaired child, socialization process × educational issues troubles, separation × alienating, social interaction.

1 Úloha rodiny v životě sluchově postiženého dítěte

Nepřítomnost rodičovského vzoru (deprivace) znamená pro dítě vážný handicap.

Přibližně 1 % celkového počtu dětí v ČR nemůže z nějakého důvodu vyrůstat ve své vlastní biologické rodině. Většina z těchto dětí má alespoň část své biologické rodiny, která se z nejrůznějších důvodů nemůže, nechce, nebo neumí o ně postarat. Nikdy to však není vina dítěte. Jedním ze způsobů řešení této situace je systém náhradní rodinné péče – tedy forma péče o děti, kdy je dítěti zajištěna přechodná nebo dlouhodobá péče „náhradními rodiči" v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině.

Pěstounská péče je zvláštní forma náhradní péče v rodině nebo v prostředí, které rodinu připomíná. Určená je především dětem, které nemohou být osvojeny. Pěstoun není zákonným zástupcem dítěte, ani tímto nevzniká příbuzenský stav mezi dítětem a pěstouny. Pěstoun nemůže rozhodovat v důležitých životních záležitostech dítěte. Rozhodování o nejdůležitějších otázkách zůstává vyhrazeno pokrevním rodičům, pokud nejsou zbaveni rodičovských práv.

V případě, že je dítě umístěné v pěstounské péči, má právo na styk a kontakt s rodiči. Styk s rodiči může omezit a zakázat pouze soud. Vztah s biologickým rodičem má pro každého člověka zásadní význam. Každý člověk chce vědět odkud pochází, kdo byli jeho rodiče. Podpora bezpečného a pozitivního kontaktu dítěte s biologickou rodinou je pro dítě vždy zásadní kvůli vědomí vlastní identity.

„Rodiče jsou od nejútlejšího dětství základními vzory nejen pro celkový rozvoj dítěte, ale i pro rozvoj jeho sluchu a řeči."[1] Rodina musí dítěti poskytovat co nejvíce tvořivých a pozitivních zkušeností se zvukem a nasloucháním s hlavním cílem – podporovat komunikaci řečí, popřípadě znakovým jazykem.

Postižení sluchu dítěte je problémem pro celou rodinu a může změnit celý její životní styl – změna v tom, co rodina očekává i způsob komunikace mezi jednotlivými rodinnými příslušníky. Jen doma máme spoustu příležitostí opakovat v každodenních situacích stejná slova a věty, (znaky), kterým dítě může porozumět. Při stále se opakujících denních rituálech říkáme (ukazujeme) dítěti podobná slova (znaky) a dítě se jim učí rozumět.

„Sociální interakce je proces, v němž se individua vzájemně stimulují, reagují na sebe a rozvíjejí tak řetěz akcí a reakcí. Při interakci dochází k sociální komunikaci, tj. určité formě sdělování, která může probíhat jak mluvenou (nebo znakovou) řečí, tak prostřednictvím nevědomých výrazových pohybů, zobrazujících určité intence a tendence (řeč těla)."

Sluchově postižení patří z hlediska sociálních dovedností obecně k problémovým skupinám. Důsledky sluchové vady – komunikační problémy, výrazně snížený vliv mimovolného učení, sociální separace a ochranitelský přístup rodičů ovlivňují rozvoj sociální inteligence – tj. schopností chápat vztahy mezi lidmi a účinně je ovlivňovat."[2] Nedostatečný nebo opožděný vývoj řeči a absence přiměřeně kvalitního komunikačního systému těžce sluchově posti-

[1] HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením.*

[2] ŠEDIVÁ, Z. *Rozvíjení sociálních dovedností sluchově postižených 1, 2.*

žených dětí slyšících rodičů vede k omezení interakcí a tím i možnosti získat informace týkající se fungování vlastní rodiny a okolního světa.

Pobyt v internátu představuje obecně odloučení od rodiny, omezení v rozvoji sociální inteligence. Ještě výrazněji se tato sociální separace projevuje u těžce sluchově postižených dětí umístěných v dětských domovech.

Komunikovat znamená mimo jiné sdílet společné city, potřeby, touhy i vědomosti o světě a prostředí, jež nás obklopuje. Ve slyšících rodinách bývá toto „sdílení" u neslyšícího dítěte často narušeno. Slyšící rodiče neumí neslyšícímu dítěti sdělovat zkušenosti a zážitky ze světa, ve kterém společně žijí.

2 Kazuistika – anamnéza dítěte

Chlapec narozen 30. 9. 1998. Ve vlastní rodině s matkou žil do svých 4,5 let, poté byl na základě oznámení o podezření na týrání z rodiny odebrán a to přímo ze školy a předán do péče DD v Ostravě Hrabové. Od tří let byl vřazen do Speciální školy a zařízení pro sluchově postižené, kde byl také od tří let umístěn v internátu. Po roce pobytu v DD byl nabídnut Fondem ohrožených dětí na žádost jeho babičky do péče pěstounské rodiny, která jej přijala a pečuje o něj dodnes.

Chlapec má dg. DMO, oční vada, těžká sluchová vada. Měl sluchadla, nemluvil, opakoval vokály, částečně používal znakovou řeč – pouze malá zásoba základních znaků. V rodině se zpočátku choval jako divoké kotě – zmatený, agresivní reakce na kontakt, ubližoval malému „sourozenci", škrtil jej, v noci měl noční běsy, tloukl hlavou o polštář. Po zhruba ročním pobytu v rodině pěstounů se celkově zklidnil, získal pozitivní vztah k členům rodiny, zbavil se nočních běsů. Začal se učit, zlepšila se komunikace.

Anamnéza pěstounské rodiny

Pěstounka byla na POB s dvouletým chlapcem v poručenské péči, pěstoun byl zaměstnán v dělnické profesi a do práce dojížděl. Bydlí v rodinném domku u Opavy, spolu s babičkou. Rodina měla tři vlastní děti, postupně po odchodu nejstarší dcery (založila si vlastní rodinu) si vzala do poručenské péče jednoho zdravotně postiženého chlapce z kojeneckého ústavu, po odchodu druhé dcery si požádali o další dítě do pěstounské péče a Fond ohrožených dětí jim nabídl tohoto chlapce. Po seznámení se s jeho anamnézou a zdravotním stavem rodina chlapce přijala do hostitelské péče a začala vyřizovat pěstounskou péči. Ta byla soudem stanovena v době, kdy již chlapci bylo 6 let.

3 Začlenění dítěte do pěstounské rodiny

Dítěti je vybírána rodina, která je dokáže přijmout se všemi jeho nedostatky a problémy.

Je důležité, aby pěstouni uměli porozumět jeho potřebám a byli na ně připraveni. Příchod takového dítěte do nové rodiny je závažným zásahem do života všech zúčastněných. Proto je zákonem zajištěna nezbytná doba nejméně tří měsíců – tzv. předpěstounská péče k adaptaci dítěte a žadatelů na novou situaci.

Pěstounská péče je zvláštní forma vytvoření nové rodiny. Zpočátku se výrazně změní chod a rytmus domácnosti, finanční situace a způsob využívání osobního volna. Dítě odchází z prostředí a od lidí, na které bylo dosud fixováno, musí se oprostit od některých denních návyků a zaběhlých způsobů chování. Občas může být i agresivní vůči jiným dětem a svému okolí obecně. Tímto svým chováním vyjadřuje strach – o sebe, z toho, co bude dál, o pozornost a lásku pěstounů. Od počátku je nutné s dítětem komunikovat, jasně a pečlivě vymezit určitá pravidla chování. Dítě potřebuje hodně času, trpělivosti a laskavé zacházení.

Zmiňovaná pěstounská rodina již měla v poručenské péči jedno dvouleté dítě a bydlel s nimi ještě nejmladší syn, v té době patnáctiletý. Po provdání druhé dcery požádali o další dítě do pěstounské péče a byl jim nabídnut tento chlapec s tím, že bude péče o něj velmi náročná. Rodina se s chlapcem seznámila a souhlasila.

Do rodiny přišel v 5,5 letech, nejprve na hostitelskou péči. Jedná se o péči, kdy jednotlivec nebo pár udržuje kontakt s dítětem, které vyrůstá v dětském domově. Dítě rodinu navštěvuje a tráví s ní čas v době víkendů a prázdnin. Nevzniká mezi nimi žádný právní vztah. Tato péče byla soudním řízením po 4 měsících změněna na předpěstounskou péči a po dalších 3 měsících na pěstounskou péči. V té době měl již chlapec 6 let. Jeho začlenění do rodiny probíhalo velmi bolestně – byl velmi nedůvěřivý, bázlivý a v úzkosti agresivní. V noci měl divoké sny. Bylo velmi těžké vozit jej do internátní školy pro SP děti – měl strach, že jej tam již nechají. Nevěřil nikomu a ničemu. Krátce po jeho příchodu do rodiny se auto, kterým jezdili do školy porouchalo a na opravu rodina finančně nestačila. Chlapec musel zůstat doma a začala se řešit otázka jeho vřazení do MŠ v místě bydliště. Toto bylo uskutečněno, ale chlapec nebyl SPC pro SP individuálně integrován vzhledem k nemožnosti pravidelné odborné péče. Pěstounská rodina tedy požádala o pomoc naše

SPC pro SP, které jim vyhovělo a vytvořilo podmínky pro integraci. Chlapec tak mohl nadále bydlet v rodině a docházet do MŠ v místě bydliště. V MŠ měl asistentku pedagoga a celou výuku metodicky řídila pracovnice SPC pro SP, která do MŠ dojížděla 1x měsíčně a 1x měsíčně dojížděli pěstouni s chlapcem do našeho SPC. Logopedická péče byla zajištěna klinickou logopedkou v místě bydliště, která spolupracovala s naším SPC. Rodina byla v pravidelném, velmi častém kontaktu s SPC, pracovnice je navštěvovala i doma, poskytla jim metodické materiály o problematice práce se SP dítětem, konzultovali aktuální problémy a společně hledali řešení ve spolupráci s mateřskou školou.

Zhruba po roce pobytu chlapce v rodině došlo k postupnému zklidnění, ustoupily agresivní projevy, chlapec začal mít pocit jistoty v rodině, objevují se pozitivní reakce na členy rodiny a také výrazné pokroky v komunikaci a sociální interakci.

4 Práce SPC pro SP s pěstounskou rodinou a SP dítětem

V době, kdy začala spolupráce našeho SPC pro SP s rodinou a chlapcem, byl již v rodině velmi dobře adaptován a připraven na spolupráci s pěstouny i učitelkou. Zpočátku bylo nutné stanovit priority – vřazení do mateřské školy v místě bydliště, integrace, zajištění asistentky pedagoga a metodické vedení pedagogů v MŠ, současně s tím metodické vedení pěstounů – seznámení s problematikou těžce sluchově postiženého dítěte, výuka základů znakové řeči pro počáteční komunikaci a jako podklad pro vytvoření základní slovní zásoby. Chlapec k pěstounům velmi silně citově přilnul, také k novému „sourozenci". Pěstouni ihned po přijetí chlapce do své péče začali zajišťovat odborná vyšetření a shánět peníze na nová výkonná digitální sluchadla. Toto se jim ve spolupráci s foniatrem podařilo a odměnou byla velmi pozitivní reakce chlapce na nové sluchové vjemy. Sluchová percepce se výrazně zlepšila, reakci na zvuky foniatr hodnotil jako velmi dobrou. Rovněž psychiatrická ambulance udává po roce pěstounské péče výrazný pokrok především v harmonizaci psychického vývoje a varuje před umístěním na internát v příštím školním roce z důvodu nebezpečí regresu. Má doporučen odklad školní docházky.

K mladšímu nevl. sourozenci má nyní velmi tolerantní přístup. Projevuje zájem o obrázky a knihy, agresivita je zcela upravená, od adaptace v domácím prostředí pěstounů výrazné zlepšení IQ.

Pěstouni pravidelně konzultují s pracovnicí SPC pro SP, dostávají pro domácí cvičení pracovní listy a návody pro průpravná sluchová a zraková

cvičení, grafomotoriku a rozvoj slovní a znakové zásoby. Při každé další kontrole u foniatra chlapec vykazuje nové pokroky v komunikaci a sluchové percepci. Po nástupu do mateřské školy bylo nutné sestavit pevný denní režim chlapce, práce v MŠ byla doplněna pravidelnou domácí výukou logopedickou a surdopedickou a prací s PC programy, které pěstouni chlapci pořídili. Logopedickou péči zajišťoval v místě bydliště klinický logoped ve spolupráci s pracovnicí SPC pro SP.

Při nástupu do MŠ byl chlapec již dobrým uživatelem digitálních sluchadel. Snažil se o totální komunikaci, odezíral, znakoval a pokoušel se o orální komunikaci. Vyslovoval jednoduchá slova, čistě vyslovil vokály, některé slabiky, postupně si rozšiřoval pasivní i aktivní slovní zásobu. Dobře spolupracoval, měl radost z úspěchu. V chování převládaly kladné emoční postoje, byl klidný, milý, vstřícný, zvídavý. Měl velmi silnou vazbu na pěstounskou rodinu. I v cizím prostředí rychle dokázal navázat kontakt – projevoval velkou potřebu kontaktů.

Spolupráce pěstounské rodiny s pracovnicí SPC pro SP je velmi dobrá, vytvořily se mezi nimi přátelské vazby. Každý problém, který nastane ve výchově či vzdělávacím procesu rodina ihned konzultuje s pracovnicí SPC a společně hledají nejschůdnější řešení. SPC pro SP pořádá pravidelná setkání rodičů a jejich SP dětí.

5 Integrace SP dítěte v MŠ

Před nástupem chlapce do MŠ v místě bydliště bylo nutné integraci připravit. Znamenalo to konzultace s ředitelkou MŠ, seznámení s problematikou tohoto SP chlapce, s jeho anamnézou, speciálními potřebami a s důvody, proč nemůže navštěvovat MŠ pro SP děti s internátem. Tato škola je velmi vzdálena od místa bydliště a denní dojíždění je zcela vyloučeno. Pobyt chlapce v internátu by mohl naprosto zpřetrhat zatím velice křehké vztahy v pěstounské rodině. Pobyt v kolektivu MŠ by měl chlapce motivovat k preferenci orální komunikace, dát mu možnost sledovat vzorce chování dětí v kolektivu, posilovat pozitivní charakterové vlastnosti a korigovat negativní – tedy rozvoj sociální interakce.

Ještě před prázdninami pedagožky MŠ obdržely od pracovnice SPC pro SP metodický materiál jak pracovat se SP dítětem, společně zpracovaly pro chlapce IVP a připravily materiál pro individuální výuku. Také asistentka pedagoga byla s pěstouny na návštěvě SPC pro SP, kde byla seznámena s pro-

blematikou SP chlapce, prohlédla si vybavení SPC, pomůcky pro individuální cvičení, byla jí zapůjčena odborná literatura a obrázková skripta základů znakované češtiny. Byla poučena o vedení dokumentace o práci s chlapcem, kterou pak předkládala pracovnici SPC jako podklad pro pravidelné konzultace. Na základě speciálně pedagogické diagnostiky chlapce byl vydán odborný posudek a doporučení k integraci do MŠ. V průběhu prázdnin se pedagožky MŠ i asistentka mohly připravovat na výuku chlapce. Po prázdninách pak nastoupil do MŠ na dopolední pobyt. Souběžně nadále probíhala logopedická péče klinického logopeda. Pracovnice SPC pro SP pravidelně jednou měsíčně navštěvovala MŠ, konzultovala pracovní postupy a individuální speciální cvičení s chlapcem. S pěstouny byla v pravidelném přímém i telefonickém kontaktu. Roční OŠD v mateřské škole chlapec i přes drobné problémy, způsobené častou nemocností, zvládl velmi dobře.

6 Příprava rodiny i dítěte na vstup do ZŠ pro SP a vzdělávání v ZŠ pro SP

I přes značné úspěchy, které chlapec zaznamenal v průběhu roční docházky do mateřské školy bylo jasné, že nebude schopen zvládat podmínky běžné základní školy z důvodu nedostatečné orální komunikace a velmi chudé slovní zásoby. Bylo nutné rodinu i chlapce připravit na vstup do základní školy pro SP děti a tedy i na pobyt v internátu. Chlapec byl v pěstounské rodině poměrně dobře adaptován, v dětském kolektivu byl velmi rád a seznamování s novými dětmi i dospělými osobami mu nedělalo žádné potíže. Chlapec byl vyšetřen psychologem pro posouzení školní zralosti po OŠD. Psycholog doporučil vřazení chlapce do internátní základní školy pro SP. S chlapcem pěstouni denně hovořili a vysvětlovali mu kam po prázdninách půjde a proč. Ještě před prázdninami pěstouni s chlapcem navštívili školu na diagnostický pobyt – tzn. že ve škole byli ubytováni v pokoji pro matku s dítětem a v průběhu dne navštívili první třídu, chlapec se seznámil s prostředím školy, internátu, s dětmi i pedagožkou, která jej měla učit. Ve škole se mu líbilo a měl představu, kam po prázdninách půjde. Rovněž pěstouni získali představu o tom, kam jejich svěřenec po prázdninách nastoupí, seznámili se s ředitelem školy a dalšími pedagogy.

Vedení školy pěstounům nabídlo, že mohou kdykoli navštívit chlapce ve škole i ve třídě. Rovněž měli možnost telefonických konzultací a hovorů s chlapcem. Vedení školy rovněž zajistilo dopravu chlapce do školy – již několik let funguje svoz dětí ze vzdálenějších měst a obcí do školy v pondělí

a zpět v pátek. Hned od začátku školního roku si chlapec vedl velmi dobře, patřil k lepším žákům. Velmi dobře zvládal i pobyt na internátu. Problémy začaly ve třetí třídě a byly to problémy výchovné – začal se velmi horšit, vychovatelé si stěžovali na poměrně značné poruchy chování, začaly se objevovat projevy agresivity ke spolužákům, chlapec se snažil poutat pozornost negativními projevy, následovala masturbace na internátu vystupňovaná až k obtěžování spolužáků. Žádné výchovné zásahy vychovatelů neměly žádoucí efekt, nic jej nedokázalo zastavit. Situace začala být v internátu neúnosná a po dohodě s pěstouny byl chlapec poslán k odbornému vyšetření a následně na diagnostický pobyt v psychiatrické léčebně. Závěr vyšetření zní: „vzhledem k výrazné emoční deprivaci nedoporučuji dlouhodobý pobyt mimo pěstounskou rodinu." Dále dle lékařské zprávy používal sexualizované chování k uvolňování napětí a zvládání deprivace při odloučení od rodiny. Od října 2009 tedy chlapec ukončil docházku do ZŠ pro SP a byl integrován do základní školy běžného typu v místě bydliště s asistentem pedagoga a s IVP. Integrace byla opět předem připravena, proběhla konzultace s ředitelkou školy, byla jí nabídnuta asistence se znalostí znakové řeči, ale toto ředitelka odmítla s vysvětlením, že mají své asistenty a že to zvládnou bez problémů. Bohužel již v této chvíli mám zprávy od pěstounky, že v příštím školním roce bude muset opět chlapec změnit školu z organizačních důvodů školy stávající. V životě už to tak bývá, že největší smůlu mají ti nejpotřebnější. V září tedy chlapec pravděpodobně nastoupí do základní školy, kam chodí i jeho nevl. bratr. Již v únoru začneme připravovat integraci do této školy a snad to již bude ta definitivně správná volba.

7 Pozitiva a negativa výchovy SP dítěte v pěstounské rodině

Pozitiva výchovy SP dítěte v pěstounské rodině jsou zcela zřejmá – těžce sluchově postižené dítě se bez své rodiny ocitá v úplné sociální separaci, není schopno komunikovat ani s dospělými ani s vrstevníky, jeho marné pokusy o komunikaci vzbuzují posměch a vrhají jej do ještě hlubší izolace a osamění. Pěstounská rodina s láskou a pochopením, které mu je ochotna dát je pro ně vysvobozením z utrpení. Pro těžce sluchově postižené děti nebo děti neslyšící je pěstounská rodina (když už nemají svou biologickou rodinu) v každém směru nejlepší volbou.

Přesto i pěstounská rodina, přese všechnu svou lásku a snahu může zažít neúspěch ve svém snažení a to hned z několika důvodů:

- Nepřiměřeně vysoké nároky na dítě – rodina má přehnané ambice, snaží se předvést světu zázraky, klade na dítě větší nároky, než jaké může splnit i přes maximální úsilí, dítě nezažívá pocit úspěchu, je stále káráno, stále něco nezvládá, pěstouni jsou permanentně nespokojeni. Nakonec jeho úsilí kolabuje, ztrácí zájem. Protestuje tak, jak to umí, tedy vzdorem, pasivitou nebo naopak agresivitou a aktivním odporem.
- Nerespektování osobnostních zvláštností dítěte – každé dítě je originál a ty děti bez funkční vlastní rodiny si nesou do pěstounské rodiny ještě něco navíc – trpkou zkušenost s dospělými lidmi a nedůvěru. Nejprve si musíme získat jejich důvěru a teprve pak můžeme začít po částech organizovat jejich nový život. Neustále však musíme mít na paměti, kdo jsou, čím prošli a co pro ně chceme udělat, nikoli pro sebe a svou prestiž.
- Genová výbava dítěte – výchova může různé tendence v chování usměrnit, potlačit, ale nikdy je nevymaže a v zátěžových situacích nebo při nějakém jiném spouštěcím momentu vyplavou opět na povrch a projeví se v plné síle.
- Nedostatečná komunikace s dítětem – dítě si potřebuje povídat a sluchově postižené nebo neslyšící dítě nemá moc příležitostí ke komunikaci ve svém slyšícím a mluvícím okolí. O to více potřebuje komunikovat jakýmkoli způsobem s pěstouny, nacházet odpovědi na své otázky, svěřit se se svými problémy, nemít pocit, že jsem navíc, že překážím. Nedostatečná komunikace může vést k velkým nedorozuměním a následně k velkým křivdám, které se těžce napravují a které sluchově postižené děti nesou zvláště těžce.
- Přísné tresty – mnohem více účinné jsou rozumné domluvy a dohody s dítětem, které se provinilo než přísné tresty. Dítě je většinou samo nešťastné, že nás zklamalo a trest jeho rozpoložení ještě zhorší a nic je nenaučí, často ani nechápe, proč se zlobíme.
- Opakem přísných trestů je liberální výchova až naprostá volnost bez povinností a odpovědnosti dítěte za své povinnosti. Pokud nemá žádné povinnosti, nic od něj nevyžadujeme, nudí se, nezvládá péči samo o sebe ani o své věci, spoléhá se na to, že za ně vše uděláme. Požadavky na něj kladené pak prožívá jako velkou křivdu a snaží se jim vyhnout.
- „Ochranitelský výchovný styl pěstounů– litování a nadměrné ochraňování dítěte s cílem vynahradit mu potíže vznikající na základě vady. Dítě se tak neučí zvládat situace, které by vzhledem k věku už mohlo řešit samo.

Nezískává dostatečnou míru autonomie, je maximálně závislé na rodině. Výsledkem bývá pocit nekompetentnosti, obava a vyhýbání se sociálním vztahům i samostatnému řešení sociálních situací, a tím i získávání adekvátních zkušeností."[3]

8 Závěr – zkušenosti pěstounské rodiny s výchovou SP dítěte

Vyjádření pěstounky

Přijetí postiženého dítěte je vždycky šok – je něco jiného si poslechnout teorii, ale praxe je naprosto odlišná. Nikdy nejsi dost připravená na to, co přijde, z jedné nebo dvou diagnóz je jich nakonec víc. To se zjistí až když s dítětem žijete v rodině. Oční vady jsme si všimli až po pár měsících – odmítal chodit sám po schodech, v cizím prostředí jít na toaletu, nebyl schopen si uložit věci do skříně poté, co mu bylo změněno místo pro trička, kalhoty aj. Nedokázali jsme to uchopit, pojmenovat, netušili jsme, co se děje, až konečně byly diagnostikovány rysy atypického autismu. Najednou je jasné, že to není vzdor, nebo nechuť, ale je to něco, za co dítě nemůže.

Máme v poručenské péči ještě jedno těžce postižené dítě a museli jsme navštěvovat spoustu lékařů s oběma chlapci. V té době nám citelně chyběl někdo, kdo by pomohl, byli jsme na to sami. Při přijetí nám chyběla psychologická péče, možnost kontaktovat se s odborníky, kteří by nás vyslechli a pomohli nám najít řešení pro negativní chování chlapce.

Pěstoun se bojí ventilovat problémy před sociální pracovnicí náhradní rodinné péče (zkušenosti více pěstounů), sociální pracovnice nenabízejí pomoc, slouží jen jako dohled, a to je málo. Vadí nám, že je nám předhazováno, že to nejsou naše děti, ale že jsou státní. Myslíme si, že pokud to budeme psychicky i fyzicky zvládat, tak zůstanou u nás, zajímáme se, jaké jsou možnosti na umístění kluků až už nebudeme moct, rozhodně je nebereme jako státní děti.

Náš život se po přijetí těchto těžce postižených dětí naprosto změnil. Nemůžeme vykonávat aktivity, na které jsme byli zvyklí, musíme se přizpůsobovat našim dětem. Ztratili jsme některé známé, ale získali jsme spoustu nových. Doba, kdy jsme byli osamoceni se svými problémy, nemožnost je s někým sdílet, byla velice těžká, proto si teď velice vážíme toho, že máme kolem sebe lidi, kteří nás berou.

---

[3] ŠEDIVÁ, Z. *Rozvíjení sociálních dovedností sluchově postižených 1.*

Mám v péči SPC pro SP celkem čtyři děti v pěstounské péči a zkušenosti těchto pěstounských rodin jsou velice podobné, někdy totožné. Za všechny ještě jedno vyjádření pěstounky o zkušenostech s výchovou SP dítěte:

Haničku jsme si vybrali tak trochu sami. Přišla hubená nemluvící rómská dívenka, 5,5 let. V dětském domově nám dali do ruky sluchadla, která dcerka nechtěla vůbec dát do uší, strašně pískala při každém jejím pohybu, po nasazení čepice se musely ihned vypnout a projel-li kolem nákladňák nebo zaštěkal u plotu vlčák, chytla se za uši a naříkala. Hanička poznávala nové věci, začalo seznamování s rodinou, mnohdy jsem byla zaskočena jejich reakcí, připadalo jim její chování jako by byla zvířátko, reagovala pudově, jak jí život naučil. Ve své původní rodině byla týraná, hrubě zanedbávaná – následkem toho došlo vlivem neléčených zánětů k těžké ztrátě sluchu a poškození zdraví a imunity,citové deprivaci.

Hanička začala v naší rodině okamžitě prospívat a citově k nám velmi přilnula, všude si nás hlídala.

V první řadě jsme se zaměřili na celková vyšetření jejího zdravotního stavu a bylo nám jasné že se sluchadly není něco v pořádku. Trvalo rok a vybojovali jsme digitální sluchadla, pojišťovna nechtěla přispět, jelikož nárok je jen jednou za pět let. Blížil se nástup do školy -bylo potřeba pořídit vysílačku pro zesílení zvuku do sluchadel pro komunikaci s učiteli s vysokým doplatkem. Bylo to velmi finančně náročné. Nejen technika, ale neustálé objíždění specialistů na různé diagnozy, dále rehabilitace páteře a zrakové rehabilitace, drahé léky na imunitu a záněty s doplatky i 2 000 Kč měsíčně. Začala intenzivní logopedie pod vedením SPC pro SP. Hanička byla na tom špatně nejen se sluchem ale celkově. Objevovaly se neustále záněty uší, těžké angíny s hospitalizacemi, bronchitídy špatně léčitelné, záněty močových cest a dokonce gynekologické, prodělala slepé střevo a odebrali jí mandle. V té době nám posudková komise neuznala její postižení jako těžká „jen dlouhodobě nemocná“. Nemohla jsem s ní zůstat doma. Byla tak opožděná za stejně starými dětmi jak v řeči, tak myšlení, sociální úroveň přes všechny pokroky

byla stále nedostatečná, byla na nás zcela závislá ve všem. Prožívala často noční děsy, muselo se stále svítit aby se nebála a bezdůvodně často zažívala úzkosti a pláč. Těžké bylo zajistit péči o Haničku v době jejich častých nemocí a dlouhodobých uzdravování. Nakonec jsem požádala o zkrácení úvazku, což nám velmi ulevilo, i když finančně samozřejmě to bylo horší.

Po novele sociálního zákona jsem si zkusila podat žádost o změnu zdravotního stavu. Nebylo přihlédnuto k jiným diagnozám a sluch se měřil ne podle ztráty na obou uších průměr 95 % ale podle výkonu nejvýkonnějších sluchadel a opět naši žádost zamítli. Nakonec vše dobře dopadlo – najednou nám sami přisoudili stupeň II. zdravotně postižená. U dítěte postiženého II. stupněm závislosti na dospělé osobě lze nově o dítě pečovat doma a započítává se tato doba jako práce.Požádala jsem tedy vloni o výpověď dohodou a mohla jsem se naplno věnovat Haničce. Vloni Hanička ohluchla náhle ze dne na den na l ucho už zcela na 100 %, na druhém zůstal zbytek 95 %.

Dcerka je vzdělávána pomocí individuálního plánu v běžné základní škole, má upraveny osnovy a přidělenou asistentku pedagoga na všechny předměty.

Víme, že na speciální škole by měla ještě lepší podmínky, ale za cenu ztráty domova a sociálních vazeb se svými vrstevníky. Bylo těžké navázat pro ni vztahy s dětmi, jak pro sluchové postižení, tak z důvodu toho že je jediná romka na škole, ale i s tím si už poradila. Musím konstatovat, že za těch 9 let jsme se obklopili mnoha skvělými lidmi, kteří nám fandí a pomáhají a to jak ve vzdělávání – SPC pro SP, přístup p.ředitele a učitelů školy kam dcerka dochází, celý tým lékařů a odborných specialistů ke kterým chodíme atd.

Nyní se navíc přidaly problémy související s pubertou, objevila se agresivita, výbušnost bez viditelného důvodu, hysterie, pak urážení a vzdor. Před měsícem se vrátila z psychiatrické léčebny a pobyt byl velmi prospěšný. Pokrok který u Haničky začal opravdu skokově už nyní v pubertě nestačí. Svět je pro ni těžko uchopitelný a příliš vzdálený aby v něm mohla fungovat a prohlubuje se sociální a citová plochost. Zodpovědnost se u ní nedá čekat, neporadí si s problémy, je pak zmatená když je něco jinak. Vyžaduje dohled a stálé usměrňování. Rychle se nechá přesvědčit k něčemu špatnému. Nechá-li se jí volnost tak si s ní neví rady a špatně vyhodnotí situaci a dojde k problémům. Orientovat se v prostoru a čase bez pomoci nezvládne. Problémy s pamětí ji ztěžují studium ve škole, nemůže navázat logicky na probíranou látku. Porucha soustředění zase omezuje schopnost pracovat na větší výkon, což je u sluchového postižení již tak těžké. Už několik let řešíme časté krádeže, ač

má kapesné a nemá nedostatek. Přes všechny problémy obdivuji Haničku čím vším prošla a co už dokázala. Velmi nám pomohlo kontaktovat se s ostatními pěstouny a předávat si zkušenosti. Co by ještě bylo dobré změnit je zdá se myšlení společnosti v pohledu na pěstouny. Přijmout dítě opuštěné, nechtěné, týrané, zanedbané či postižené to se moc zatím u nás neděje a „nenosí". Velmi by jistě pomohlo seznámit společnost právě s touto těžkou prací vychovávat právě takové děti které by jinak byly neuplatnitelné, ztracené a nepoznaly by lásku a teplo domova.

Referenční seznam

Bubleová, V.: Rodina – O dětech i rodičích, Systém náhradní rodinné péče, 14. 2. 2000.

Holmanová, J.: Raná péče o dítě se sluchovým postižením, Septima, Praha 2002.

Hronová, A., Motejzíková, J.: Raná komunikace mezi matkou a dítětem, FRPSP, Praha 2002.

Pěstouni uváděných dětí – záznam jejich výpovědí, foto.

Poul, J.: Dítě s vadou sluchu, Gong, 1992.

Šedivá, Z.: Rozvíjení sociálních dovedností sluchově postižených 1, Septima, Praha 1997.

Šedivá, Z.: Rozvíjení sociálních dovedností sluchově postižených 2, Septima, Praha 1998.

Zákon o rodině č. 50/1973 Sb. a z. č. 132/1982 Sb.

Kontaktní adresa
Mgr. Alice Dužíková Kramářová
K. H. Máchy 1617
738 02 Frýdek-Místek

PORADENSKÁ PRÁCA S RODINOU A DEŤMI O SLUCHOVÝM POSTIHNUTÍM

Counselling in Work for and Family and their hearing children

Mgr. Klaudia Guštafíková, Klaudia Guštafíková, Master

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave,
Katedra špeciálnej pedagogiky;
Faculty of Education, Comenius University Bratislava,
Department of Special Needs Edu

Kľúčové slová

Poradenská intervencia, nepočujúci rodičia, počujúci rodičia, komunikácia, posunkový jazyk.

Key words

Counselling intervention, deaf parents, hearing parents, communication, sign language.

***Rodina** je miestom lásky a života; miestom, kde láska rodí život.*
Ján Pavol II.

Rodina sa chápe za najstaršie základné spoločenstvo. Rodina prechádza neustálymi zmenami. Tlak moderného a spoločenského života uvádza rodinu do čo raz ťažšej situácii. Nepriaznivý hospodársky vývoj, ktorý nepriaznivo vplýva na rodinu, na jej početnosť a situáciu rodičov, môžeme pozorovať aj zmeny hodnôt, znehodnotenie pojmu povinnosti a spoločenskej zodpovednosti a čoraz častejšie vyhľadávanie osobnej slobody a sebauspokojovania.

Rodina je, bola a dúfam aj ostane základnou bunkou spoločnosti a ako taká **predchádza štátu a spoločnosti.** Z toho vyplýva právo a povinnosť ochrany a podpory rodiny ako základnej jednotky spoločnosti zo strany štátu. **Rodina** stojí na nerozlučiteľnom manželstve medzi mužom a ženou, ktorí doň vstupujú, aby sa v ňom delili o život a lásku. Z tejto jednoty pochádzajú deti prirodzene počaté alebo adoptované. Právo a povinnosť rodičov počať ľudský život zahŕňa právo a povinnosť deti vychovávať. Ak im to však situácia a ich schopnosti dovoľujú.

Z takéhoto pohľadu na rodinu vyplýva, že povinnosťou štátu je ochraňovať manželstvo a rodinu v ich prospech a subsidiárnym spôsobom.

Štát si nesmie uzurpovať právo a povinnosť rodičov, ktorí sú prvými a hlavnými vychovávateľmi svojich detí, ale musí im pomôcť tým, že im ponúkne primeraný výchovný systém, ktorý bude rešpektovať rozhodnutia, hodnoty a autoritu rodičov takým spôsobom, aby si mohli skutočne vybrať také výchovné inštitúcie – verejné, súkromné, alebo domáce – ktoré podľa nich najlepšie zodpovedajú ich morálnym a náboženským princípom. Znamená to, že v prípade súkromných a verejných škôl majú rodičia právo a povinnosť kontrolovať a garantovať, že ich hodnoty sú rešpektované.

Podľa Tamášovej „Rodina ako hlavný výchovný činiteľ v každom veku, rozhodujúcou mierou ovplyvňuje základné formovanie osobnosti človeka." (Tamášová, 2006, s. 7) Súhlasíme s tvrdením, že: „Človek sa naučí zvyklosti, pravidlá a vonkajšie očakávania svojej kultúry z veľkej časti v prvom socializačnom zväzku, v rodine." (Bagdy, E. 1982, s. 13)

Rodina ako primárna socializačná skupina, je významným socializačným a výchovným činiteľom a je najčastejšie charakterizovaná týmito znakmi:

- rodina je spoločensky schválenou formou stáleho spolužitia,
- rodina sa skladá z osôb navzájom spojených zväzkami krvi, manželstvom alebo adopcie,
- členovia rodiny bývajú obyčajne pod jednou strechou, členovia rodiny spolupracujú medzi sebou v rámci spoločensky uznávanej deľby úloh, pričom jednou z najdôležitejších je výchova a výživa detí (Tamášová, 2006, s. 11).

V súčasnej dobe je mnoho odlišných názorov na to, čo tvorí podstatu rodiny a existuje široká tolerancia rozličných foriem rodinného súžitia, ako je: nemanželské spolužitie, osamelé rodičovstvo, homosexuálne partnerstvo, rodina s jedným rodičom, život v komúnach, život bez manželského partnera a pod. Prudké štrukturálne zmeny v rodine boli spôsobené množstvom pozitívnych, či negatívnych faktorov (Tamášová, 2006).

Medzi ne zahŕňame:

- klesajúci vplyv cirkvi a „tradičných" náboženstiev,
- vzrastajúci individualizmus,
- zmenu postojov, čo sa týka manželstva a jeho zväzku,
- následky rozvodu,
- liberalizmus v sexuálnych a morálnych hodnotách a postojoch,

- širokú dostupnosť spoľahlivej antikoncepcie a potratov,
- zmenu v postavení žien ekonomické trendy v ženskej a mužskej zamestnanosti,
- zvýšenú mobilitu a rozpad života v komunitách (Tamášová, 2006).

Tradičná rodina v Európskej únii všeobecne (podľa prieskumov) vyzerá nasledovne: otec ako živiteľ rodiny a matka, ktorá ostáva doma, aby sa starala o deti a domácnosť. V mnohých prípadoch však ženy pracujú takisto ako ich manželia, pritom nie sú rovnako finančne ohodnotené. Po návrate z práce ich čakajú domáce práce, ktoré sú nerovnomerne rozdelené medzi členmi domácnosti (Tamášová, 2006, s. 37).

Narodenie dieťaťa so sluchovým postihnutím predstavuje pre rodinu novú situáciu. Rodina je postavená pred novú pre nich neznámu situáciu. Pre rodinu sa dieťa so sluchovým postihnutím stáva fyzickou, ekonomickou aj sociálnou záťažou, no najmä psychickým stresom. Preto takáto rodina vyžaduje zo strany štátu oporu a podporu – systém služieb, ktorý bude otvorený a prístupný pre každú rodinu bez ohľadu na ich náboženskú orientáciu, či vlastné finančné zabezpečenie.

Hlavné inštitúcie, ktoré by sa mali primárne podieľať na zabezpečení komplexnej starostlivosti o rodinu so sluchovým postihnutím sú predovšetkým zdravotníctvo, školstvo a sociálna starostlivosť. Tieto inštitúcie sú teda spoluzodpovedné za úroveň poskytovania služieb.

V rodinách, kde vychovávajú dieťa so sluchovým postihnutím, žijú životy, ktoré sa v niektorých prípadoch líšia od života rodín s deťmi, ktoré počujú. Neznamená to však, že ich život je menejhodnotný. Ak sme schopní prijať a chápať hluchotu ako odlišnosť, nie ako chybu, tak potom zistíme, že práve takéto pochopenie nám pomôže nájsť potešenie a radosť z výchovy dieťaťa so sluchovým postihnutím. Je pravda, že niektoré radosti pri výchove detí sú rovnaké a niektoré sú „vlastné," len rodinám, kde vyrastá dieťa so sluchovým postihnutím. Veľmi dobre vieme, že najväčším problémom nie je samotná hluchota, strata sluchu, ale problém je v tom, že v dôsledku sluchovej straty dochádza k poruche komunikácie. ***Nerešpektovanie odlišností, ktoré hluchota spôsobuje, môže priniesť vážne problémy a citové sklamania v rodine.*** To, čo rodičia potrebujú sú predovšetkým pravdivé informácie, aby sa mohli rozhodnúť, čo svojmu dieťaťu poskytnú.

Poradenstvo je to sústava služieb a programov, ktorú poskytujeme deťom ohrozeným v sociálnom, biologickom a psychickom vývoji, deťom so zdravot-

ným postihnutím a ich rodinám s cieľom eliminovať, prípadne zmierňovať dôsledky postihnutia a poskytnúť rodine, dieťaťu a spoločnosti predpoklady sociálnej integrácie. Poradenstvo ako služba by mala byť dostupná pre všetkých klientov **finančne, ekonomicky, regionálne, odborne**.

Poradenské služby sú poskytované spravidla niekoľkými rezortmi, inštitúciami, resp. organizáciami:

- zdravotníctvo;
- školstvo;
- inštitúcie sociálnych vecí a rodiny;
- tretí sektor (MVO, občianske združenia, dobrovoľnícky sektor).

Špecifiká poradenskej práce pre klientov so SP

- špeciálnopedagogický servis,
- psychologická pomoc a intervencia,
- zdravotnícka oblasť,
- sociálna pomoc.

Špeciálnopedagogický servis sa snaží riešiť také problémy a oblasti, ktoré najviac rodičov privádzajú k nám a na ktoré hľadáme spolu odpovede, prípadne vytvárame program. Otázky, ktoré trápia rodičov sú: Ako mám s dieťaťom komunikovať? Bude moje dieťa hovoriť? Ako mám postupovať? Kam bude chodiť do školy? Čo môže v živote dosiahnuť?

Špeciálnopedagogické poradenstvo pre klientov so sluchovým postihnutím teda zahŕňa nasledujúce oblasti:

- **raná intervencia**,
- **komunikácia**,
- **počujúcim rodičom sprístupniť programy v posunkovej reči**,
- **podporovať rozvoj hovorenej a posunkovej reči**,
- **vzdelávanie**.

Štruktúra programov nie je jednotná, podľa jednotlivých skupín rodičov realizujeme nasledujúce kurzy:

- tréningové programy pre rodičov zamerané na rozvíjanie komunikačných kompetencií,

- tréning sociálnych zručností,
- sluchový tréning.

Psychologická pomoc – k nej zaraďujeme:

- Programy zamerané na komunikáciu a interakciu, správanie sa k dieťaťu – súrodencom dieťaťa.
- Pomoc zameraná na rodinu a jej najbližšie okolie. **Nemá rodinu zmeniť v terapeutickú jednotku orientovanú na výkon.**
- Vytvoriť priestor pre spoluprácu a oboznámenie sa s komunitou nepočujúcich.
- Programy na to ako sa naučiť učiť (stratégie učenia, pracovné návyky).
- Rozhovory.
- Vzájomná výmena skúseností rodičov.

Nám sa osvedčil rodičovský klub, vzájomná výmena skúseností rodičov detí so sluchovým postihnutím prostredníctvom tréningových kurzoch, sociálno-rehabilitačných pobytov. Organizujeme ich v spolupráci s mimovládnymi organizáciami buď ako týždenné, víkendové (väčšinou cez prázdniny – jarné, letné). Sme myslím jediný, ktorí organizujeme aj kurzy na rozvíjanie komunikácií v rámci rodiny. Obsahom kurzu je okrem iného posunkový jazyk, detské posunky, zásady komunikácie s dieťaťom so sluchovým postihnutím. Kurz je zamerané aj na iné manuálne a pomocné komunikačné formy, ako prstová abeceda, ale hlavne pomocné artikulačné znaky. Tie sa väčšinou používajú na tvorenie hovorenej reči, tvorby hlasu apod.

V rámci tréningových kurzov chceme počujúcim rodičom poskytnúť ***„pozitívnu skúsenosť s hluchotou“***, ktorá neznamená vždy bremeno a problém, ale odlišnosť, ktorá prináša pre dieťa a rodinu určité obmedzenia, ale ktorá môže byť pri vhodnej podpore obohatením pre rodinu o nové skúsenosti a inú kvalitu života. Preto je dôležité, aby sa tréningových pobytov zúčastňovali počujúci i nepočujúci rodičia, ktorí sa vzájomne stávajú obohatením pre seba samých. Som presvedčená, že nepočujúci rodičia majú, čo povedať počujúcim rodičom a naopak.

Hlavným poslaním víkendových pobytov, stretnutí rodín, tréningových kurzov, či rodičovských klubov považujem – ***byť spolu***. Niektorí rodičia sa musia sami dlho prekonávať, aby sa takéhoto stretnutia-pobytu zúčastnili. Ak sa rodičia zúčastnia, už to vnímam ako pozitívne vo vzťahu k sluchovému

postihnutiu, ktoré narúša celkový chod života v rodine. Účasť rodičov na rodičovských stretnutiach znamená, že rodina aspoň sčasti **prekonala izoláciu**, v ktorej sa ocitla. Rodičia potrebujú čas na to, aby sa vyrovnali so situáciou. Baath (1985) hovorí, že dôležité sú kurzy aj pre zúčastnených odborníkov. Práve na nich získavajú neoceniteľné informácie a vedomosti o situácii rodičov a rodín, ktoré by ťažko zohnali. Aj ja som na týchto pobytoch získala cenné informácie a veľmi dobrých priateľov medzi rodičmi.

Je úžasné vidieť, ako sa počas víkendového pobytu rodín mení správanie nepočujúceho dieťaťa. Dieťa si uvedomí: „Tu mi rozumejú, tu môžem komunikovať." Deti vidia, že existujú aj iné osoby, ktoré majú načúvací aparát, ktorí majú sluchové postihnutie, ktoré používajú posunkový jazyk. ***Deti zbadajú, že ich rodičia sú ochotní niečo pre nich urobiť, že ho nenechávajú samé.***

Hlavným dôvodom prečo sa rodičia združujú na celom svete je to, že rodičia nie sú spokojní s informáciami, ktoré dostávajú od odborníkov, nie sú spokojní s ich postojmi, s charakterom a kvalitou podpory. Rodičia uvádzajú, že komunikácia medzi rodičom a odborníkom zlyháva, nepočúvajú a keď počúvajú tak bez empatie, úcty a pochopenia.

Vo Veľkej Británii roku 1993 boli uzákonené a jasne stanovené postupy pri zapájaní rodičov do spolupráce s odborníkmi (Kročanová, 1998).

Častou témou európskych stretnutí rodičov detí so sluchovým postihnutím aj v súčasnosti je včasná diagnostika a následný systém ranej starostlivosti zameraný na celú rodinu, poskytnúť ju podľa možnosti v domácom rodinnom prostredí. Situácia v tejto oblasti sa veľmi dramaticky líši štát od štátu (čo sa týka štátov EÚ).

Zdravotnícka oblasť

- Čo znamená strata sluchu?
- Aké kompenzačné pomôcky sú vhodné, dostupné)

Sociálna oblasť

- Na čo má ich dieťa právo – na akú kompenzáciu
- Postup ako sa zaobstarávajú kompenzačné pomôcky
- Informácie o kompenzačných pomôckach, servis načúvacích prístrojov – firmy, ktoré zabezpečujú technický servis

Veľmi dôležité je pri prvom kontakte s rodičom odhadnúť, aké sú jeho problémy, sklamania a načrtnúť mu možnosti optimálneho riešenia jeho

situácie. Jednotlivé fázy môžu prebiehať rôzne a môžu rôzne dlho trvať a k niektorým vôbec nemusí dôjsť, niektoré sa môžu znova vrátiť. Závisí to od osobnostných dispozícii rodiny a jednak celkovej charakteristiky rodiny. ***Pomôcť rodičom pri prekonávaní ťažkostí sa s vyrovnávaním situácie v rodine je na začiatku spolupráce veľmi dôležité, dokonca dôležitejšie, ako samotná práca s dieťaťom.***

Nie je možné, aby iba jedna organizácia poskytla komplexnú službu, ktorú dieťa/rodina/osoba so sluchovým postihnutím/prípadne viacnásobným postihnutím potrebuje Požiadavka interdisciplinárnej spolupráce ako nevyhnutného predpokladu efektívnej a úspešnej starostlivosti o dieťa s postihnutím je známa dosť dlho. Spravidla sa o tejto požiadavke viac hovorí, ale málokedy sa dôsledne realizuje.

Komplexná starostlivosť o rodinu s dieťaťom so sluchovým postihnutém je proces, v ktorom jednotlivé fázy na seba nadväzujú (niekedy sa prelínajú) od diagnostikovania až po ukončenie podpory.

Tímová spolupráca a výmena poznatkov medzi odborníkmi a rodičmi znamená posun v komplexnej starostlivosti smerom **ku kvalitatívnemu ponímaniu poradenstva**. Rezignovanie spolupráce, teda len **kvantitatívne vyšetrovanie** – teda množstvo absolvovaných vyšetrení, znamená vystaviť rodinu/klienta stresu a k pasívnemu prijímaniu služieb Rešpektovanie špecifických úloh všetkých zainteresovaných v procese poskytovania podpory. Spolupráca v rámci poradenstva vyžaduje plné nasadenie všetkých odborníkov (súkromných inštitúcií a aj štátnych inštitúcii), ktorí sa spolupodieľajú na starostlivosti o osoby so sluchovým postihnutím.

Prax ukázala, že úspech resp. neúspech v poradenskej komplexnej starostlivosti o klienta závisí na tom, akým spôsobom odborníci vzájomne spolupracujú.

Vzájomná spolupráca, výmena poznatkov umožňuje celému tímu pružne reagovať na potreby konkrétnych klientov a poskytovať tak komplexné služby, ktoré sú časovo ohraničené dobou, kedy sú potrebné.

Pokiaľ chceme ponúkať naozaj profesionálne poradenské služby mali by sme prejsť **ku kvalitatívnemu ponímaniu poradenstva**. Nemala by byť podstatná **kvantita (počet)** evidovaných klientov v jednotlivých zariadeniach. Podstatou poradenskej práce by mala byť **kvalita služieb a ich servis, (dostupné možnosti)** ktorá môže ovplyvniť aj kvalitu života klientov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami a jeho rodiny. Kvantita môže niekedy ísť na úkor kvality.

Podľa oficiálnych štatistik ústavu informácií a prognóz školstva k 15. 9. 2008 poskytovalo špeciálnopedagogickú starostlivosť celkom 104 poradenských zariadení CŠPP. Išlo o CŠPP súkromné, štátne a aj cirkevné. Týchto 104 zariadení poskytlo svoje služby 54 534 klientom so ŠVVP. Na základe uvedenej štatistiky u nás pre prideľovanie finančných prostriedkov stále prevláda ako podstatné kritérium množstvo evidovaných klientov, čo môže viesť k pasívnemu poskytovaniu služieb.

Súčasné zmeny vo vzdelávaní sluchovo postihnutých u nás a v krajinách EÚ:

- vytvárajú sa a rozširujú sa podporné poradenské systémy pre deti, mládež, rodičov a klientov so sluchovým postihnutím, podporné systémy pre integráciu, inklúziu;
- v školách pre sluchovo postihnutých sa vytvárajú triedy pre nehovoriacich žiakov, pre deti s narušeným vývinom reči, pre deti s komunikačnými problémami;
- v školách pre sluchovo postihnutých sa vytvárajú triedy s kombinovane postihnutými deťmi;
- mladí sluchovo postihnutí dosahujú vyššie vzdelanie, sú vzdelanejší, ako boli nepočujúci predtým. Toto pravidlo platí všeobecne – aj počujúci dosahujú vyššie vzdelanie. Potreba vyššieho vzdelania je nevyhnutná.

Dochádza, resp. dôjde k transformácií jednotlivých škôl a školských zariadení pre sluchovo postihnutých:

- zlúčením viacerých škôl (zariadení) – materská škola, základná škola, odbornú učilište, stredná škola, špeciálnopedagogické centrum, podporné centrum;
- dochádza k znižovaniu počtu žiakov so sluchovým postihnutím v školách pre SP;
- dochádza k zvýšenému počtu detí s pridruženými postihnutiami (avšak nie je ich až taký počet, aby sa naplnila kapacita škôl);
- dochádza, resp. dôjde k transformácií jednotlivých škôl a školských zariadení pre sluchovo postihnutých: v krajinách EÚ už sú vytvorené (resource centres), u nás k tomu pravdepodobne dôjde k vytvoreniu špecializovaných odborných centier (centrá pre deti s kochleárnym implantátom, strediská ranej starostlivosti, mobilná služba do rodín – resp rodín do zariadení, diagnostické centrá, vzdelávacie centrá, celoživotné vzdeláva-

nie, centrá pre komunikáciu a PJ, podporné centrá pre študentov so SP na vysokých školách apod.).

Potreby osôb so sluchovým postihnutím sú rôzne aj v súvislosti s ich vekom, a konkrétnou situáciou (dieťa, mládež, dospelí SP, nepočujúci, nedoslýchaví, ohluchnutí, osoby s KI...).

V súvislosti s nasledujúcimi zmenami a transformáciou školských zariadení je potrebné hovoriť o podporných centrách a poradenskom servise (Tarcsiová, 2006):

- poradenstvo pre raný a predškolský vek,
- poradenstvo so zameraním na školský vek,
- poradenstvo pre osoby so stratou sluchu získanou v produktívnom a postproduktívnom veku (Groma, 2009) ,
- poradenstvo pre nepočujúce deti nepočujúcich rodičov,
- poradenstvo pre nepočujúcich rodičov a ich počujúce deti,
- poradenstvo pre počujúcich rodičov a ich nepočujúce deti,
- podpora pre hlavný prúd škôl, /bežné školy/,
- poradenstvo pre osoby s kochleárnym imlantátom,
- podpora a pomoc pri vstupe na trh práce (tzv tranzitné programy, kariérne poradenstvo),
- podpora a pomoc pre študentov so sp na vysokých školách na území Slovenska,
- systém ďalšieho vzdelávania – rekvalifikácie (groma, guštafíková, 2002).

Odborný personál, ktorý sa podieľa na poradenskej inetrvencii sú podľa nášho názoru:

- špeciálny pedagóg-surdopéd,
- špeciálny pedagóg logopéd,
- psychológ na ranný vek, školský vek, pre mládež a dospelých,
- kariérny poradca,
- sociálny pracovník,
- tlmočník posunkového jazyka,
- odborník na posunkový jazyk,
- pedagógovia so sluchovým postihnutím,
- koordinátor,
- manažér.

Špeciálnopedagogické poradenstvo u nás viazne pre tieto príčiny (Schmidtová, 2009):

- Nie je dostatočne zabezpečený poradenský systém pomoci v ranom období vývinu dieťaťa od 0–3 rokov.
- Absentuje stále mobilná služba a dostupnosť ku klientom.
- CŠPP nemajú možnosť (personálne, technicky) zabezpečiť školskú integráciu.
- Viazne tímová spolupráca s odborníkmi Guštafíková, (2004).
- Neexistuje štandardný spôsob financovania.
- Odborní pracovníci sú niekedy zaťažení administratívnou prácou.
- Na počet klientov nedostatočný počet odborníkov.
- Práca sa zužuje na jednorazovú pomoc .
- nedostatočná intenzívna starostlivosť (nácvik komunikačných zručností, rečovú stimuláciu, sluchový tréning, rehabilitáciu.
- Nedostatočná a nesystematická je pomoc a poradenstvo pre rodičov. Pomoc rodičom pri prekonávaní ťažkostí s vyrovnávaním sa so situáciou v rodine, kde vyrastá dieťa so SP je na začiatku spolupráce veľmi dôležitá, dokonca dôležitejšia ako samotná práca s dieťaťom (Guštafíková, 2002).

Nielen vzdelávanie by sa malo stať dominantné v oblasti školstva, ale centrom pozornosti by mala byť rodina ako taká. A nielen školstvo, by sa malo spolupodieľať na starostlivosti o rodinu, ale ako sme vyššie hovorili, zodpovednosť za rodinu, aby sa stabilita rodiny až tak nenarúšala, aby rodinu neobmedzovala vo výchove detí, aby rodina skutočne bola tou, za čo ju považujeme nesie zodpovednosť každý sám. Na jednej strane spoločnosť hovorí o tradičnej rodine, na druhej strane spochybňuje hodnoty rodiny a samotný význam a potrebu rodiny.

Ja verím, že rodina je miestom, kde sa cítime dobre, kde sa navzájom ľúbime, kde spolu prežívame radostné, ale aj bolestné chvíľky. Ak človek má rodinu, tak ja osobne si myslím, že je to cenný poklad. Na rodinu by sme nemali zabudnúť, sme zodpovední za každú rodinu.

Literatúra

BAGDY, E: Rodinná socializácia a poruchy osobnosti. Trnava 1982.

GROMA, M.: *Psychologické aspekty postlingválnej poruchy sluchu***.** Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu Medzinárodná konferencia o problematike

komunikácie s pacientmi s postihnutím sluchu. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce.Trnavská univerzita v Trnave. 2009. ISBN: 978-80-8082-315-3.
TAMÁŠOVÁ, V.: *Teória a prax rodinnej edukácie.* 1. vyd. Bratislava: 2006. 210 s. ISBN 80-89229-01-8.
TARCSIOVÁ, D. *Zmeny v paradigmách pedagogiky sluchovo postihnutých a ich odraz v poradenskom systéme.* Efeta otvor sa 2005: Poradenstvo v špeciálnej a liečebnej pedagogike, Martin: Osveta, 2006 S. 73–76 ISBN 80-8063-220-0.
TARCSIOVÁ, D. – SCHMIDTOVÁ, M. – GUŠTAFÍKOVÁ, K.: *Transformácia špeciálnych škôl pre sluchovo postihnutých.* In: Kvalita a spolupráca v špeciálnej pedagogike v súčasnom konkurenčnom prostredí. Bratislava: Sapientia, 2007. S. 251–265. ISBN 978-80-89229-06-2.
SORIANO, V. 2000. *Ranná intervence v Evrope. Trendy v 17 evropských zemích.* Praha: Europská agentura pro rozvoj speciálního vzdelávání. Organizace služeb a pomoci dětem a rodinám 2000. 96 s. ISBN 87-90591-04-6.
SCHMIDTOVÁ, M. 2009. Špecifiká poradenstva v inkluzívnej pedagogike. In: Východiská a perspektívy inkluzívnej pedagogiky. Martin: Osveta. 2009. s. 75–81. ISBN 80-8083-303-5.

VÝZKUM INFORMOVANOSTI A UVĚDOMĚNÍ ZNAKOVÉHO JAZYKA U ŽÁKŮ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

(zpráva o výsledcích výzkumu)

Adéla Hanáková, Miloň Potměšil, Petra Potměšilová*, Jitka Vítová

ÚSS PdF, * CMTF UP Olomouc

V tomto příspěvku se autoři zaměřili na uvědomění Znakového jazyka u žáků s vadami sluchu a podávají zprávu o výsledcích výzkumu. Uvedená cílová skupina je z hlediska pojetí jazyka a komunikace velice specifická. Zřejmě nejjednodušší by byla situace, kdy se neslyšící dítě narodí neslyšícím rodičům a společný jazyk a kvalita sociokulturního zázemí mu přinesou dostatek komunikačních i informačních podnětů. Takové dítě potom může stát na počátku školní kariéry bez obav z požadavků, které školní kurikulum na žáky klade. Většina literárních pramenů se však shoduje v údaji, že taková situace může nastat pouze v 5 % případů – tedy pokud jsou splněny i další prve uvedené požadavky. V takovém případě se nutně musíme ptát, zda vůbec a jak proces uvědomění jazyka probíhá u zbývajících 95 % uvažované populace. Odlišnost podmínek psychického vývoje těchto dětí nespočívá pouze v tom, že jejich rodiče slyší a pravděpodobně používají již od raného věku dětí mluvenou řeč jako hlavní a často jediný komunikační prostředek. Už tento fakt činí uvedenou skupinu specifickou v tom, že uvědomění si existence jazyka a případné jazykové rozdílnosti pravděpodobně nenastanou.[1] Hovoříme o procesu a míře uvědomování si jazyka jako důležité podmínky pro učení se jazyku dalšímu stejně, jako studium o tomto uvědomovaném jazyce. U žáků s vadami sluchu se setkáváme často s velmi nízkou motivací ke studiu a používání češtiny. Jedním z důvodů je poměrně vysoká míra chy-

[1] Můžeme doložit vlastní zkušeností s několika neslyšícími dětmi, jejichž rodiče byli též neslyšící. Při pravidelném setkávání s těmito dětmi v průběhu jejich školní docházky bylo patrné, jak s přibývajícími zkušenostmi v oblasti komunikace byly schopny stále pružnější změny při výběru a použití komunikačního modu. S uživateli znakového jazyka velmi zdařile komunikovaly a se zřetelně projevovanou laskavostí měnily svůj komunikační prostředek směrem k mluvené řeči doplňované znaky (snad jakýsi intuitivní model totální komunikace).

bovosti a někdy až k obtížné srozumitelnosti psaného textu[2]. Ze zahraničních autorů uvedeme M. Takalu[3], která předkládá výsledky vlastního výzkumu zaměřeného na finské neslyšící a shledává je velmi málo motivovanými pro realizaci finštiny, zejména mluvené. Jako hlavní důvod autorka zjistila velmi frustrující zkušenosti respondentů při používání zejména mluvené řeči. Předpokládejme, že tam kde není již od útlého dětství založena a rozvíjena funkční komunikace, nebude ani jazyk ze strany zkušenějších uživatelů (nejčastěji rodičů) pojmenováván, v obsahu a formě průběžně korigován a tím se zřejmě nedostane na požadovanou úroveň, se kterou se při nástupu do školy uvažuje. Kulturní prostředí, ve kterém dítě vyrůstá je dominantním faktorem při vytváření uvědomělého postoje k jazyku.

Základním dokumentem, který specifikuje obsah a rozsah učiva je v tomto případě Rámcový vzdělávací program (dále jen RVP). Určením obsahu a rozsahu nám dává zprávu o požadavcích na dítě v období před jeho přijetím ke školní docházce a v jejím průběhu. Školní verze tohoto kurikulárního dokumentu by měla reagovat na specifické podmínky edukace v konkrétní škole. Pohledem do zmíněného dokumentu lze zjistit rozsah a obsah učiva včetně uvedených kompetencí žáků v jednotlivých oblastech nebo předmětech. Pro naše potřeby se budeme zabývat částí, která je zaměřena do oblasti jazyka a jazykového vyučování.

RVP[4] jako národní vzdělávací kurikulum a jazykové povědomí

Mezi kompetencemi uvedenými v tomto dokumentu jsou i takové, které mají vztah k jazyku a míře jeho uvědomění a následně míře schopnosti uplatnění jazykových kompetencí v praxi, najdeme *kompetence komunikativní.* Předpokládá se, že žák bude na úrovni přiměřené věku, intelektu a případnému postižení schopen zapojit s do diskuse, obhájit názor pomocí argumentace. Dále se předpokládá, že žák: „Porozumí různým typům textů, záznamů, obrazových materiálů, běžně užívaných gest, zvuků a dalších informačních a komunikačních prostředků". Zde se předpokládá, že u prve uvedených položkám nejen porozumí, ale bude schopen je se stejnou mírou porozumění používat a rozvíjet v procesu komunikace. Další položkou, která je

---

[2] O tom ve svých publikačních aktivitách pojednává prof. A. Macurová – např. *Nová slova já neznám*. Slovo (a jazyk) v dopisech neslyšících Čechů. *Čeština doma a ve světě.*

[3] TAKALA, M. *„They say I'm stupid, but I just don't HEAR".*

[4] JEŘÁBEK J., TUPÝ J. a kol. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání.*

založena na jazykovém uvědomění je celá oblast předmětu Literatura. Není zde naším cílem podrobně charakterizovat specifiku problémů, které přináší čtení s porozuměním jako základní a nutná podmínka k úspěšně prováděné literární výchově, čtení, literatuře a dalším oblastem jazykové výuky. O této problematice referuje dostatečně například E. Souralová[5], která se svými studenty připravila i řadu praktických publikací, určených pro čtení žáky se sluchovým postižením.

Autoři RVP také hovoří o jazykové kultuře. Tento atribut považujeme za jednu z částí charakteristiky absolventa základního vzdělávání. Nejen produkce textů a promluv na přiměřené jazykové úrovni, ale také příjem informací a jazykových sdělení v jejich různosti s následným porozuměním a schopností je zpracovat.

Klíčové výrazy pro aktivity žáků jsou: *porovnává, rozlišuje, určuje, vyhledává, odlišuje, píše správně, zvládá základní příklady, samostatně pracuje s Pravidly českého pravopisu, se Slovníkem spisovné češtiny a s dalšími slovníky a příručkami.*

Pochopení jazyka a míra jeho uvědomělého používání má velký význam z hlediska formativního procesu. Stále připomínáme dvouúrovňové složení procesu edukace a v tomto místě se jedná po propojení informativní a formativní složky. Ve světle pochopeného a uchopeného jazyka národního, mohou být dítě od předškolního věku a následně i žák vedeni k národnímu uvědomění, jehož nedílnou součástí je také jazyk. Uznáním vlastního jazyka je možné pokročit k uznání dalších jazyků národů a ve spojení s dalšími složkami národní kultury hledat odlišnosti a tím i popisovat interkulturní rozdíly.

Další oblastí, do které vstupuje uvědomění si jazyka – národního jazyka – je čas, kdy se žák začíná seznamovat s cizím jazykem, jako předepsaným, předmětem. Předpokládá se, že čeština bude nástrojem učení cizímu jazyku. Přístup k výuce cizích jazyků vyžaduje také věku přiměřené jazykové uvědomění, aby bylo možné popisovat odlišnosti a vymezovat odlišné jazyky v jednotlivých vrstvách jazykového plánu. Také v tomto učivu se vyžaduje zvládnutí jazyka na potřebné úrovni tak, aby žák mohl pracovat se slovníkem za účelem překladu. Spíše okrajově se RVP zmiňuje v doporučujících poznámkách, které jsou určeny školám vzdělávajícím žáky s postižením o tom, že do školní verze vzdělávacího programu se počítá se zařazením speciálních

[5] SOURALOVÁ, E. *Čtení neslyšících.*

vyučovacích předmětů[6] (například znakového jazyka) a mají být uplatňovány alternativní formy komunikace – znaková řeč.

Vzhledem k tomu, že Školní vzdělávací program by měl být již běžným školským dokumentem, v následujícím textu uvedeme výsledky studia těchto dokumentů a následné srovnání s požadavky kladenými na skupinu žáků se sluchovým postižením.

V souvislosti se sledovanou problematikou máme na mysli zejména *výchovu k respektování kulturních odlišností*, které děti přijmou na základě jejich pojmenování a pochopení. Považujme takto stanovený cíl jako výsledek oboustranného procesu, který by měl být dostatečně zabezpečen obsahově i metodicky. Chápání různosti kultur je v tomto případě založeno také na jazykové odlišnosti – zcela nesporně se jedná o požadavek na vysokou míru jazykového uvědomění. Orientace v kulturních a jazykových odlišnostech světa „mluvících" a „znakujících" osob povede k *porozumění a vzájemné úctě*, *k úctě ke kultuře a historii.* Další položkou, kterou je třeba zdůraznit z pohledu naší práce, je výchova k hodnotám a respektování odlišností v hodnotové orientaci. V současné době dokončujeme výzkum, který ukazuje na poměrně velké nedostatky v oblasti výchovy žáků se sluchovým postižením k hodnotám.

Poslední položkou v této části bude potřeba, se kterou se v době školní docházky na základním či středním stupni vzdělávání nesetkáváme příliš často. Máme na mysli *spolupráci s tlumočníkem znakového jazyka*. Jedná se o velmi důležitý dovednostní i poznatkový vklad do budoucnosti žáka, později dospělého nositele sluchové vady. Velikost cílové skupiny nelze přesně určit, protože jak ukazují výzkumy[7] poměrně velké procento vad sluchu má progresivní charakter a lze tedy očekávat s postupujícím věkem jejich nositelů zhoršování zbytků sluchu – dříve pro komunikaci využitelných – až do stádia komunikace a potřeby spolupráce s tlumočníkem. Jsme přesvědčeni, že z hlediska metodického je třeba žáky postupně připravovat na spolupráci s tlumočníkem znakového jazyka.

Závěrem se dostáváme zpět k uvažovanému vztahu – Jazyk a edukace v surdopedii. Tři klíčové výrazy jsou symbolicky zvoleny tak, aby ukazovaly spojení potřebných faktorů, které svoji kvalitou, obsahem a formou ovlivňují

---

[6] Zde se jedná o legislativně podepřený požadavek. Máme na mysli školský zákon č. 561/2004.

[7] Český výzkum se touto problematikou zabýval v roce 1999 Národní výzkum úrovně vzdělávání neslyšících II. – resortní výzkum MŠMT RS 99004.

velmi silně další životní kariéru dětí s vadami sluchu a to včetně kariéry vzdělávací.

Jak jeden ze základních zdrojů pro pohled na jazyk a jeho postavení ve vzdělávání jsme použili Rámcový vzdělávací program pro základní školu[8] (dále jen RVP). Jsme přesvědčeni, že tento národní kurikulární dokument svojí závazností pro všechny (z hlediska našeho zájmu) základní školy stanoví minimální obsah a rozsah učiva a přesně vymezí rozsah výstupních kompetencí žáků na konci jednotlivých období. Pokud je znakový jazyk a jeho používání v procesu edukace zakotveno též legislativně, potom nic nemůže stát v cestě tomu, aby RVP ve své podobě konkretizovaného zpracování pro jednotlivé školy obsahoval informace (a to samozřejmě na úrovni standardního jazykového vyučování) o znakovém jazyce a jeho postavení ve společnosti, zařazení v systému jazyků a v neposlední řadě i o jeho postavení a úloze v kultuře Neslyšících.

Abychom respektovali možnost výběru používaného jazyka v edukaci žáků s vadami sluchu, opřeme se opět o RVP. Možnost vybrat a preferovat jazyk (komunikační mód) a zároveň naplnění našeho předpokladu o informování žáků v této oblasti budeme opět hledat v národní variantě RVP tam, kde se jako jedna z devíti vzdělávacích oblastí uvádí položka **Jazyk a jazyková komunikace**, která je tvořena dále dvěma vzdělávacími obory Český jazyk a literatura a Cizí jazyk. Předpokládáme totiž, že pokud bude učitel nebo spíše škola preferovat v komunikaci znakový jazyk (máme na mysli v některých českých školách deklarovaný bilingvální a bikulturní přístup), potom se bude v prvním plánu jednat – alespoň to předpokládáme – o jazyk znakový, jeho používání a jazykovědné vyučování na úrovni příslušného ročníku základní školy. Dalším, tedy cizím jazykem by v takovém případě měla být čeština a teprve následně bychom měli uvažovat o cizím jazyce v běžně používaném slova smyslu – například angličtině, němčině či francouzštině.

Opačný případ pojetí komunikačních preferencí (tedy vše co je chápáno jako orální přístup ke komunikaci) v edukaci je také možno nalézt v národní verzi RVP pro základní školu. Čeština si zachová své místo ve vzdělávacím oboru a dále (i v případě striktně orálního přístupu) by měli být žáci seznámeni se znakovým jazykem (jako s jazykem cizím), jeho strukturou, fungováním, zařazením do systému kultury Neslyšících a také o jeho legislativním

[8] Kol.: *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. VÚP Praha, 2004.

zakotvení s odvoláním na praktické využití. Další cizí jazyk je pak zastoupen jedním z prve jmenovaných.

Pokud je naplněn požadavek funkční komunikace v procesu edukace, pak pedagogům nebrání nic v tom, aby se pomocí tohoto efektivního nástroje snažili naplnit požadavky vzdělávání a výchovy. Jediným faktorem, který tak do hry o výsledek vstupuje jako proměnná hodnota, je intelektový potenciál žáků a tím se takto pojatý proces edukace reálně blíží podmínkám vzdělávání ve školách běžného typu. Výše uvedeným dvěma variantám preferencí komunikačního procesu odpovídají svojí formou i z hlediska jazykové preference také očekávané výstupní kompetence žáků, které jsou v dané etapě základního vzdělávání považovány za klíčové. Jedná se o kompetence k učení; kompetence k řešení problémů; kompetence komunikativní; kompetence sociální a personální; kompetence občanské; kompetence pracovní. Není sporu, že všechny tyto širší kompetence je možné uvádět do vztahu s oběma jazyky podle preferencí tak, že žádná z nich nebude redukována či zcela vyloučena z výčtu.

Pojetí edukace žáků s vadami sluchu a její zakotvení v RVP nás vedlo k výše uvedeným úvahám. Vždyť v části D v kapitole 8. a následujících se hovoří o potřebě respektování zvláštností žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Můžeme citovat: „Do ŠVP jsou zařazeny speciální vyučovací předměty (například znakový jazyk) a předměty speciálně pedagogické péče odpovídající speciálním vzdělávacím potřebám žáků podle druhu zdravotního postižení nebo znevýhodnění. Jedná se zejména o logopedickou péči, řečovou výchovu a komunikační dovednosti, o prostorovou orientaci a samostatný pohyb zrakově postižených a o sociální dovednosti.“ Ve stejné pasáži se dočítáme o podmínkách, které je třeba upravit tak, aby vyhovovaly speciálním potřebám žáků s postižením. Uvádí se zde mimo jiné: Pro úspěšné vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je potřebné zabezpečit tyto podmínky:

- uplatňovat princip diferenciace a individualizace vzdělávacího procesu při organizaci činností, při stanovování obsahu, forem i metod výuky,
- umožnit žákovi používat potřebné a dostupné kompenzační pomůcky, vhodné učebnice a učební pomůcky přizpůsobené jeho individuálním potřebám,
- uplatňovat alternativní formy komunikace – znaková řeč, Braillovo písmo, náhradní formy komunikace.

Pokusili jsme se v této části textu ukázat na to, že RVP jako významný školský dokument umožňuje svým pojetím naplnění legislativou umožněných komunikačních prostředků a tím se může stát efektivním nástrojem k plnění cílů výchovy a vzdělávání v širším slova smyslu. Ve výzkumu, jehož výsledky zde v následujícím textu předkládáme, jsme se pokusili hledat odpověď na otázku, zda jsou specifické požadavky žáků se sluchovým postižením v praxi zohledňovány a promítají se do výsledného požadovaného obrazu základního vzdělávání žáků s vadami sluchu.

Metodika výzkumu a administrace dotazníků

K výzkumu jsme navrhli vlastní baterii otázek, která byla připravena k administraci jak v písemné podobě, tak ve variantě českého znakového jazyka proto, aby se respondent mohl rozhodnout podle své jazykové preference.

Položky byly rozděleny na kategorii běžných údajů demografického typu: věk, třída, stav sluchu rodičů, používání sluchadla, uvědomění příslušnosti ke skupině neslyšících nebo Neslyšících. Pro další položky bylo připraveno hodnocení ano/ne. Dále jsme zavedli možnost N, což pro naše zpracování znamenalo, že respondent nezná význam nebo výraz není součástí jeho pojmového aparátu. Celý výzkum byl anonymní.

V další etapě jsme se zajímali o preferovanou komunikaci (znakový jazyk, orální komunikace, znakovaná čeština) doma a ve škole. Následně jsme se zajímali o to, zda naši respondenti vědí o existenci slovníku/ů znakového jazyka a učebnice/c znakového jazyka a zda jsou schopni uvést název jimi vykázaného titulu.

Pojímání znakového jazyka jsme sledovali v hodnocení výroků, ve kterých bylo tvrzení, že znakový nebo český jazyk jsou vždy lepší než jazyk druhý.

Samostatný oddíl, zaměřený na informovanost o znakovém jazyce obsahoval výroky, týkající se povědomí o legislativním zakotvení znakového jazyka a možnosti jeho užívání v různých situacích a prostředích (škola, úřad). Do povědomí o znakovém jazyce jsem zahrnuli také výroky typu: „znakový jazyk je mezinárodní, znakový jazyk je součást kultury neslyšících, Neslyšící musí znakový jazyk chránit“ a nakonec ještě výrok – „ve škole se učíme o znakovém jazyce“. Do uvedené skupiny jsme zařadili také výroky: „S kamarády si povídáme znakovým jazykem. Doma si povídám znakovým jazykem. S učitelem si povídám znakovým jazykem.“ Jejichž hodnocení jsme chtěli srovnávat s hodnocením výroků v některých předchozích položkách.

Podobně, jako tomu bylo v některých předchozích výzkumech jsme se hodlali zaměřit na výskyt hodnocení N, který by informoval o přítomnosti pojmů a inventáři respondentů.

Připravený materiál jsme formou pilotáže ověřili z hlediska srozumitelnosti a vypovídací hodnoty a následně požádali o spolupráci mládež se sluchovým postižením k realizaci vlastního výzkumu. Záměrně jsme anonymitu rozšířili i na školy, které naši respondenti navštěvovali. Nejde nám o hodnocení práce učitelů. Té si natolik vážíme, že nechceme připustit ani náznak srovnávání typu lepší či horší škola/učitel. Věříme, že náš výzkum přinese informace našim kolegům na základních a středních školách a bude pro ně v některých závěrech inspirující.

Pro náš výzkum jsme stanovili následující predikce:

P1 – Předpokládáme, že současní adolescenti se sluchovým postižením mají jasnou představu o znakovém jazyce a jeho ukotvení ve společnosti.

P2 – Předpokládáme, že současní adolescenti se sluchovým postižením se setkávají s učivem o znakovém jazyce ve škole dostatečném rozsahu.

P3 – Předpokládáme, že současní adolescenti se sluchovým postižením mají vytvořen koncept kultury Neslyšících, jejíž součástí je jazyk.

Charakteristika kohorty respondentů

Pro účely našeho výzkumu jsme získali ke spolupráci celkem 125 chlapců a dívek se sluchovým postižením ve věkovém rozpětí 12–23 let, u kterých jediným společným znakem byla přítomnost sluchové vady takového rozsahu, který předpokládá návštěvu speciálněpedagogického zařízení. S odvoláním na předchozí výzkumy a jejich organizační zajištění, ani v tomto případě nebudeme uvádět nejen jména respondentů, ale ani údaje, které by vedly k určení navštěvované školy. K věkovému rozpětí respondentů uvádíme k upřesnění, že největší počet – 102 respondenti byli ve věkové kategorii 13–17 let, což je skupina našeho trvalejšího zájmu. Nad hranicí dvaceti let byli čtyři respondenti stejně, jako čtyři respondenti byli dvanáctiletí. Rozložení pohlaví bylo dáno 73 chlapci a 52 děvčaty. Hned na počátku této části textu je třeba se zmínit o hodnotě, kterou jsme k otázkám a k variantním odpovědím ve všech případech přikládali, bylo Nevím/Nerozumím. Původně zařazených spíše z toho důvodu, abychom eliminovali irelevantní odpovědi. Předchozí výzkumy a analýza jejich výsledků však ukázaly na to, že hodnota N je velmi podstatná informace, se kterou je třeba dále pracovat. N je pro nás vyjádře-

ním skutečnosti, že respondent pojem – výraz – slovo – znak – nemá ve svém inventáři a tedy s ním, ani jako s pojmem, v souvislosti s procesem myšlení neoperuje. Například při výzkumu zaměřeném na hodnotový profil adolescentů se sluchovým postižením[9] jsme zjistili překvapující míru N odpovědí, což vede k závěru, že s N hodnotami adolescenti nepracují a nemají je ani zařazeny ve svém hodnotovém depozitáři, natož aby s nimi aktivně pracovali a používali je v běžném životě. Proto i v tomto případě jsme k hodnotám N přihlíželi a zpracovali je k výsledkům, využitelným v pedagogické praxi.

Jedním důležitých hodnotících kritérií byla existence sluchové vady u rodičů našich respondentů. Předpokládáme totiž, že právě v rodině se předávají nejdůležitější prvky související s kulturou – jazyk, hodnoty, vzorce chování a názorové spektrum. Lze tedy předpokládat, že právě ve společenství rodičů se sluchovým postižením bude k tomuto procesu předávání a zvnitřnění docházet. Jak jsme uvedli již v předchozím textu, jedná se o skutečnost, která vychází z předpokladu existence kulturní a jazykové odlišnosti skupiny Neslyšících a mechanismech fungujících uvnitř. Z celkového počtu respondentů mělo 16 (13,1 %) dětí matku se sluchovým postižením a 17 (14,4 %) dětí otce, nositele stejného postižení. Pokud se vyskytovaly v úvodních demografických datech odpovědi typu „missing", potom jsme neuvažovali o kategorii „N", ale o běžnou, tomuto věku příslušející" zbrklost či nedbalost. Nešlo o vysoké počty výskytů – věk 8 respondentů neuvedlo, stav sluchu matky – 3, stav sluchu sluch otce 7 a podobně. Slyšící rodiče byli u námi přijatých respondentů zastoupeni 85,5 procenty výskytu, což v podstatě odpovídá běžně uvažovanému předpokladu kolem 95 %. Aktivními a uvědomělými uživateli sluchadla jsou 83 (68,6 %) respondenti a 38 (31,4 %) uvádí, že sluchadlo nepoužívá. S odvoláním na naše předchozí zkušenosti u této věkové kategorie se již setkáváme s uvědomělým a kritickým pohledem na kompenzační pomůcky a jejich přínos. Tento postoj lze charakterizovat tak, že pokud pomůcky opravdu pomáhá – dítě a později dospělý ji využívají a dovedou přesně označit čas a důsledky jejího chybění. U dětí předškolního a mladšího školního věku

[9] O tom více: Potměšil, M. *Deficit v chápání pojmů z oblasti hodnot u žáků se sluchovým postižením*. In. Sborník ze X. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami, 2008. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta nebo Kossewska, J., POTMESIL, M. *The concept of values and hearing impairment.* Baltic Journal of Special Education, Specialusis Ugdymas by Siauliai University, 2007.

je tento kritický postoj – jako možnost vlastního uvažování – spíše zastíněn kontrolou a důsledným dohledem na používání sluchadel ze strany dospělých.

Další položkou, která nás zajímala a ve vztahu ke znakovému jazyku ji považujeme za klíčovou bylo vyjádření sebepojetí respondentů. Zajímalo nás, zda se hlásí ke skupině Neslyšících nebo neslyšících. V tomto případě se jednalo 68 (54,4 %) respondentů, kteří se hlásili ke skupině Neslyšících a pouze 10 (8 %), kteří se považovali za neslyšící. Zarážející byl však počet těch, kteří v odpovědi uvedli „N". Informace k tomuto velmi důležitému údaji, který ovlivňuje silně osobnostní rozvoj, celou kategorii postojů a hodnot, chyběla u 47 respondentů – 37,6 % respondentů našeho vzorku nemá koncept pojetí své vady a to bez ohledu na preferenci ve výkladu (N/n).

Dále jsme se věnovali oblasti preferencí komunikačního stylu. Nejprve se obecně k preferencím komunikačního stylu (nejraději používám: znakový jazyk, mluvení a odezírání znakovanou češtinu) obecně vyjádřili respondenti tak, že na první místo byl dán znakový jazyk v 65 (52 %)případech, orální styl byl preferován 59 (47,2 %) respondenty a znakovaná čeština byla preferována ve 26 (20,8 %) odpovědích. Uvedené počty ukazují na to, že v několika případech respondenti dali preference více možnostem.

Komunikační preference byly dále sledovány z hlediska druhu komunikačního prostředí. Předpokládali jsme, že se bude jednat o dvě nejčastěji frekventovaná – domov a školu[10]. Znakový jazyk, jako nejvíce preferovaný komunikační styl doma uvedlo ve svých odpovědích 42 respondentů (tj. 34 %). Orální komunikační cesta je preferována v 84 případech, tedy v 67 %. Znakovanou češtinu uvedlo nejméně – 19 respondentů. Jedná se o patnáctiprocentní skupinu.

Druhým sledovaným komunikačním prostředím byla škola. Ve školním prostředí preferuje téměř 54 % respondentů znakový jazyk, 38 % respondentů uvádí preferenci orální komunikace a 19 % preferuje znakovanou češtinu. Pokud se budeme zabývat kombinacemi preferovaných komunikačních stylů, pak 22 (24,8 %) respondentů uvedlo více, než jeden preferovaný v každé položce.

[10] Považujeme za důležité poznamenat, že pod výrazem škola je v našich výzkumech zahrnuta nejen část školní, ale také mimoškolní výchovy. Většina škol, zaměřených na edukaci žáků s vadami sluchu nabízí žákům možnost internátního ubytování, které je hojně využíváno. Celodenní a celotýdenní péče se pak promítá do pojmu škola, který nebývá, pokud to není nevyhnutelně nutné, rozdělován.

Vzhledem k tomu, že jsme se rozhodli sledovat přijímání znakového jazyka, potom jsme se nemohli vyhnout otázce zaměřené na povědomí o učebnicích a slovních českého znakového jazyka. Výsledky nebyly příliš uspokojivé. Informovanost o existenci slovníků potvrdili pouze 42 (33,6 %) respondenti, 83 (66,4 %) respondenti neznali žádný slovník znakového jazyka. Při analýze odpovědí 20 respondentů, kteří uvedli své povědomí o slovnících se však ukázalo, že 11 respondentů zaměnilo slovník za učebnici. Fakticky lze tedy uvést, pouhých 9 respondentů zná nějaký slovník znakového jazyka[11].

Zaměření na učebnice přineslo výsledky, které pravděpodobně odpovídají současnému stavu výuky a používání znakového jazyka. Z celkového počtu 125 respondentů potvrdilo 21 (16,8 %) ve svých odpovědích, že učebnice existují, 40 (32 %) o učebnicích neví a 64 (51,2 %) respondentů nevědělo co otázka znamená. Opětovnou analýzou 21 kladných odpovědí se však ukázalo že pouze 11 z nich má jasnou představu o učebnici a nezaměňuje ji se slovníkem.

Další část výzkumu byla namířena na oblast pojetí/uchopení znakového jazyka respondenty a dále pak na informovanost o znakovém jazyce v širším slova smyslu, z hlediska praktického používání.

První položkou bylo tvrzení: „Znakový jazyk používám nejvíce."

Kladně odpovědělo 82 (65,6 %) respondentů. Dále 32 (25,6 %) respondentů podle svého vyjádření znakový jazyk nepoužívá nejvíce a zbytek, opět vysoký počet – 11 (8,8 %), nepochopil otázku. Na druhé straně je kladné vyjádření 72 % respondentů důležitou zprávou pro pedagogický terén, preference znakového jazyka jsou vysoké a tedy i předpoklad středoškolské výuky vedené ve znakovém jazyce nejen oprávněný, ale také podložený.

Druhá položka „Znakovému jazyku nejlépe rozumím.", byla po zpracování vyhodnocena následujícím způsobem. Kladné vyjádření podali 84 respondenti (tj. 79 %) a záporně odpovědělo 22 (17,6 %)respondentů. Opět si poměrně vysoký počet respondentů s otázkou nevěděl rady a počet 19 pro N, což činí 15 %, považujeme za zbytečně vysoký pro tuto věkovou kategorii.

Dalším úkolem pro respondenty bylo porovnat český a znakový jazyk a určit jednu preferenci. Z celkového počtu se 72 (57,6 %) respondentů přiklonilo k tvrzení, že znakový jazyk je lepší a 24 (19,2 %) respondentů hodnotilo

[11] Vzhledem k tomu, že velká skupina našich respondentů byla tvořena žáky středních škol, předpokládali bychom, že se by se mělo jednat zejména o oborové slovníky zaměřené na jejich profesní přípravu.

jako lepší češtinu. Jedna čtvrtina respondentů si z otázkou nevěděla rady. Také v tomto případě jsme přesvědčeni, že se jedná o nepříjemně vysokou hodnotu.

V další části výzkumu jsme se soustředili na informovanost respondentů o znakovém jazyce. Výrok „Mám právo na znakový jazyk ve škole." hodnotilo jako pravdivý 100 (80 %)respondentů a pouze 8 (6,4 %) se domnívalo o opaku. Z celkového počtu 125 si touto otázkou neporadilo 17 (13,6 %) respondentů a označili ji N.

Podobnou oblast zkoumal výrok „Mám právo na znakový jazyk na úřadech.", který byl hodnocen 39 (31,2 %) respondenty jako pravdivý, zamítlo jej 35 (28 %) respondentů a hodnocení N bylo uvedeno v 51 (40,8 %) případě. Z tohoto údaje mohou vyplývat obavy o úroveň právního vědomí těchto dospívajících respondentů a vůbec uvědomění si možnosti komunikovat i v dané oblasti společnosti způsobem, který je efektivní. Znamená to totiž, že téměř 70 % respondentů o této možnosti (fakticky legislativně podložené) nevědělo.

Do této části výzkumu byla zařazena také kontrolní otázka, kterou jsme chtěli podat verifikaci dřívějšího výroku „Znakový jazyk je lepší než čeština." výrokem podobným – „Čeština je lepší než znakový jazyk.". Výsledek nás neuspokojil, protože výsledky nebyly stejné ani hodnotově opačné, ale zcela odlišné. Jako lepší hodnotilo češtinu 42 (33,6 %) respondentů, jako lepší v tomto případě hodnotili respondenti znakový jazyk ve 45 (36 %) případech a 38 (30,4 %) respondentů napsalo hodnocení N. Pro čtenáře připomínáme, že se nejednalo o interferenci způsobenou spíše testováním porozumění češtině a českým výrazům, protože respondenti měli k dispozici i verzi ve znakovém jazyce.

Do kategorie informovanosti o znakovém jazyce a jeho využití byl také zařazen výrok „Pro znakový jazyk máme v ČR zákon.". Respondenti tento výrok hodnotili jako pravdivý v 66 (52,8 %) případech a jako nepravdivý celkem 9× (7,2 %). Zbytek hodnocení do celkového počtu 125 (50 %) připadá na N. Znamená to, že celkem 59 (47,2 %) respondentů nevědělo, že u nás platí zákon, kterým se definuje a upravuje komunikace znakovým jazykem. Je to výsledek, který můžeme hodnotit jako alarmující ve vztahu k úvahám o fungování kulturního sebeuvědomění Neslyšících a vrůstání adolescentní populace do „své, vlastní" komunity.

Dále jsme přikročili k hodnocení výroku o preferencích a prostředí ve stylu komunikace, které jsme provedli pomocí výroku „S kamarády si povídáme znakovým jazykem." Většina respondentů – 96 (76,8 %) jej hodnotilo jako pravdivý, 21(16,8 %) respondentů tuto preferenci nemá a v tomto případě „pouze" 8 (6,4 %) respondentů hodnotilo výrok jako nesrozumitelný.

Jedním z kontrolních výroků bylo také „Doma si povídám znakovým jazykem." a snažili jsem se získat validní výsledky k předchozímu výroku o preferovaném komunikačním stylu v domácím prostředí. Z celkového počtu tento výrok označilo jako pravdivý 46 (36,8 %) respondentů, 65 (52 %) respondentů doma znakovým nekomunikuje a 14 (11,2 %) respondentů označilo tento výrok N. Zde se výsledky značně přibližují, což je dáno počtem 42 respondentů v předchozí srovnávané položce. Opět upozorňujeme na poměrně nízkou úroveň komunikačních kompetencí v rodinách našich respondentů 52 % totiž sděluje, že se doma pomocí znakového jazyka nedomluví. Vzhledem k tomu, že v tomto analyzovaném i jiných našich výzkumech se respondenti shodují na většinové preferenci znakového jazyka, potom se nám v těchto souvislostech nabízejí otázky vztahující se k podnětnosti rodinného prostředí, k jeho komunikativnosti, k efektivitě rodinné výchovy a samozřejmě k předávání hodnotového profilu a dalších, již prve zmiňovaných parametrů.

Kontrolní položkou byl také další výrok „S učitelem si povídám znakovým jazykem.", který srovnáváme s předchozím výrokem o komunikačních preferencích ve škole. Jako pravdivý hodnotí tento výrok 91 (72,8 %) respondentů a jako nepravdivý 27 (21,6 %) z celkového počtu 125. V tomto případě je počet 7(5,6 %) pro N – hodnocení nízký. Srovnání preferencí zaměřených na znakový jazyk v hodnocení obou popisovaných výroků je velmi podobné – znakový jazyk je preferován a hodnocen jako efektivní komunikační nástroj.

Mezi položky související o informovanosti o znakovém jazyce a jeho používání jsme zařadili také výrok „Neslyšící musí znakový jazyk chránit.", který měl podat informaci o vědomostech o znakovém jazyce a vztahových relacích k jazyku většinovému a to zejména kulturním kontextu. Tento výrok hodnotilo jako pravdivý 71(56,8 %) respondentů a 5 (4 %) respondentů s ním nesouhlasilo. Pokud k těmto nesouhlasícím připočteme ještě 49 (39,2 %) dalších, kteří použili hodnocení N, dostaneme nepříliš uspokojivý obraz (43,2 %) uvědomění vlastního jazyka na společenském a kulturním pozadí.

Podobné zaměření měl i výrok „Znakový jazyk je mezinárodní.", se kterým se ztotožnilo 46 (36,8 %) respondentů. 32 (25,6 %) respondentů vědělo, že znakový jazyk mezinárodní není a 47 (37,6 %) hodnotilo tento výrok jako N. Pro naše závěry to znamená, že 93 respondentů z celkového počtu 125, tedy téměř 75 % neví o této charakteristice znakového jazyka a mají mezeru v informacích, vztahujícím se k jazyku a kultuře.

Předchozí výsledek v hodnocení výroku poněkud znepřehledňuje hodnocení výroku „Ve škole se učíme o znakovém jazyce.". Kladně jej hodnotilo

77 (61,6 %) respondentů, dále 36 (28,8 %) respondentů se domnívá, že se o znakovém jazyce ve škole vůbec neučí a 12 (9,6 %) respondentů si s výrokem neporadilo. Pro nás to znamená, že 48 respondentů – 39 % – si neuvědomuje, že by se ve škole učili o znakovém jazyce.

Poslední výrok „Znakový jazyk je součást kultury neslyšících." Byl také zařazen do skupiny k informovanosti o znakovém jazyce a jeho využívání. Jak pravdivý jej hodnotilo 83 (66,4 %) respondentů. Na druhé straně ale 42 (33,6 %) respondentů nepovažuje znakový (deklarováno jako svůj) jazyk za součást kultury (deklarováno též jako své) Neslyšících. Údaj opět považujeme za velmi neuspokojivý vztahu ke konstituování jazykové a zmíněné kulturní menšiny.

Závěry

Závěrem se vyjádříme k předpokladům, které jsme stanovili před zahájením výzkumu.

P1 – Předpokládáme, že současní adolescenti se sluchovým postižením mají jasnou představu o znakovém jazyce a jeho ukotvení ve společnosti.

Pro potvrzení tohoto předpokladu jsme využili vyhodnocení následujících položek: o existenci zákona o znakovém jazyce je informováno 52,8 % respondentů, právo na komunikaci ve znakovém jazyce na úřadech si uvědomuje 31,2 % respondentů, o právu na komunikaci znakovým jazykem ve škole má povědomí 80 % respondentů, znakový jazyk jako národní označilo 25,6 % respondentů, znakový jazyk považuje za součást kultury neslyšících 66,4 % dotázaných, potřebuje znakový jazyk chránit si uvědomuje 56,8 % respondentů, 61,6 % respondentů si uvědomuje školní výuku zaměřenou na znakový jazyk. Průměrnou informovanost respondentů ve sledované položce jsme vyhodnotili ve výši 53,5 %.

Výše uvedené hodnoty nás vedou k závěru, že předpoklad P1 nemůžeme potvrdit.

P2 – Předpokládáme, že současní adolescenti se sluchovým postižením se setkávají s učivem o znakovém jazyce ve škole dostatečném rozsahu.

Potvrzení předpokladu P2 jsme hledali v analýze těchto položek: 61,6 % respondentů uvádí, že se ve škole učí o znakovém jazyce, o existenci slovníků je informováno 7,8 % dotazovaných a povědomí o učebnicích uvedlo 8,2 % respondentů. Průměrná informovanost u položek k předpokladu P2 je 25,9 %.

S ohledem na zjištěné hodnoty předpoklad P2 nemůžeme potvrdit.

P3 – Předpokládáme, že současní adolescenti se sluchovým postižením mají vytvořen koncept kultury Neslyšících, jejíž součástí je jazyk.

Předpoklad P3 byl postaven na vyhodnocení uvědomění práva na používání znakového jazyka ve škole, které si uvědomuje 31,2 % dotazovaných, o právu na totéž, ale na úřadech je informováno 80 % respondentů, o skutečnosti, že znakový jazyk není mezinárodní je informováno 25,6 % respondentů, potřebu chránit znakový jazyk vykázalo 56,8 % respondentů, informovanost o skupině N/neslyšících vykázalo 54,4 % respondentů. Průměrná hodnota uvědomění v uvedených položkách byla 44,2 %.

Po zvážení výsledků výše uvedených nemůžeme potvrdit předpoklad P3.

V další fázi jsme podrobili statistickému vyhodnocení některé položky výzkumu, které jsme považovali z hlediska našich cílů za důležité. Sledovali jsme, zda znakový jazyk a jeho používání je uvědomělým procesem, který dovedou respondenti označit, vymezit, porovnat a hodnotit preferenčně ve srovnání s požíváním češtiny. Pro hledání odpovědi jsme stanovili následující hypotézy.

H1 V případech dvou typů otázek na preferovaný komunikační mód jsou postoje respondentů totožné.

H2 Preference znakového jazyka je shodná u respondentů, kteří mají slyšící rodiče i u respondentů s rodiči se sluchovým postižením.

H3 Znakový jazyk je preferovaným komunikačním prostředkem v domácím prostředí u respondentů s rodiči slyšícími i s rodiči se sluchovým postižením.

Diskuse k hypotézám

H1 V případech dvou typů otázek na preferovaný komunikační mód jsou postoje respondentů totožné.

Statistickým vyhodnocením získaných odpovědí **se hypotéza H1 potvrdila** na hladině významnosti nižší než 0,0001. Znamená to, že použití znakového jazyka jako preferovaného komunikačního módu je u všech respondentů a při položení kontrolní otázky dávají jasnou – uvědomělou odpověď.

H2 Preference znakového jazyka je shodná u respondentů, kteří mají slyšící rodiče i u respondentů s rodiči se sluchovým postižením.

Statistickým zpracováním odpovědí respondentů se na hladině menší než 0,05 potvrdila významná shoda v pojetí znakového jazyka, jako preferovaného způsobu komunikace u obou skupin respondentů. **Hypotézu H2 potvrzujeme.**

H3 Znakový jazyk je preferovaným komunikačním prostředkem v domácím prostředí u respondentů s rodiči slyšícími i s rodiči se sluchovým postižením.

Hypotézu H3 nepotvrzujeme vzhledem k tomu, že na hladině významnosti menší, než 0,05 se neprokázala shoda u odpovědí obou skupin respondentů. V rodinách, kde jsou rodiče slyšící, je komunikace výrazně orientována na mluvenou řeč.

Závěr ke statistickým analýzám

Potvrzením hypotéz H1–H3 jsme prokázali, že znakový jazyk je jednoznačně a uvědoměle preferovaným komunikačním prostředkem pro většinu respondentů. Tato informace je s ohledem na většinu informací uvedených v předchozím textu podstatná pro rodiče dětí a žáků se sluchovým postižením stejně, jako pro pedagogické pracovníky. V souladu s uvedenými závěry budeme nahlížet výsledky, které nám přinesla analýza získaných výsledků a vyhodnocení stanovených předpokladů.

Souhrnný závěr z výzkumu

Pro výzkum jsme stanovili předpoklady, které jsme testovali a snažili se vyjádřit k jejich platnosti. Cílem výzkumu bylo charakterizovat uvědomění existence znakového jazyka, jeho využívání v efektivní komunikaci a úroveň povědomí o znakovém jazyce, jako o významné složce kultury. Zajímali jsme se o vztah ke znakovému jazyku jako komunikačnímu prostředku edukace, ale zároveň jako předmětu edukace. Vše je odvozeno v předchozím textu.

V první fázi zpracování získaných dat jsme předpokládali, že současní adolescenti se sluchovým postižením mají jasnou představu o znakovém jazyce a jeho ukotvení ve společnosti, že se setkávají s učivem o znakovém jazyce ve škole dostatečném rozsahu a v neposlední řadě také to, že současní adolescenti se sluchovým postižením mají vytvořen koncept kultury Neslyšících, jejíž součástí je jazyk. K uvedeným předpokladům se jednoznačně vyjadřujeme – ve vztahu k námi zkoumané kohortě – ve smyslu popření všech

zmíněných předpokladů. Znamená to, že úroveň ve sledovaných položkách není vyhovující a není respektována specifická stránka edukace žáků se sluchovým postižením. Přičemž na druhé straně jsme se setkali s jednoznačnou a uvědomělou preferencí znakového jazyka. Znamená to, že komunikační preference adolescentů jsou zaměřeny na využívání znakového jazyka, ale informace pro o znakovém jazyce, jako součásti kultury Neslyšících, jako komunikačním nástroji s legislativní oporou, jako prostředku pro komunikaci s vysokou mírou efektivity pro své uživatele, v dostatečné míře seznámeni nejsou.

Citovaná a odkazovaná literatura

1. ANDREWS, J., F., LEIGH, I., W., WERNER, M., T. *DEAF PEOPLE. Evolving Perspectives from Psychology, Education, and Sociology.* Pearson Education: USA, 2004. ISBN 0–205–33813-5.
2. AWADOVÁ, L. *Jazyky neslyšících*. [on-line], [cit. 2006], Dostupné na: <www.ruce.cz>.
3. BRYANT, P., NUNES, T., ZARFATY, Y. The Performance of Young Deaf Children in Spatial and Temporal Number Tasks. In *Journal of Deaf Studies and Deaf Education.* Oxford University Press, 2004, vol. 9 no. 3. [on-line], [cit. 2008]. Dostupné na: <http://jdsde.oxfordjournals.org>.
4. ČECHOVÁ, M. a kol. *Čeština - řeč a jazyk.* Praha: ISV, 1996. 380 s. ISBN 80-85866-12-9.
5. ČERMÁK, F. *Jazyk a jazykověda*. Praha: Pražská imaginace, 1997. 341 s. ISBN 80-7178- Keane, M., Eysenck, M.W. *Kognitivní psychologie.* Praha: Academia, 2008. 752 s. ISBN 978-80-200-1559-4.
6. FOISACK, E. *Learning mathematics in a bilingual context - sign language and spoken/written language.* University Malmö, 2008.
7. FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-626-8.
8. FREEMAN, R. D., CARBIN, C. F., BOESE, R. J. *Tvé dítě neslyší.* Praha: FRPSP, 1992. 359 s.
9. FURTH, G., H. *Thinking without language. Psychologival implications of deafness.* New York: Free Press, 1966.
10. GARDNER, H. *Dimenze myšlení*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-279-3.
11. GREGORY, S. a kol. *Problémy vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Univerzita Karlova, 1991. Nepublikovaný překlad FRPSP. ISBN 80-7308-003-6.

12. GYULÁNÉ, Illyés aj. *Špeciálno pedgogická psychológia.* Přel. Viktor Lechta a Marián Medlen. 1. vyd. Bratislava: Slov. ped. nakl., 1978. 669 s. Přel. z: Gyógypedagógiai pszichológia.
13. HÁJKOVÁ, Z. *Český jazyk pro neslyšící I.* [on-line], [cit. 2007], Dostupné na: <www.ruce.cz>.
14. HARDING-ESCH, E., RILEY. P. *Bilingvní rodina*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-8I0-7367-358-1.
15. HOMOLÁČ, J. *Komunikace neslyšících. Sociolingvistika*. FF UK: Praha, 1998. ISBN 80-85899-40-X.
16. HRONOVÁ, A.; MOTEJZÍKOVÁ, J. *Raná komunikace mezi matkou a dítětem*. Praha: FRPSP, 2002. ISBN neuvedeno.
17. JEŘÁBEK J., TUPÝ J. a kol. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: VÚP verze s úpravami 2007.
18. KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek*. Praha: Portál, 2002. 415 s. ISBN 80-7178-632-2.
19. 7178-572-5.
20. LEONHARDT, A. *Úvod do pedagogiky sluchovo postihnutých*. Sapientia: Bratislava, 2001. ISBN 80-967180-8-8.
21. MACUROVÁ, A. *Osvojování jazyka očima.* [on-line], [cit. 2007]. Dostupné na: <www.ruce.cz>.
22. MARSCHARK, M., a kol. *Benefits of Sign Language Interpreting and Text Alternatives for Deaf Students' Classroom Learning.* Jnl. of Deaf Studies and Deaf Education. 2008, Volume 13, Number 4. ISSN 1465-7325.
23. Národní výzkum úrovně vzdělávání neslyšících resortní výzkum MŠMT RS 97–126 1998.
24. NEBESKÁ, I. *Úvod do psycholingvistiky*. Jinočany: H & H, 1992, 127 s. ISBN 80-8546-775-5.
25. PALEK, B. *Sémiotika.* Praha: Univerzita Karlova, 1997. ISBN 80-7184-356-3.
26. PIAGET, J. *Psychologie inteligence.* Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-309-9.
27. PIAGET, J., BÄRBEL, I. *Psychologie dítěte*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-263-8.
28. PIŤHA, P. Výchova naděje společnosti. České Budějovice: Poustevník, 2006, 199 s. ISBN 80-86610-18-7.
29. POTMĚŠIL, M. *Čtení k surdopedii.* Olomouc: UP PdF, 2003. 217 s. ISBN 80-244-0766-3.
30. POTMĚŠIL, M. *Deficit v chápání pojmů z oblasti hodnot u žáků se sluchovým postižením.* In. Sborník ze X. Mezinárodní konference k problematice

osob se specifickými potřebami, 2008. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta nebo KOSSEWSKA, J., POTMESIL, M. *The concept of values and hearing impairment.* Baltic Journal of Special Education, Specialusis Ugdymas by Siauliai University, 2007.
31. POTMĚŠIL, M. *K výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Fortuna: Praha, 1999. ISBN 80-7168-744-8.
32. POTMĚŠIL, M. *Projektování v surdopedii*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1726-4.
33. POTMĚŠIL, M. S*luchové postižení a sebereflexe.* Nakladatelství Karolinum: Praha, 2007. ISBN 978-80-246-1300-0.
34. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 2., přepr. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002. 481 s. ISBN8071786314.
35. PRŮCHA, J. *Pedagogická evaluace*. Brno: Masarykova Univerzita, 1996. ISBN 80-210-1333-8.
36. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Praha: VÚP. 2004.
37. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Praha: VÚP. 2005.
38. SANDERS, D., M. *Teaching deaf children. Techniques and methods.* Boston: 1988. ISBN 0-316-77015-9.
39. SOURALOVÁ, E. Recepce psaného textu jedinci se sluchovým postižením. *Knižnica*, 2006 roč. 7. č. 2, Martin, ISSN 1336-0965.
40. SOURALOVÁ, E. *Čtení neslyšících.* 1. vyd. Olomouc: UP, 2002. 74 s. ISBN 80-244-0433-8.
41. STERNBERG, R. J. *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál. 2005. 636 s. ISBN: 978-80-7367-638-4.
42. TAKALA, M. *„They say I'm stupid, but I just don't HEAR".* Helsinky: Hakapaino Oy, 1995, 85 s. ISBN 95145-7004-9.
43. TARCSIOVÁ, D. Používanie posunkovej komunikácie vo výchovno-vzdelávacom procese nepočujúcich žiakov. In: *Pedagogice specialit XX.* Bratislava: UK 1999, s. 159–165.
44. TARSCIOVÁ, D. Čítanie a nepočujúce deti. *Speciální pedagogika.* 2003, č. 2. Praha: Pedagogická fakulta UK. ISSN 1213-7758.
45. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. 521 s. ISBN 80-7178-308-0.
46. VÁGNEROVÁ, M. *Variabilita a patopsychologie vývoje.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 187 s. ISBN 80-7066-797-4.

47. VÍTOVÁ, J. *Komparativní studie učebních plánů a osnov základní školy pro sluchově postižené a běžné základní školy, porovnání výukových cílů (matematika).* Diplomová práce. Olomouc: PdF UP, 2005.
48. VÍTOVÁ, J. Úspěšnost žáků se sluchovým postižením v matematice a ve čtení s porozuměním. In Zborník: *Rozvoj komunikačných a matematických zručností sluchovo postihnutého žáka.* Bratislava, 2008. s. 24–29. ISBN 978-80-7164-451-4.
49. WEST G. K. *Dobrodružství psychického vývoje*. Praha: Portál, 2002. 248 s. ISBN 80-7178-684-5.
50. Zákon č. 155/1998 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob ve znění zákona č. 384/2008 Sb.
51. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

PODPORA RODINY PŘI VÝUCE ANGLICKÉHO JAZYKA U ŽÁKŮ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

Family support to pupils with hearing impairment when learning English language

Mgr. Jeřábková Kateřina, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogckých studií, Pedafogická fakulta v Olomouci

Klíčová slova

Sluchové postižení, anglický jazyk, rodiny, podpora.

Key words

Hearing imapirment, English language, family, support.

Pojetí vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami prochází v posledních dvou desetiletích značnými proměnami. Anti-diskrimanační tendence a prosazování principu rovnoprávnosti se projevili v také ve školské legislativě. Školy zřízené pro žáky s nějakým druhem postižení již nejsou školami speciálními, ale především základními či středními se stejným vzdělávacím obsahem a postavením jako tzv. školy běžné – kromě výjimek udělených Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Všechny základní školy zřízené pro žáky s některým druhem postižení (tedy i se sluchovým postižením) tak například musí stejně jako tzv. běžné školy povinně vyučovat jeden cizí jazyk, a to od 3. případně 4. ročníku[1]. Tyto informace ovšem nejsou pro odbornou veřejnost ani rodiče novinkou.

Jak již autorka v několika svých předchozích pojednáních konstatuje, výuka cizích jazyků u žáků se sluchovým postižením je velmi diskutabilním až kontroverzním tématem. Bohužel politickým rozhodnutím v České republice často nepředchází dostatečný průzkum aktuální situace a individuální zhodnocení okolností týkajících se žáků s určitým druhem postižení. Jedna z tradičních pedagogických zásad – tolik zdůrazňovaná ve speciální pedagogice, a to individuální přístup, je tak naneštěstí poněkud opomíjena.

[1] MŠMT jde v koncepci dále a od roku 2011 je pro všechny základní školy plánována povinnost zavést druhý cizí jazyk, a to od 7., případně 8. ročníku.

V praxi se tak musí učitelé, samotní žáci i jejich rodiče vyrovnat s nastalou situací. Žáci se sluchovým postižením se začínají učit cizí jazyk v období, kdy se potýkají s českým jazykem, který je pro mnohé z nich nedostupný přirozeným způsobem a nedá se o něm tedy hovořit jako o jazyku mateřském v pravém slova smyslu. V tomto období jsou ochuzeni o několik hodiny jeho výuky ve prospěch cizího jazyka, avšak podle mého názoru s nejistým, ne-li žádným přínosem.

Omezený obzor a neznalost skutečností přesahujících konkrétně prožívané zkušenosti mohou způsobit, že mnozí z žáků se sluchovým postižením ve 3. případně 4. ročníku ani nechápou pro většinovou společnost samozřejmou skutečnost, že existuje mnoha různých jazyků a kultur. Výuka cizího jazyka, jehož existenci není dítě dosud schopné zařadit do své představy o světě, pozbývá svého základního smyslu.

Dále bychom mohli dlouze hovořit o skutečnosti, že dosud neexistují žádná metodická východiska, o která bychom se mohli při výuce cizích jazyků u žáků se sluchovým postižením opřít. Za prvé zde chybí jakákoli zkušenost a za druhé není z objektivních důvodů možné využít nejnovějších metodických postupů v současnosti využívaných při výuce cizích jazyků u majoritní společnosti. Aktuálně jsou totiž preferovány metody založené na tzv. komunikativním přístupu, jež zjednodušeně řečeno staví do popředí mluvenou formu jazyka a za prostředek naučení se jazyku považuje smysluplnou komunikaci (Richards, Rodgers, 1986). Převážná většina učebnic i dalších výukových materiálů je tak zaměřena na dialogy a situace, ve kterých lze využít smysluplnou mluvenou komunikaci. Pro žáky se sluchovým postižením, u kterých je třeba soustředit se především na psaný jazyk, jsou do velké míry nevyužitelné nebo využitelné s mnohými zásadními modifikacemi.

Ve výčtu problémových oblastí spojených s výukou cizích jazyků u žáků se sluchovým postižením by bylo možné pokračovat, ale to není cílem tohoto pojednání. Záměrem autorky tohoto zamyšlení je upozornit na fakt, že mezi sporné oblasti patří mimo jiné také domácí příprava žáků se sluchovým postižením na výuku.

Na začátku je nutné zamyslet se nad tím, zda je domácí příprava důležitá, zda by měli žáci dostávat domácí úkoly. Odpověď na vyslovené pochybnosti nalézáme například u Maleyho (in Painter, 2004), který konstatuje, že domácí příprava má smysl, a to především při učení se cizímu jazyku. Několik málo vyučovacích hodin cizího jazyka není totiž dostačujících pro jeho uchopení.

Žák by měl být cizímu jazyku vystaven i mimo formální výuku a k tomu se velmi hodí právě domácí příprava.

Painter (2004, s. 5) hovoří o domácím úkolu jako o *„základním kameni procesu učení žáka"*. Přínos domácích úkolů spatřuje mimo jiné v zopakování látky prezentované při výuce, upevnění naučeného, posílení studijních návyků, umožňujících žákům „učit se učit", rozvíjení kognitivního pochopení jazyka, internalizaci (zvnitřnění) informací prezentovaných při výuce, atd.

Cross (1995) ovšem upozorňuje na nutnost dodržet při přípravě domácích úkolů dvě zásadní kritéria. V první řadě by neměla být příprava úkolu příliš složitá pro učitele a za druhé by neměl být úkol příliš obtížný pro žáky, neboť chyby, které při domácí přípravě žák udělá, jím bývají často snadno internalizovány.

Domácí úkoly by měly splňovat i další podmínky jako například určitou zábavnost, relevantnost, užitečnost, zajímavost, formu odpovídající preferencím žáků, apod.

Učitelé a rodiče by měli úzce spolupracovat při domácí přípravě žáků, pomáhat jim takovým způsobem, který je bude motivovat k práci, měli by si být vědomi silných i slabých stránek svých žáků – dětí.

Z názorů odborníků je zřejmé, že domácí příprava je zvláště při výuce cizích jazyků nezbytná. Za nepostradatelnou je při ní považována úzká spolupráce s rodiči. Obvykle lze vysledovat dvě základní oblasti, ve kterých je důležitá podpora rodičů při domácí přípravě žáků. Na jedné straně je to faktická pomoc ve chvíli, kdy si žák není jistý, zda pochopil správně zadání, při kontrole naučení slovní zásoby apod., na straně druhé mají rodiče nezastupitelnou roli při motivaci svých dětí ke studiu cizího jazyka. Nicméně spolupráce s rodiči žáků se sluchovým postižením může být poznamenána několika zásadními okolnostmi.

V první řadě zde může působit určitá ostražitost rodičů vůči odborníkům, způsobená mnoha často ne zcela pozitivními předchozími zkušenostmi se vzájemnou spoluprací. Obecně jsou rodiče dětí s postižením v kontaktu s odborníky od okamžiku diagnózy jejich dítěte a ne vždy jsou jim informace podávány dostatečně profesionálně. Setkáváme se s tím, že rodiče mají pocit, že odborník nemůže za krátkou chvíli, co je v kontaktu s jejich dítětem, dítě poznat v takové míře jako ho znají oni sami. Zobecňující závěry vyslovené po několika málo hodinách kontaktu přijímají skepticky a s nevolí. Uvedená ostražitost může být podvědomě přítomna v kontaktu se všemi odborníky – tedy i učiteli cizích jazyků.

Roli ve vztahu mezi rodiči a odborníkem hraje také fakt, že rodiče žáka mohou být sami sluchově postižení. Lidé se sluchovým postižením se v minulosti neučili cizí jazyky, při komunikaci s neslyšícími cizinci si vystačí s použitím znakového jazyka a nemuseli tedy v běžném životě nikdy pocítit potřebu znalosti cizího jazyka. Není výjimkou, že mají zkreslené představy o jeho využitelnosti pro lidi se sluchovým postižením a často proto nemusí chápat, proč se jejich děti musí učit cizí jazyk. Tento svůj postoj mohou nechtíc předávat svým dětem, které mohou k cizímu jazyku přistupovat a priory negativně. Chybí zde výše popisované motivační působení ze strany rodičů.

Také v druhé z oblastí, ve které očekáváme podporu žákům od rodičů při domácí přípravě – tedy ve faktické pomoci při domácí přípravě, jsou mnohdy rodiče se sluchovým postižením bezradní, neboť cizí jazyk neznají a nemají s podobnou výukou žádné zkušenosti.

Situace nemusí být zcela jednoznačná ani v případě žáků, kteří mají slyšící rodiče. Významnou roli hraje při takové okolnosti dosažená úroveň vzájemné komunikace. Bohužel se stává, že komunikace mezi rodiči a dítětem obsáhne pouze jednoduché každodenní činnosti a problémy, zvláště jde-li o dítě, které zůstává přes týden na internátě. Logicky tedy nemůžeme od těchto rodičů vyžadovat, aby se se svým dítětem dokázali ve znakovém jazyce bavit o jazyce cizím – tedy aby jej dokázali využívat jako tzv. metajazyk (vysvětlení viz Čermák, 1994; Lotko, 2000; Pastyřík, Víšek, 2005; apod.). Tito rodiče se mnohdy snaží dítě při přípravě podpořit, ale využívají strategie učení se, jež jsou blízké jim (vycházejíce ze svých zkušeností s učením se cizímu jazyku, které však získali v diametrálně odlišné situace, než ve které se nachází jejich dítě), ale nemusí být pochopitelné dítětem.

Slyšící rodiče, kteří nezřídka zažívají nesnáze při učení českého jazyka u svých dětí se sluchovým postižením, nemusí podobně jako rodiče se sluchovým postižením rozumět důvodům, proč by se jejich dítě mělo učit cizí jazyk a nenaplňují tak ani motivační oblast spolupráce při domácí přípravě.

Závěrem nelze než konstatovat následující premisy. Převážná většina žáků se sluchovým postižením není na počátku výuky cizímu jazyku (tj. ve 3. případně 4. ročníku základní školy) pro tuto výuku připravena, což bylo potvrzeno ve výzkumu autorky z roku 2007/2008. Potýká se s výukou českého jazyka, který je pro ně často velmi obtížný a přidání výuky cizího jazyka jejich situaci značně komplikuje. Také učitelé cizích jazyků nejsou na výuku cizích jazyků u těchto žáků připraveni, neboť neexistuje ověřený metodický

postup, který by bylo možné při výuce cizího jazyka u žáků se sluchovým postižením použít. Bez nadsázky lze říci, že učitelé jsou na počátku pokusů o výuku cizího jazyka a se svými žáky „experimentují". Ani rodiče nejsou na výuku cizího jazyka u svých dětí připraveni. V domácí přípravě, která má při učení se cizímu jazyku tradičně nezastupitelnou roli, nedokáží mnohdy své děti podpořit, a to i v případě, že se jsou pozitivně naladěni vůči myšlence výuky cizího jazyka u svých dětí a úzce spolupracují s učitelem cizího jazyka. Domnívám se, že se jedná o další svého druhu experiment.

Otázkou je, jestli je etické používat (jakékoli) žáky jako předmět „pochybných" experimentů. Pochybných z toho důvodu, že každý učitel vychází ze svých zkušeností, svých postřehů, svých přesvědčení a není nikde daná společná koncepce systematického výzkumu, který by vedl k validním závěrům.

Literatura

CROSS, D. *A practical Handbook of Language Teaching.* Longman Phoenix Prentice Hall Cassell, 1995. ISBN 0133809579.

ČERMÁK, F. *Jazyk a jazykověda: přehled a slovníky.* Praha: pražská imaginace, 1994. ISBN 8071101834.

LOTKO, E. *Slovník lingvistických termínů pro filology.* Olomouc: UP, 2000. ISBN 8024401231.

PAINTER, L. *Homework.* Oxford: OUP, 2004. ISBN 9780194375740.

PASTYŘÍK, S., VÍŠEK, V. *Základní jazykovědné pojmy: výběrový slovník lingvistické terminologie.* HK: Gaudeamus, 2005. ISBN 8070415711.

RICHARDS, J. C., RODGERS, T. S. *Approaches and Methods in Language Teaching. A Description and Analysis.* Cambridge: CP, 1986. ISBN 0521312558.

THEORY OF MIND DEVELOPMENT IN HEARING IMPAIRED CHILDREN[1]

Joanna Kossewska

Department of Psychology, Pedagogical University of Cracow, Poland

Key words

Deafness, theory of mind, communication deprivation, educational system.

Theory of mind has been viewed as fundamental for our understanding of the social world. It helps us to make sense of the complex patterns of many social relationships such as the acts of deception, interpersonal conflicts and negotiations. It animates our sense of humour so it is also fundamental for our appreciation of cultural acquisition, such as literature, drama or film.

Since the first study in the field of theory of mind in the deaf by Peterson and Siegal (1995) it has been discovered that the majority of the profoundly deaf failed the false belief test. However, more recent research indicates that deaf children are rather not impaired in theory of mind development process but just delayed in developing theory of mind. Nevertheless, that developmental deficit is quite serious when compared to hearing children – deaf children aged 5–12 years solve tests focused on theories of mind better than 3-year-olds but not as well as 4 year-olds, although the background mechanism itself is not damaged (Courtin, 2000).

This article describes factors which influence that theory of mind developmental delay. It presents the context of language as well as communication deprivation within the family and educational system.

Introduction

Human beings have a deep-seated mental competence to facinate with other people; both significant others as well as strangers and to predict and explain their behavior. The process of explanation of other people's behavior is based on understanding mental states, such as beliefs, desires and inten-

[1] The paper was supported by grant from the Polish Ministry of Science and Higher Education.

tions of those people. Individuals understand the behavior of others in terms of their beliefs about the world.

The ability of attempting to make sense of the mental life of other people is called "Theory of Mind" (ToM). The term *"Theory of Mind"* was coined by David Premack and Guy Woodruff (1978) who tested a chimpanzee's ability to predict a person's behavior by means of mental state attribution. In a study, four juvenile chimpanzees learned to indicate two opaque containers with food to a naïve human trainer. After learning to do this, two different types of trainers were introduced: a cooperative trainer acted as he had done before (attempting to locate the hidden food and when he found it giving it to the subject), and a competitive trainer (attempting to locate the food, but when he found it he kept it and ate it himself). It was found that two of the chimpanzees (50%) had learned to indicate the incorrect container for the competitive trainer. Theory of mind seems to be basic if primates are skilled in it. However, the human version of primate social cognition has some special qualities related to complex cultural life, in which individuals live in the context of their beliefs about other people's beliefs.

Theory of mind has been defined as the ability to think about other people's mental states and form theories of how they think. Mental states are abstract entities whose relations to the world are not immediately transparent, particularly when the mental states do not correspond with reality so it has been suggested that exposure to opportunities for reflecting on the disrepancy between mental states and reality is important for theory-of-mind development (Brown, Donelan-McCall, Dunn, 1996).

The theory of mind seems to be a core mechanism of human social life because its lack or disorder creates major barriers to communication and closeness. These barriers often make those closest to the individual feel a lack of sympathy, whether real or perceived, towards the individual. In the many years since the paper by Premack and Woodruff (1978) was first published the most extensive research has been done in the field of developmental psychology, where scientists have investigated what human children know about the minds of others. The most important problems in the theory of mind field of interests are related to: firstly, predictor of theory of mind development, secondly, its neurological basis as well as the process of its development, thirdly, the conditions of its proper development and last but not least, the delay or disorder in theory of mind development in atypical population.

Theory of mind – its development and assessment

After the publication by Premack and Woodruff (1978) it was suggested that children could be tested to see if they have a theory of mind by giving them a so-called false belief task. This is a test to see whether a child will act on a knowingly incorrect belief, or be aware that a second person who is not in possession of a certain piece of information may act incorrectly. There are now two main versions of the false-belief task: Unexpected Location task and Unexpected Content task.

In the Unexpected Location task, a story character places an object (e.g. chocolate) in one location. While he or she is away, the object will be transferred into a new location. The child who is tested has seen the transference, but has to figure out that the story character will look for the object where he or she falsely believes it is located, and not where it actually is. Thus, the child is asked a test question "Where will [Maxi] look for the object [chocolate]?" accompanied by two control questions, "Where did [Maxi] first put the object [chocolate]" and "Where is the object [chocolate] now?" (Wimmer and Perner,1983).

Like adults, typically developing 4-year-olds most commonly judge correctly that the figure will look where the object was located previously. These correct judgments are widely regarded as good evidence that the participant considers figure's behavior to be determined by her (false) belief. In contrast, 3-yearolds commonly err by judging that the figure will look in the new location.

In the Unexpected Content task named also the Deceptive Box task, the child is shown a familiar candy box (or Smarties tube) and is asked what he or she thinks is inside. Having been shown that something other than candy (or chocolate) is inside, the child is then asked what someone else who has not looked inside would think the box contains. Again the child has to understand that others behave according to their own beliefs about reality, even when these are inaccurate. To pass the task the child also has to correctly answer a question about his or her own false belief, "When I first asked you, before we looked inside, what you thought was in the box?" and to correctly answer the question "What is really in the box?" (Perner et al., 1987). These classic and well known procedures have been frequently used in many studies with various modifications.

Three-year-old children almost always fail theory of mind tasks. In the Maxi task they say that Maxi will look in the new location for his chocolate rather than the original location in which he placed it and where he would expect it to be. In the Smarties task three-year-olds say that another child will expect there to be pencils in the tube. Four- and five-year-olds, however, normally pass both the unexpected transfer and the deceptive box tasks indicating that they are able to distinguish between their own knowledge about the real location and the content and that of another person who was not aware of the transfer. Therefore, Wimmer and Perner argued that children exhibit an understanding of false belief at 4–5 years of age.

The third well known theory of mind task is Appearance-Reality task (Flavell, Flavell, and Green 1983). This task involves showing the child an object (e.g. a Charlie Brown doll) and then changing the object's appearance (e.g. covering the doll with a piece of white fabric with eye and mouth holes cut out; creating the appearance of a ghost). With the new appearance in sight, the child is asked two questions. One question is known as the appearance question: "When you look at this object with your eyes right now, what does it look like?" There is also a reality question: "What is this really and truly? Is it really and truly a ghost or really and truly Charlie Brown?" To succeed on appearance-reality tasks, children must realize that an object's appearance might conflict with reality. For example, a white object viewed through a blue colored filter will appear blue, even though it is actually white. Although nearly all typically developed children achieve success on false belief tasks at approximately the same age, there are individual differences in that achievement, with some children succeeding at slightly younger ages than others.

Research on ToM has produced various theories on the nature of ToM development. One of them is a neurological theory of ToM, which explains neuorological mechanisms underlying the development of ToM, due to many examinations with the use of PET, the neuroimaging method of human brain functions. ToM depends on a specific brain mechanism related to significantly increased regional cerebral blood flow in the following regions: the temporal poles bilaterally, the left superior temporal gyrus, temporo-parietal junction and the posterior cingulate cortex (Fletcher et al., 1995, Saxe and Kanwisher, 2003). A second theory posits that false-belief understanding develops out of other capacities that mature during the infancy. For example, pretend play (Leslie, 1987) and shared attention (Baron-Cohen, 1995) may be skills that

precede ToM abilities. There are some specific prerequisites to theory of mind. Firstly, a child must understand that individuals can have desires what may be assessed by joint attention and protodeclarative pointing, secondly, they use pretend play skills and metarepresentation, and thirdly, they begin to use mental state terms such as "think," "know," "want," and "remember". A third theory postulates that the development of ToM is influenced by exposure to conversation about mental states. According to this theory, there is the relationship between verbal ability and ToM in normally developing children (Perner, Ruffman, & Leekman, 1994, Jenkins & Astington, 1996, Białecka-Pikul, 2002). However, the communication difficulties may prevent some children from being able to successfully converse with others. DeVilliers and deVilliers (2000) have emphasised that performance on false belief tasks depends on understanding complex language and that individual differences may reflect differences in language ability. Several studies have found that children with better language skills perform better on false belief tasks (egg. Astington, Jenkins, 1999). The idea that the accurate use of the linguistic terms describing mental states, such as "think", "know" and "remember", requires that they be understood. If a child does not understand what these words mean, then they are likely to fail false belief tasks.

Some researchers have pointed out that family background may also account for some differences. It was found that children with older brothers or sisters succeed in theory of mind tasks earlier than only children or those with a younger sibling (Ruffman et al 1998). Older siblings provide opportunities through play and discussion for younger children to learn about the mental states of others. Parental occupational class and the level of mother's education may also be good predictors of theory of mind development, because they influence language ability and emotional understanding within family (Cutting and Dunn 1999).

Theory of mind in the field of exceptional psychology

Within the last twenty years scientists have also tried to investigate theory of mind development in children with pervasive developmental disorders and different impairments. Since prime publication by Baron-Cohen el. al.1985 numerous populations have been observed to fail tests of theory of mind, such as false belief tasks. Autistic groups and children with specific sensory impairments have also been compared.

In 1985, Baron-Cohen, Leslie and Frith were the first to ask the question of whether autistic children have a theory of mind (Baron-Cohen, Leslie, & Frith,1985). Autism is a pervasive developmental disorder that is characterized by qualitative impairment in social interaction and communication, as well as restricted repetitive and stereotyped patterns of behavior, interests and activities (APA, 2000). Children with autism frequently exhibit atypical language development; they may have difficulties using language related to the emotional states of other people. It was found that children with autism have neither a theory of their own mind nor a theory of other people's minds. These first findings by Baron-Cohen were fundamental to our knowledge and the way of understanding the behavioral problems of autistic persons. However, in the face of thirty years of research in the field of the deficits in theory of mind in autism the strong negative answer should be lessened. To substantiate the claim that theory of mind is a core deficit in autism, three requirements must be met: individuals with autism must universally fail tests of theory of mind; theory of mind must be innate; and theory of mind must depend on a specific neural mechanism.

McAlpine and Moore (1995) studied theory of mind in blind children and found that blind children were somewhat delayed in passing a false-belief task, though this may have been in part due to the greater information- processing demands of such a task for children who cannot use visual cues.. Although blind children are not impaired in verbal communication, they are impaired in some forms of nonverbal communication, and in particular, are not able to detect eye direction: a skill that is usually seen as important, though not absolutely essential, for the development of shared attention (Baron-Cohen, 1993, 1994). The latest findings of the research into the neurological basis of theory of mind by Bendy el al (2009) showed that despite different developmental experiences congenitally blind people have a typical ToM network. The authors concluded that the development of neural mechanisms for ToM depends on innate factors and on experiences represented at an abstract level, amodally. This finding would have great importance into other field of interests, however, researchers are still looking for exceptionality in theory of mind development by hearing impaired people. Therefore the following groups were also subject to studies: deaf children (Peterson & Siegal, 1995, Courtin, 2000, Lundy 2002), non-autistic children and adolescents with intellectual disability (Benson, Abbeduto, Short, Nuccio, & Maas, 1993), children

with Cerebral Palsy (Dahlgreen, et al., 2002, Falkman, 2005), children with Down's Syndrome (Zelazo, Burack, Benedetto & Frye, 1996), Parkinson's patients (Saltzman, Strauss, Hunter, & Archibald, 2000), frontal lobe patients (Rowe, Bullock, Polkey, & Morris, 2001), and, rather curiously, children with a specific language impairment (Miller, 2001), as well as children with Williams syndrome and Pader-Willi syndrome (Karmiloff-Smith, et al, 1995; Sullivan, Tager-Flusberg, 1999; Tager-Flusberg, Sullivan, 2000).

The findings mentioned hereinbefore have been highly influential on the field of developmental psychology and have implications for study of theory of mind in hearing impaired children.

Theory of mind in hearing impaired children

Why does sensory impairment influence specific problems within theory of mind development? What are the predictors of normal development in children with hearing impairment? Answers to these questions could give real support to parents and help the families of children with hearing impairments to deal with developmental delay, as well as to stimulate social development of their children.

The first study in the field of theory of mind in the deaf by Peterson and Siegal (1995) revealed that 65% of profoundly deaf Australian children aged 8–13 using Auslan (Australian sign language) to communicate failed the false belief test. They reported that only 35% of them passed a version of the classic "Sally- Anne" task. The level of performance shown by deaf children did not differ significantly from that reported for autistic children of a comparable (nonverbal) mental age. These results were replicated in a later comparison of deaf and autistic children across a wider age range using a wider range of tests (Peterson & Siegal, 1997, 1999, 2000).

More recent research indicates that deaf children are not impaired in theory of mind development but just delayed in this process. However, that delay is quite serious compared to hearing children, in some cases not reliably understanding false belief until early adolescence. Deaf children aged 5–12 years solve tests focused on theories of mind better than 3-year-olds but not as well as 4 year-olds, although the background mechanism itself is not damaged and the problem is not related to hearing impairment per se but rather to some aspects of language context (Courtin, 2000; Lundy, 2002).

1. Early exposure to language

The role of language has often been perceived as fundamental to theory of mind development in hearing children, which was described previously (Astington & Jenkins, 1999; de Villiers & de Villiers, 2000; Biłecka-Pikul, 2002), thus it should also be important to the deaf. The strong evidence for such a general conclusion was found in researches comparing the false beliefs in deaf children who are native signers of a sign language (usually the second generation of deaf children who have been raised by signing deaf parents) and late signers – deaf children of hearing parents (often learning sign language only once at school). Serious delay in theory of mind development was first argued within the theory of limited early exposure to language. It seems that many deaf children will be delayed in gaining conversational access to information about the intangible thoughts and feelings of others. According to Peterson and Siegal (1995, 2000), the primary cause of a delayed development of ToM is the lack of access to conversations.

It is obvious that the deaf children group is not homogeneous because more than 90% of deaf children have hearing parents. So it might be concluded that theory of mind developmental delay occurred in deaf children of hearing parents (late signers).

Studies composed of different tasks show interesting, however differential results due to the fact that in many studies late signers are older than the compared hearing children, when typically pass false belief tasks. So it is difficult to determine how native signers compare with hearing peers in terms of development of false belief understanding if different age groups are taken into account. Peterson and Siegal (2000) summarised the results of 11 separate investigations from different cultures and educational systems involving profoundly deaf children and false belief tests and found consistent support for the finding that late signers are seriously delayed in acquiring theory of mind, whereas the delay amongst native signers was not so marked. The value of the child's social and emotional development depends on visual and tactile communication techniques of interacting developing naturally between a deaf child and a deaf parent.

IPeterson et. al. (2005) have shown that only a third of the late-signers aged 5.5–13.2 years could pass a false belief task, whereas 60% of deaf adolescents from hearing families could not understand another person's false beliefs. It ought to be emphasized, however, that the findings of different sci-

entists from the studies comparing different age groups are divergent, depending on age, and depict smaller developmental delays in ToM development. According to the study by Moeller and Schick (2006) deaf children pass false belief tasks at younger ages (6- and 7-year-olds: 63% passed; 8- and 9-year-olds: 75%) and native signers perform significantly better on ToM tasks than their late signers peers. The only study so far to compare native signers with their hearing peers at the same age was conducted by Courtin (2000), who studied ToM skills in a both native and late signers. It was discovered that the 5-and half-years-old native signers outperformed the 7-year-old late signers, regardless of whether the latter were learning sign language or spoken French. And what is more significant, native signers were significantly better on the false belief tasks than a control group of hearing peers. This results show an enhanced performance in deaf children learning sign language because most sign languages (if not all) have grammatical structures to indicate the space. All of linguists divided signs into several phonemic distinctive features: hand shape, palm orientation, hand movement, hand location, as well as non-manual features such as facial expression, posture, and mouthing which are going on within space. Therefore, taking one's own or somebody else's perspective within the visual space is a basic element of the sign language grammar. Because of visual aspects of sign language, deaf children learning sign language may be particularly advantaged when taking perspective of others as well as learning concepts about mental states.

As in the previous studies Schick et al. 2007 found that the development in the field of understanding false beliefs and konwledge about mental states was delayed in case of deaf children of hearing parents, irrespective of a dominant language of an educational system (schools with spoken English or ALS).. In contrast, native signers performed with no significant difference to the hearing children on any of the ToM tasks, either verbal or low verbal. This means that the deaf children with hearing parents are not delayed in ToM because of their deafness per se. Early access to an equivalent language in another medium, namely ASL, is just as effective for communicating ToM, as demonstrated by the native signers performance. This study showed that early exposure to sign language is an important factor of ToM development but, in contrast to a finding by Courtin (2000), does not show that the native signers are advantaged in their ToM development compared with their hearing peers, providing there was no evidence that sign language was facilitative over spoken language.

Hearing families that experience difficulty in communication with deaf children about everyday routines also suffer extreme difficulty talking about thoughts, beliefs and intentions. As a result, language-delayed deaf children miss out on references to abstract, unseen entities such as mental states, and have fewer raw materials to develop ToM concepts. Deaf children do not have any special problems with social interaction other than that imposed by delayed language skills, unlike children with autism, who have also been shown to be significantly delayed in ToM development (Peterson & Siegal, 2000).

2. Common engagement

If a child is not able to communicate with others by means of a communication channel he or she understands, it limits the child's background of the psychical safety feeling construction, which is the basis of the ability to create his/her identity (Zalewska, 1998). The stress by a hearing mother of a deaf child makes her experience herself as also being deaf in contact with her child because her communicating skills are not adequate. As a result, many deaf children have access to neither spontaneous spoken conversations nor nonverbal behavioural dialogues. The early behavioral dialogue is fundamental for developing imitation and cooperative skills as the basis of all different learning skills. During a behavioral dialogue, which constitutes a first step towards the development of episodes of common engagement, a mother gives all her love and care to her child, which provides the child with the feeling of security and helps them establish a secure attachement. It was found in hearing toddlers that the theory of mind development during a preschool stage takes place as toddlers attend to both social-emotional and symbolic aspects of shared events. When controlling for language comprehension at 30 months, higher preschool false belief scores were associated with more time spent in both coordinated joint engagement with a caregiver in an ealier toodlerhood and in a symbol-infused joint engagement in a later toddlerhood (Nelson, Adamson, Bakeman, 2008). Tomasello et al (2005) describe three levels of episodes of engagement predictable for social cognition. First is **Dyadic engagement** called also *protoconversations* (before 9 m). These are social interactions in which the adult and infant look, touch, smile, and vocalize toward each other in turn-taking sequences based on sharing behavior and emotions. Second is **Triadic engagement** based on sharing goals and perception (9–12 m.). The child interacts together with a goal-directed

agent toward some shared goal. In doing this, both interactants perceptually monitor the goal-directed behavior and perceptions of the partner. These are activities such as giving and taking objects, rolling a ball back and forth, building a block tower together, putting away toys together, "pretend" games of eating or drinking, "reading" books, and pointing-and-naming games. During these activities, infants' looking becomes coordinated with that of the other person triadically toward the relevant outside objects as well. Third is **Collaborative engagement** – the stage of joint intentions and attention (12–15 m.). The child interacts with an intentional agent toward some shared goal and with coordinated action plans as manifest in a joint intention – and with joint attention (mutual knowledge) as well**.** Tomasello argues that humans' cooperative communication emerged first in the natural gestures of pointing and pantomiming. Conventional communication, first gestural and then vocal, evolved only after humans already possessed these natural gestures and their shared intentionality infrastructure along with skills of cultural learning for creating and passing along jointly understood communicative conventions. Prelingually deaf children, being born unable to hear but growing up in an environment rich with episodes of engagement at all three mentioned above levels, may be free of communication difficulties. Deaf children born to signing deaf parents can develop natural and fluent communication skills as well as ToM (Marschark, et al., 2000; Moeller, 2002; Gray & Hosie, 1996). Deaf children of hearing parents usually grow up in the environment poor in stimulations and with low impact of engagement, and they often are treated as objects of speech therapy, which is connected with the more authoritarian way of communication that seems to focus on parental own wishes rather than the subject of personal dialogue in which the child' feelings and needs are respected. In such a situation, deaf children of hearing parents are usually deprived of any possibilities as well as motivation to explain their own needs and take their own, independent decisions. What is more, they are often forced to communicate verbally with others.. Such a contact and an early communication experience result in deaf children's tendency to use repetitions and arguments that do not provide new information to their conversation partners and in their decreased ability to take the perspective of others.

In contrast to such a developmental pattern, deaf children of deaf parents who use a sign language as native (native signers) will not be at all delayed in ToM. Native signers performed the same as hearing controls at ages 4, 5, and

6 years on both verbal and low verbal ToM tasks (Courtin, 2000; Peterson & Siegel, 1997, 1999; Woolfe et al, 2002).

3. Language acquisition

Second context of language might be pointed out as *language acquisition***.** Many studies of deaf children suggest some causal role for language acquisition in the development of an understanding of false beliefs (P. de Villiers, 2005). A subgroup of native signers are exposed to a full language from birth in the form of a natural sign language, so their language acquisition follows the normal timetable and have demonstrated similar developmental pattern in language acquisition to hearing peers (Schick, 2003). In contrast, many late signers have significantly delayed language acquisition, although they have age-appropriate non-verbal intelligence and active sociability. Language delayed deaf children also show a significant delay in ToM development.

Lundy (2002) used Language Proficiency Profile and found that age was the most significant predictor of verbal false-belief task performance. Language skills of 34 deaf and hard of hearing children, ages 5–10, were found less significant for the children's theory of mind development then age. More recent studies showed that grammatical skills of deaf children were highly correlated with false belief measures (Moeller and Schick 2006). The children's own language scores predicted a small but significant 14% of the variance in their ToM scores, however, both age and maternal language were highly correlated with the children's ToM performance. Significant predictors of ToM might be also both vocabulary comprehension and syntax production (de Villiers and Pyers 2002) It was found that there were significant predictors of 23 oral deaf children's performance on both verbal and nonverbal tests of false belief tasks, even when the effects of age, nonverbal IQ, and hearing loss were controlled. However, the language acquisition is very important for theory of mind development, it was also found, when comparing late signers to native signers in terms of language age that they are still significantly delayed in their false belief reasoning (Woolfe et al., 2002). This might be interpreted as the background of theory of mind development by deaf children is very complex and conditioned by numerous factors.

4. Significant others – the mother and siblings

Both aspects of language context basis for theory of mind development in deaf children which were mentioned hereinabove are related to the com-

mon mode of communication within family. Moeller and Schrick (2006) has found that ***mother's*** signed use of mental state expressions (desires and cognitions) in describing events to their signing deaf children is predictive of the children's ToM reasoning, independent of the children's own language skills. It means that a deaf mother spontaneously stimulates theory of mind development of her deaf child, even though his or her language competences are not highly developed. When engaging in conversations about mental state, a mother's signing skill impacts the frequency and diversity of these discussions.

Several studies have found that relatively few hearing parents achieve sufficient proficiency in manual communication to converse fluently with their deaf children about imaginary or unobservable objects as well as abstract concepts (Marschark, 1993). Hearing mother's use of sign language to name significant mental states has a crucial influence on the development of ToM in deaf children, irrespective of the fact if the mother herself is a native signer or not. Thus, a training of hearing mothers of deaf children in the first generation in the field of basic command of the signs of sign language that describe mental states seems to be of paramount importance. As a mother is one of the most important significant others in early childhood as well the best model of language development, she exerts a very important impact on the value of her child's social interaction and ToM development. Results (Moeller, Schrick, 2006) showed that maternal sign proficiency was correlated with a child's language, false belief, and mothers' talk about the mind. Frequency of mothers' mental state talk was significantly related to ToM, after controlling for the effects of language. The frequency of maternal mental state input was influenced by the level of maternal sign skill.

Although initiating an interaction and communication with a deaf child often motivates a hearing mother to learn sign language, she is in many cases unable to communicate mental states to her child. Moeller and Schick (2006) found that hearing mothers varied in their ability to use signs for mental state terms and that the mothers' ability and willingness to talk about the mind was correlated with their own child's ability to pass false belief tasks.

Deaf children of hearing mothers who use sign language in communication about mental states demonstrated only slight ToM delays in comparison to other studies.

Siblings of deaf children, both deaf and hearing, might also play an important role in theory of mind development. It was found that the quality of

the sibling relationship predicted ToM reasoning over and above the age of the children and the effectiveness of conversation about the physical world (Woolfe, 2003). Siblings of deaf children can provide a positive environment in which children are exposed to talk about mental states that alerts them to the possibility that beliefs may differ from reality. Participating with sibilings in pretend plays, deaf children engage in numerous communicative situations that require describing mental states and reality. The children also might have an opportunity to confront the reality and false beliefs of another person.

5. Schooling system

Theory of mind development might also be related to an ***educational system***. School environment also seems to be an important factor of ToM development in deaf children. They usually are taught in three different type of schooling: segregated, mainstream or regular schools for the hearing. These types differ not only in the impact of social and cognitive integration but, what is more influencial, in the mode of communication. Schools varied in the level of oral vs. sing language to be used.

Children educated by means of total communication, bilingual communication and oral language were compared (Courtin, 2000, Peterson, Siegal 1999). Deaf children of hearing parents are delayed in the development of theories of mind no matter what communication pattern has been adopted in their education, which means that the delay is not specific or related to the way of teaching. The findings showed that education in a TC classroom where sign was used along with speech neither enhanced nor detracted from ToM development, relative to mainstream schooling (Peterson, 2004). Some hearing parents of deaf children opt for a purely oral approach to family communication and for mainstream or regular oral-only schooling. Language development is generally delayed in orally educated profoundly deaf children who use conventional hearing aids (Svirsky, Robbins, Iler-Kirk, Pisoni, & Miyamoto, 2000) so they also would have delay in ToM. Along with delayed language, restrictions upon the oral deaf child's opportunities to exchange information about thoughts, feelings, or intentions with hearing parents, peers and siblings may curtail ToM development. Orally-taught deaf child not exposed to sign language experience the limited speech, vocabulary and syntax typically present at age 4 years however this level is not sufficient to support elaborate mind-talk, especially reference to others' beliefs'. Consequently, if

language and early family conversation are critical factors for ToM development, orally educated deaf children with hearing aids should be delayed in mastering concepts of false belief.

That might be the argument for bilingual education (Singleton et al., 1998) which assumes that sign language is the primary basis of deaf children's development both in cognitive and emotional-social aspects. Its good frame for the development of the second language development, which for the deaf means oral national language used by the hearing majority.

There is also evidence that teachers of the deaf, as well as hearing teachers of hearing children, vary a great deal in how much they talk about the mind. Given that many deaf children often have a limited range of social partners who can they communicate fluently with, restricted input is a serious issue for many children.

The education of deaf children living in an integrated environment needs to look beyond functional communication and academic skills and ensure there is also a focus on more complex aspects of social and emotional understanding and development.

Theory of mind skills could be ***trained*** both in autistic children (Wellman, et. al. 2002) and the deaf (Cerruto, 1999). In the study by Cerruto (1999) it was hypothesized that children who are deaf would demonstrate delayed development of theory of mind on a pretest. However, two sessions of training would improve their belief tasks performance in a posttest. Training study was organized for a group of 38 children, between the ages of 5 and 13. The children participated in control and belief training groups and received two sessions spanning two weeks. A two-week and subsequent four-week pretest, posttest and follow-up task were administered. A simple false belief pretest task results showed that firstly, the vast majority of children who are deaf (77%) failed that task, secondly, a significant relationship between age and belief task performance existed, thirdly, an insignificant relationship between IQ and belief task performance was found, and fourthly, an insignificant relationship between gender and belief pretest performance was found as well.

In general, the results of the study suggest that two belief training sessions spanning two weeks had an effect on deaf children's performance on false belief tasks. The results of a t-test indicated that significant differences were found between the theory of mind training group and the control one on posttest scores measured on total, self, and other scores. More detailed

results showed that the gender was not the significant factor in theory of mind improvement after training. This early bird study suggested that future research should be done to predict the transfer of training results into different objects as well as secondary level of beliefs.

Conclusion

Many studies found that deaf children represent a delay in theory of mind development, however, the performance of false believe tasks by native signers (deaf children of deaf parents) is much better then late signers (deaf children of hearing parents). It is argued that deaf children with language delay are significantly delayed in their mastery of false-belief reasoning. Language may, therefore, perform two important roles: it can be a common code of communication, which during an interaction strengthens communicative competences of deaf children and it can facilitate establishing social contacts with significant others.. Sharing common attention during the episodes of engagement stimulates the ability to take perspective of others and to communicate about mental states. Significant others (mother and siblings) are very important figures in this process.

References

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). Pervasive developmental disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth edition–text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, pp. 69–70.

ASTINGTON, J. W., & JENKINS, J. M. (1999). A longitudinal study of the relation between language and theory of mind development. *Developmental Psychology*, 35, pp. 1311–1320.

BARON-COHEN, S. (1993). From attention-goal psychology to belief-desire psychology: the development of a theory of mind, and its dysfunction. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, and D.J.Cohen (Eds.), *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism* (pp. 59–82). New York: Oxford University Press.

BARON-COHEN, S. (1994) How to build a baby that can read minds: Cognitive mechanisms in mindreading. *Cahiers de Psychologie Cognitive/ Current Psychology of Cognition*, 13, pp. 513–552.

BARON-COHEN, S. (1995) Mindblindness: an essay on autism and theory of mind. MIT Press/Bradford Books.

BARON-COHEN, S., LESLIE, A. M., & FRITH, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, pp. 37–46.

BEDNY, A. M., PASCUAL-LEONEA, A., & SAXE R. (2009). Growing up blind does not change the neural bases of Theory of Mind. *PNAS*, 7, 106, 27, pp. 11312–11317.

BENSON, G., ABBEDUTO, L., SHORT, K., NUCCIO, J., & MAAS, F. (1993). Development of a theory of mind in persons with mental retardation: recognizing ignorance and false belief. *American Journal on Mental Retardation*, 3, pp. 427–433.

BIAŁECKA-PIKUL, M. (2002). *Co dzieci wiedzą o umyśle i myśleniu. Badania i opis dziecięcej reprezentacji stanów mentalnych*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

BROWN, J. R., DONELAN-MCCALL, N. & DUNN, J. (1996) Why Talk about Mental States? The Significance of Children's Conversations with Friends, Siblings, and Mothers, CHILD DEVELOPMENT, 67, 836–849.

CERRUTO, A. (1999). The effects of training on theory of mind tasks with children who are deaf. *Dissertation Abstracts International Section B: The Scientes and Engineering*, 60(5-B), p. 2383.

COURTIN, C. (2000). The impact of sign language on the cognitive development of deaf children: the case of theories of mind. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 5(3).

CUTTING, A. L., & DUNN, J. (1999). Theory of mind, emotion understanding, language, and family background: Individual differences and interrelations. Child Development, 70, 853–865.

DAHLGREN, S., DAHLGREN-SANDBERG, A., & HJELMQUIST, E. (2003). The nonspecificity of theory of mind deficits: Evidence from children with communicative disabilities. *European Journal of Cognitive Psychology,* 15, pp. 129–155.

DE VILLIERS, J. G., & DE VILLIERS, P. A. (2000). Linguistic determinism and the understanding of false beliefs. In P. Mitchell & K. Riggs (Eds.), *Children's reasoning about the mind* (pp. 191–228). Hove, UK: Psychology Press.

DE VILLIERS, P. A. (2005) The role of language in theory-of-mind development: what deaf children tell us. In Astington, J. W. & Baird, J. A. (Eds). *Why language matters for theory of mind*. Oxford: OUP., pp. 266–297.

DE VILLIERS, J. & PYERS, J. (2002). Complements to cognition: A longitudinal study of the relationship between complex syntax and false belief understanding. *Cognitive Development*, 17, pp. 1037–1060.

FALKMAN, K.W. (2005). *Communicating your way to a Theory of mind. The development of mentalizing skills in children with atypical language development.* Sweden: Göteborg University, Department of Psychology.

FLAVELL, J. H., FLAVELL, E. R., & GREEN, F. L. (1983). Development of the appearance-reality distinction. *Cognitive Psychology*, 15, pp. 95–120.

FLETCHER, P. C., HAPPE, F., FRITH, U., BAKER, S. C., DOLAN, R. J., FRACKOWIAK, R. S. J. & FRITH, C. D. (1995). Other minds in the brain: a functional imaging study of "theory of mind" in story comprehension. *Cognition*, 57(2). pp. 109–128.

GRAY, C. D. & HOSIE, J. A. (1996). Deafness, Story Understanding, and Theory of Mind *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1:4, pp. 217–233.

JENKINS, J. M., & ASTINGTON, J. W. (1996). Cognitive factors and family structure associated with theory of mind development in young children. *Developmental Psychology,* 32, pp. 70–78.

KARMILOFF-SMITH, A., KLIMA, E., BELLUGI, U., GRANT, J. & BARON-COHEN S. (1995) Is there a social module? Language, face-processing and theory of mind in individuals with Williams syndrome. *Journal of Cognitive Neuroscience, 7*, pp. 196–208.

LESLIE, A. M. (1987). Pretence and representation: the origins of "theory of mind". *Psychological Review*, 94, pp. 412–426.

LUNDY, J. E. B. (2002). Age and language skills of deaf children in relation to theory of mind development. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education,* 7, pp. 41–56.

MARSCHARK, M. (1993). *Psychological development of deaf children*. New York: Oxford University Press.

MARSCHARK, M., GREEN, V., HINDMARSH, G., & WALKER, S. (2000). Understanding theory of mind in children who are deaf. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, pp. 1067–1073.

MCALPINE, L. M., & MOORE, C. L. (1995). The development of social understanding in children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness,* 89, pp. 349–358.

MILLER, C. A. (2001). False belief understanding in children with specific language impairment. *Journal of Communication Disorders*, 34 (1/2), pp. 73–86.

MOELLER, P. M., SCHRICK, B. (2006). Relations between maternal input and theory of mind understanding in deaf children. *Child development*, 77, 3, pp. 751–766.

NELSON, P. B., ADAMSON, L. B., BAKEMAN, R. (2008). Toddlers' joint engagement experience facilitates preschoolers' acquisition of theory of mind. *Developmental Science*, 11, 6, pp. 847–852.

PERNER, J., LEEKAM, S. R., WIMMER, H. (1987). Three-year-olds' difficulty with false belief: The case for a conceptual deficit. *British Journal of Developmental Psychology*, 5, pp. 125–137.

PERNER, J., RUFFMAN, T, & LEEKAM, S. R.(1994). Theory of mind is contagious: You catch it from your sibs. *Child Development*, 65, pp. 1228–1288.

PETERSON, C. C (2004). Theory-of-mind development in oral deaf children with cochlear implants or conventional hearing aids. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*. 45, 6, pp. 1096–1106.

PETERSON, C., & SIEGAL, M. (1995). Deafness, conversation and theory of mind. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 36, pp. 459–474.

PETERSON, C. C., & SIEGAL, M. (1997). Psychological, physical, and biological thinking in normal, autistic, and deaf children. In H. M. Wellman & K. Inagaki (Eds.), *The emergence of core domains of thought: New directions for child development* (Vol. 75, pp. 55–70): San Francisco, CA: Jossey-Bass.

PETERSON, C., & SIEGAL, M. (1999). Representing inner worlds: Theory of mind in autistic, deaf, and normal hearing children. *Psychological Science*, 10(2), pp. 126–129.

PETERSON, C. C., & SIEGAL, M. (2000). Insights into theory of mind from deafness and autism. *Mind and Language*, 15, pp. 123–145.

PETERSON, C. C., WELLMAN, H. M., & LIU, D. (2005). Steps in theory-of-mind development for children with deafness or autism. *Child Development*, 76(2), pp. 502–517.

PREMACK, D. & WOODRUFF, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences.*, *4*, pp. 515–526.

ROWE, A. D., BULLOCK, P. R., POLKEY, C. E., & MORRIS, R. G. (2001). "Theory of mind" impairments and the relationship to executive functioning following frontal lobe excisions. *Brain*, 124, pp. 600–616.

RUFFMAN, T., PERNER, J., NAITO, M., PARKIN, L., & CLEMENTS, W.A. (1998). Older (but not younger) siblings facilitate false belief understanding. *Developmental Psychology*, *34*(1), pp. 161–174.

SALTZMAN, J., STRAUSS, E., HUNTER, M., & ARCHIBALD, S. (2000). Theory of mind and executive functions in normal human aging and Parkinson Disease. *Journal of the International Neuropsychological Society, 6*, pp. 781–788.

SAXE, R., & KANWISHER, N. (2003), People thinking about thinking people: The role of the temporoparietal junction in 'theory of mind'. *NeuroImage* 19, pp. 1835–1842.

SCHICK, B., DE VILLIERS, P., DE VILLIERS, J. & HOFFMEISTER, R. (2003). Theory of Mind: Language and Cognition in Deaf Children. *The ASHA Leader*, 7, pp. 6–14.

SCHICK, B., DE VILLIERS, P., DE VILLIERS, J., & HOFFMEISTER, R. (2007) Language and Theory of Mind: A Study of Deaf Children. *Child Development*, 78, 2, pp. 376–396.

SINGLETON, J. L., SUPALLA, S., LITCHFIELD, S., & SCHLEY, S. (1998). From sign to word: Considering modality constraints in ASL/English bilingual education. *Topics in Language Disorders*, 18(4), pp. 16–29.

SULLIVAN, K. & TAGER-FLUSBERG, H. (1999). Second-order belief attribution in Williams syndrome: Intact or impaired? *American Journal on Mental Retardation*, 104, pp. 523–532.

SVIRSKY, M. A., ROBBINS, A. M., KIRK, K. I., PISONI, D. B., MIYAMOTO, R. T. (2000). Language development in profoundly deaf children with cochlear implants. P*sychological Science*. 11(2), pp. 153–158.

TAGER-FLUSBERG, H., SULLIVAN, K. (2000). A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition, 76*, pp. 59–89.

TOMASELLO, M., CARPENTER, M., CALL, J., BEHNE, T., MOLL, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral And Brain Sciences,* 28, pp. 675–735.

WELLMAN, H. M., BARON-COHEN S., CASWELL R., GOMEZ J. C., SWETTENHAM J., TOYE, E., LAGATTATA K. (2002). Thought Bub-

bles help children with autism acquire an alternative to a theory of mind. *Autism*, 6(4), pp. 343–363.
WIMMER, H., & PERNER, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of perception. *Cognition*, 13, pp. 103–128.
WOOLFE, T., WANT, S.C. & SIEGAL, M. (2002) Signposts to development: Theory of mind in deaf children. *73(3).* pp. 768–778.
WOOLFE, T., WANT, S. C., SIEGAL, M. (2003). Siblings and Theory of Mind in Deaf Native Signing Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 8, 3, pp. 350–347.
ZALEWSKA M. (1998). *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychologiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i z opóźnionym rozwojem mowy.* Warszawa: Santorski CO.
ZELAZO, P. D., BURACK, J. A., BENEDETTO, E., FRYE, D. (1996). Theory of mind and rule use in individuals with Down's syndrome: a test of the uniqueness and specificity claims. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 37 (4), pp. 479–84.

NIEKTORÉ ŠPECIFICKÉ PROBLÉMY RODÍN SO SLUCHOVO POSTIHNUTÝM DIEŤAŤOM

PhDr. Ľubica Kročanová

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava, SR

Kľúčové slová

Dieťa so sluchovým postihnutím, rodičovský stres, stratégie rodinného zvládania.

Key words

Hearing-impaired child, family stress, strategies of family coping.

Úvod

Rodina ako jedinečná a najmenšia sociálna skupina s vlastnou vnútornou dynamikou i atmosférou pôsobí ako dlhodobý determinant psychického vývinu dieťaťa, čo pre dieťa s postihnutím platí obzvlášť. Rodina má preň jedinečný význam ako primárne, a zároveň trvalé sociálne prostredie, do ktorého prichádza a kam sa neustále vracia (Šimová, 1994). Prebiehajú tu podstatné aspekty formovania jeho osobnostných, emocionálnych a sociálnych kvalít.

Dieťa s postihnutím prináša rodine permanentnú záťažovú situáciu spojenú so starostlivosťou o jeho výchovu a neskôr i vzdelávanie. Znamená pre rodičov okrem fyzickej záťaže, najmä sociálny stres a psychický tlak a z ekonomického pohľadu aj možné zníženie životného štandardu (Prevendárová, 1998). Rodina sa musí neustále vyrovnávať s rizikovými situáciami so zvýšenou emocionálnou záťažou, čo si od rodičov vyžaduje dlhodobú adaptáciu na riešenie náročných problémov. Skúške stability a zrelosti sú vystavené osobnostné kvality rodičov, ich vzájomný partnerský vzťah i schopnosť pružne reagovať na záťaž. Prítomnosť postihnutého dieťaťa v rodine taktiež spôsobuje rodičom citeľné pracovné a spoločenské obmedzenia. Často zažívajú negatívny pocit z tzv. pribrzdenia rodinného životného cyklu a z narušenej synchronizácie so svojimi rovesníkmi pri prechádzaní jednotlivými vývinovými obdobiami vo svojom živote. Pridružiť sa môžu nesplnené očakávania z pomalého tempa pozitívnych prírastkov vo vývine dieťaťa.

Rodina a dieťa so sluchovým postihnutím

V rodine, do ktorej prichádza dieťa so sluchovým postihnutím, sa celková rodinná situácia komplikuje prítomnosťou komunikačnej bariéry. Úlohou rodičov okrem bezprostrednej starostlivosti o dieťa a zachovania bežného chodu rodiny, je zvládnuť základné zásady problematiky sluchového postihnutia, zvlášť otázku voľby komunikačného kanála a dorozumenia sa s dieťaťom. Väčšina rodičov (90 %) sluchovo postihnutých detí je počujúcich. Je teda zrejmé, že ich neľahká rodičovská pozícia si vyžaduje profesionálnu podporu, lebo sa adaptujú na novú životnú situáciu. Potrebujú intenzívnu spoluúčasť odborníkov na tomto procese, hoci ťažisko rozhodnutí týkajúcich sa dieťaťa, leží vždy na rodičoch. Ich náročné rodičovské poslanie sa začína po definitívnom potvrdení diagnózy sluchového postihnutia a určení stupňa straty sluchu dieťaťa. Musia zvládnuť prijatie novej životnej situácie a porozumieť jej. Z tohto aspektu je pre nich nevyhnutné začať spolupracovať s odborníkmi. Je zrejmé, že profesionálna intervencia do rodiny poskytovaná za dobrej spolupráce pediatra prvého kontaktu, špeciálneho pedagóga – surdopéda, logopéda, psychológa, sociálneho pracovníka, príp. terapeuta je vhodná okamžite – najlepšie, ak je dieťa vo vývinovom období 0–3 roky. Včasnú diagnostiku a už spomínaný skorý nástup odbornej starostlivosti považujeme za rozhodujúce psychologické faktory pri zvládaní počiatočného rodičovského stresu.

S akými najčastejšími problémami sa stretávame pri poskytovaní psychologických služieb rodinám so sluchovo postihnutým dieťaťom?

Mnohokrát dochádza k oneskorovaniu ranej starostlivosti o deti s podozrením na sluchový hendikep, resp. už s diagnózou sluchového postihnutia, čím sa znižuje jej kvalita a výsledný efekt. Každé sluchovo postihnuté dieťa, rovnako ako aj dieťa zdravé, disponuje určitým potenciálom vývinových možností. Na rozdiel od intaktného dieťaťa je však vhodné mu podnety ponúkať intenzívnejšie a systematicky, nakoľko si ich menej aktívne či iniciatívne vyhľadáva. Ak nie je pravidelne stimulované a zostáva bez odbornej intervencie, začína výraznejšie zaostávať v porovnaní s dieťaťom, u ktorého bol včas indikovaný a poskytovaný špeciálnopedagogický aj psychologický podporný servis. Včasná profesionálna starostlivosť sa pozitívne prejaví prirodzenými prírastkami v kognitívnom vývine dieťaťa, ktoré má sluchový hendikep, a tiež jeho rastúcimi komunikačnými a sociálnymi kompetenciami. A obzvlášť stimulujúce pre jeho intelektový a rečový vývin je podnetné rodinné prostredie.

Klasický model rodinnej starostlivosti o sluchovo postihnuté dieťa

V našom spoločenskom prostredí, a najmä v prvých rokoch po narodení dieťaťa, je to spravidla matka, ktorá sa oňho stará a „dominantná" pozícia jej patrí aj v miere zvládania tejto dlhodobo záťažovej situácie. Matka zvyčajne prežíva vyššiu mieru rodičovského stresu a negatívnych emócií (úzkosť, strach, depresívne symptómy), a taktiež pociťuje viac spoločenských obmedzení v porovnaní s otcom. Otcovia sa zapájajú do starostlivosti o postihnuté dieťa viac ako živitelia rodín. Ich prítomnosť v rodine však pomáha lepšie zvládať zvýšenú záťaž a pozitívne pôsobí na sociálne vzťahy a kvalitu života v nej (Krýslová, Nováková, 1995). Otcovia ale mávajú väčšie problémy s prijatím postihnutia svojho dieťaťa, s kladením nárokov na neho, a tiež s ním ťažšie komunikujú (Kročanová, 1999).

Obaja rodičia však smerujú k tomu, ako svojmu dieťaťu pomôcť a iniciatívne hľadajú všetky dostupné možnosti na jeho výchovu, vzdelávanie, a neskôr profesijnú prípravu bez ohľadu na to, či si vyberú špeciálnopedagogické prostredie alebo zvolia sociálnu integráciu medzi intaktnú detskú populáciu. Niektorí však jednoznačne uprednostňujú možnosť integrovať svoje dieťa, čo je síce už dnes dobrou praxou, ale nie vždy vyhovujúcim riešením.

Adaptácia rodiny na spolužitie so sluchovo postihnutým dieťaťom

Obmedzujúcim faktorom vzájomnej koexistencie v rodine s nepočujúcim dieťaťom môžu byť problémy s akceptáciou dieťaťa a jeho postihnutia, s adaptáciou na dieťaťom ponúkaný spôsob komunikácie, ako aj s prijatím seba ako rodiča dieťaťa so sluchovou vadou. Prítomnosť komunikačnej bariéry v rodine si vyžaduje, aby rodičia ako prvoradú riešili otázku voľby komunikačného kanála (zvoliť si posunkový jazyk, orálny spôsob dorozumievania alebo ich kombináciu?) tak, aby vývin komunikácie dieťaťa so stratou sluchu a vzájomné komunikačné vzťahy s rodinou aj širším sociálnym prostredím prebiehali plynule (Nováková, 1995). Od vyriešenia tohto zásadného komunikačného problému závisí reálne zvládanie rodinnej situácie s nepočujúcim dieťaťom.

Rodičia sú každodenne konfrontovaní aj s ďalšími problémami, ktoré sluchové postihnutie dieťaťa prináša a psychologická pomoc v osobe poradenského psychológa by im mala naznačiť možnosti ako ich riešiť. Najlepšie, ak dostanú viacero alternatív, z ktorých si môžu primerane vybrať. Pritom netreba zabúdať na očakávania a potreby každej rodiny, rešpektovať jej autonómiu a rozhodujúcu rolu rodičov. V adaptačnom období, ktoré je dlhodobé,

bývajú rodičovské postoje k dieťaťu veľmi premenlivé. Zmeny v miere zvládania rodičovského stresu prebiehajú počas celého vývinu dieťaťa. Rodičia počas adaptačného procesu, ktorý má viacero fáz (známych z dostupnej literatúry) menia svoje postoje a vzťah k dieťaťu. Jednotlivé adaptačné etapy úzko súvisia s aktuálnymi podmienkami v rodine aj s osobnostnými charakteristikami rodičov, majú odlišnú chronológiu aj dĺžku trvania. Odborník-poradca by im mal pomôcť zorientovať sa v tomto procese. Mal by naznačiť možnosti, ako riešiť konkrétne problémy, s ktorými sú vzhľadom na svoje sluchovo postihnuté dieťa každodenne konfrontovaní. S jeho pomocou dokážu adekvátnejšie zhodnotiť vlastnú rodinnú situáciu a zároveň posúdiť vývinové perspektívy pre svoje dieťa vo výchovnej, vzdelávacej, neskôr aj v profesionálnej oblasti. Adaptačné stratégie, ktoré si začnú rodičia vzhľadom na svoje sluchovo postihnuté dieťa používať, budú vždy pod vplyvom viacerých intervenujúcich faktorov.

V tejto životnej etape si rodičia začínajú utvárať copingové stratégie, do ktorých intervenujú viaceré činitele, mnohé máme aj výskumne potvrdené (Luterman, 1999, Kročanová, 1999, a i.). Sú to napr. aktuálna klíma rodiny, osobnostné charakteristiky rodičov (osobitne tie, ktoré súvisia s procesom zvládania: odolnosť voči frustrácii, nižšia zraniteľnosť stresom, pripravenosť pozitívne hodnotiť svoju životnú pozíciu aj napriek záťaži, flexibilita, primeraná sebadôvera, schopnosť kladného sebahodnotenia aj v náročnej situácii), taktiež ich intelektová a vzdelanostná úroveň, religiozita, socioekonomický status rodiny, primárna hodnotová orientácia rodičov, prítomnosť ďalšieho zdravého dieťaťa v rodine a už uvádzaná kvalita spolupráce rodiny s odborníkmi.

Z našich zistení

Náš prieskum v rodinách (N = 30) s nepočujúcim dieťaťom predškolského veku sa týkal niektorých rodinných charakteristík v dimenziách kohézie a adaptability a spôsobu zvládania psychickej záťaže v rizikových rodinných situáciách. Vychádzajúc z Olsonovej metodiky rodinného zvládania (Family Copies, Olson, McCubbin, 1983) sme zistili, že rodičia nepočujúcich detí využívajú pri zvládaní náročných rodinných situácií skôr aktívny prístup k riešeniu problémov, ktorý prevládal nad vyhýbajúcimi stratégiami a pasívnym hodnotením situácie. Tiež prejavili príklon k aktívnemu vyhľadávaniu odbornej pomoci. Vzhľadom na stupeň religiozity v niektorých rodinách sme

zaznamenali spoliehanie sa na náboženskú vieru a cirkevné úkony na úkor hľadania sociálnej opory vo svojom okolí. Pri posudzovaní dimenzií kohézie a adaptability (hodnotiaci dotazník – upravený Říčanom, 1990) sa rodiny prejavili ako kohézne s nižšou úrovňou vonkajšej aj vnútornej adaptability. Podľa Olsonovej globálnej typológie rodín môžeme nami sledované rodiny zaradiť na škále medzi vyrovnanou a extrémne nestabilnou rodinou do stredného pásma.

Záver

Aj rodina poskytujúca sluchovo postihnutému dieťaťu zodpovedajúcu starostlivosť a primerane zabezpečujúca jeho potreby, môže v niektorej oblasti svojho pôsobenia zlyhať(aj keď len dočasne), avšak dôsledky pre dieťa bývajú závažné. Preto je nevyhnutné udržiavať úzky kontakt týchto rodín s odborníkmi už od útleho veku dieťaťa. Odborníci by im mali poskytovať priebežnú a empatickú interdisciplinárnu poradenskú starostlivosť s naznačením riešenia aktuálnych problémov. Pomôžu tak rodičom nájsť uspokojenie z rodinného života a priblížiť sa k stavu zrelej rodičovskej akceptácie svojho zdravotne hendikepovaného dieťaťa.

Literatúra

Kročanová, Ľ. (1999): Psychická záťaž v rodinách so sluchovo postihnutým dieťaťa. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 34, 3, s. 245–249.

Krýslová, M., Nováková, K. (1995): Význam otca v starostlivosti o dieťa raného veku. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 30, 2, s. 183–190.

Nováková, K. (1995): Komunikačná interakcia v rodinách so sluchovým postihnutým dieťaťom. Psychológia a patopsychológia dieťaťa,30,2, s.121-125.

Olson, D. H., McCubbin, H. I. (1983): Families – What Makes Them Work. New Delhi (London), Beverly Hills, Sage Publication.

Ondrušková, E., Krýslová, M. (1996): Kohézia, adaptabilita a spokojnosť v rodinách úplných a rozvedených. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 31, 4, s. 23–30.

Prevendárová, J.(1998): Rodina s postihnutým dieťaťom. Psychoprof, Nové Zámky.

Říčan, P. (1990): Psychometrická struktura českého převodu FACES II. Československá psychologie, 34, 4, s. 299–302.

Luterman, D. (1999): Counseling Families with a Hearing-Impaired Child. Early Identification and Intervention of Hearing-Impaired Infants, Vol. 32, No 6, s. 1037–1050.

Resumé

Príspevok obsahuje niektoré čiastkové poznatky o rodine so sluchovo postihnutým dieťaťom raného veku. Málokedy sa doceňuje fakt, že tieto rodiny treba charakterizovať ako rizikové, nakoľko sú neustále ohrozené možnosťou zlyhania v niektorej oblasti svojho pôsobenia.

Resume

The contribution contains some partial information on families with hearing-impaired child of early age. Rarely is appreciated the fact that these families should be characterized as being at risk, because they are constantly endangered by the possibility of failing in some area of their operation.

ZNAKOVÝ JAZYK A JEHO ROLE V ROZVOJI OSOBNOSTI DÍTĚTE S TĚŽKÝM SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP

Klíčová slova

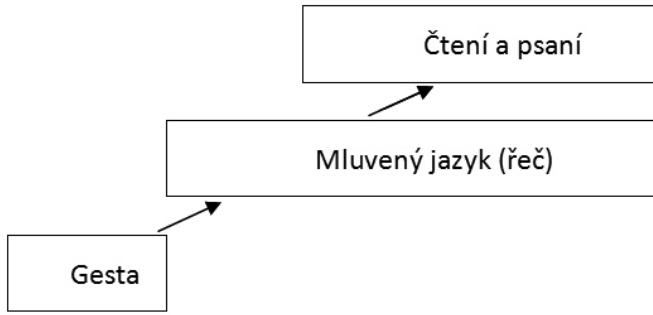
Komunikace, rozvoj osobnosti, těžké sluchové postižení, český znakový jazyk.

Schopnost člověka přijímat informace z okolí sluchovou cestou je základní podmínkou pro rozvoj řeči a mezilidské komunikace a tedy i základním předpokladem přirozeného rozvoje duševního života člověka (dítěte) a jeho společenských vztahů. Těžké postižení sluchu je tedy příčinou ochuzení dítěte o okolní zvukové vjemy, čímž dochází k senzorické deprivaci a s ní souvisejícímu zúžení variability zkušeností, resp. narušení rozvoje některých kompetencí (Koluchová a kol. 1989, Gregory a kol. 2001).

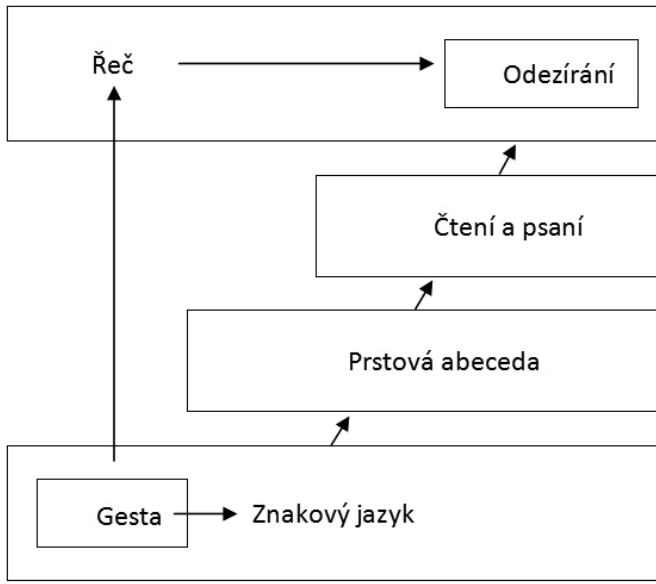
Nejzávažnějším sekundárně vzniklým handicapem v důsledku sluchového postižení je komunikační bariéra, která se následně odráží do celého vývoje osobnosti. Obecně lze říci, že fungující a plnohodnotná komunikace se sluchově postiženým jedincem (zvláště v případě sluchově postiženého dítěte) by měla být primárním cílem všech osob, se kterými přichází do kontaktu (zejména rodinných příslušníků a pedagogických pracovníků). Z důvodu potenciálního emočního strádání a komunikační „izolace" dítěte může výše zmiňovaná senzorická deprivace dále přerůst v deprivaci psychickou, která může v některých případech negativně zpětně působit na dosud harmonické rodinné prostředí.

Jedním ze způsobů, jak zabránit vzniku komunikační bariéry, je zabezpečení optimálního jazykového vývoje, který je klíčovým faktorem kognitivního a sociálního vývoje neslyšícího dítěte. Studie osvojování znakového jazyka sluchově postiženými, prováděné zejména v případě amerického znakového jazyka (ASL) a britského znakového jazyka (BSL), prokázaly, že jeho ontogenetický vývoj probíhá víceméně analogicky s ontogenetickým vývojem mluveného jazyka u slyšících dětí (srov. např. Woll in Gregory a kol. 2001). Strategie jazykového vývoje s cílem komunikovat v majoritním jazyce společnosti u slyšících dětí (obr. 1) se ovšem dle Evanse (2001) od jazykového

vývoje dětí neslyšících z důvodu narušení audioorálního komunikačního kanálu zásadně odlišuje (obr. 2).



Obr. 1: Jazykový vývoj u slyšících dětí



Obr. 2: Vývojová jazyková sekvence u neslyšících dětí

Zatímco pro slyšící osoby je přirozeným jazykem mluvený jazyk (v našem případě český jazyk), sluchově postižené děti nejsou pro jeho osvojení disponovány a nejsou tedy ani schopny komunikovat ve stejném jazykovém kódu jako jejich slyšící okolí. Nejnovější lingvistické výzkumy (srov. např. Macurová; Homoláčová; Ptáček 1997, Macurová 2001, Evans 2001) prokazují, že znakový jazyk je pro těžce sluchově postižené jazykem přirozeným, a neměl by jim tedy být odpírán.

Psycholingvisté i odborníci zabývající se problematikou komunikačních systémů sluchově postižených se, bez ohledu na to, který komunikační systém preferují, vesměs shodují, že sluchově postiženému dítěti musí být co nejdříve umožněn přístup k jazyku. V raném období je tedy nutné vytvořit dítěti takové podmínky a takové prostředí, ve kterém bude úspěšně navázána komunikace mezi neslyšícím dítětem a matkou. „Úspěšná raná komunikace se v současné době považuje za zcela nezbytný předpoklad osvojení jazyka. Jazyková stimulace a fungující zpětná vazba mezi matkou (a dalšími rodinnými příslušníky) a dítětem během prvních let života dítěte jsou také jedny z hlavních předpokladů pro jeho zdravý rozumový a citový vývoj." (Hronová; Motejzlíková 2002, s. 60) Evans (2001) dokládá, že existují důkazy o vlastnostech a specifikách znakového jazyka, které podporují jeho rané užití jako média pro získání primární jazykové kompetence.

Jeden z provedených výzkumů (Ahlgrenová in Evans 2001) dále prokázal, že malé neslyšící děti, které byly vystaveny znakovému jazyku, byly na svůj věk jazykově pokročilé (zejména proto, že používaly „vizuální" znakový jazyk během fáze, kdy vizuální stimulace je pro jazykový a kognitivní rozvoj důležitá). Další výzkum Ahlgrenové (in Hronová; Motejzlíková 2002) ukázal, že sluchově postižené děti z neslyšících rodin komunikujících znakovým jazykem byly ke svému okolí mnohem vnímavější (průběžně sledovaly své okolí v očekávání nových informací) než neslyšící děti pocházející ze slyšících rodin. Děti vychovávané ve znakovém jazyce tedy mnohem obezřetněji vizuálně sledují své bezprostřední okolí, dochází u nich k náhodnému a spontánnímu učení a získávání zkušeností, čímž se již v raném věku učí maximálně využívat svůj zrak.

Svoboda a kol. (2001) upozorňují, že vývoj sluchově postiženého dítěte je do podstatné míry závislý na adekvátnosti jeho výchovného vedení (v mnohem větší míře než u jejich intaktních vrstevníků), protože neslyšící děti mají objektivně omezenou možnost získávat potřebné podněty a informace

vlastním úsilím. Velmi výrazně se na formování osobnosti sluchově postiženého dítěte podílí i prostředí, ve kterém vyrůstá. Z tohoto hlediska není bez významu, že více než 90 % sluchově postižených dětí se rodí slyšícím rodičům, pro které je narození neslyšícího dítěte zpravidla značnou psychickou a emocionální zátěží. Jedním z nejzávažnějších problémů, které poté nastávají, je neschopnost rodičů s neslyšícím dítětem vzhledem k jeho sluchovému postižení přirozeně a plnohodnotně komunikovat.

V kontrastu s neslyšícími dětmi slyšících rodičů působily neslyšící děti vyrůstající v neslyšící rodině vždy jako mnohem lépe prospívající a rychleji se rozvíjející. Původně byla za příčinu tohoto objektivního jevu nesprávně považována etiologie jejich sluchového postižení (u neslyšících dětí neslyšících rodičů byla předpokládána nižší pravděpodobnost komplexního mozkového postižení, naopak větší pravděpodobnost byla přisuzována dědičnému původu). Výzkumy, které se tímto aspektem rozvoje sluchově postižených dětí zabývaly (např. Harris 1978, Conrad 1979 in Freeman; Carbin; Boese 1992, Evans 2001), však ukázaly, že „jedním z příznivých faktorů zvýhodňujících neslyšící děti neslyšících rodičů je používání znakového jazyka od nejmladšího věku. Není to však faktor jediný. V průměru je také postoj neslyšících rodičů k vadě sluchu jejich dítěte nesrovnatelně pozitivnější než postoj rodičů slyšících." (Freeman; Carbin; Boese 1992, s. 183). Raná komunikace znakovým jazykem má tedy pro další jazykový, psychický i sociální rozvoj neslyšícího dítěte bezesporu příznivé důsledky.

Plnohodnotná a efektivní komunikace má nezastupitelnou roli i při komplexním rozvoji sluchově postiženého dítěte ve školním věku. Sovák (dle Puldy in Baláž a kol. 1988, s. 70) charakterizuje výchovně-vzdělávací proces *„jako specificky organizovanou komunikaci, jejímž účelem je předávání znalostí, dovedností a návyků. Primárním požadavkem je, aby tato komunikace byla účinná a bezporuchová."* Rovněž Krahulcová (2001, s. 69) označuje komunikaci *„alfou i omegou výchovy a vzdělávání sluchově postižených dětí. Sociální a didaktická komunikace znamená přísun informací a informace pak poskytují materiál pro rozvoj poznávacích procesů v nejvyšších etážích myšlení a řeči a přeneseně pro rozvoj vzdělanosti."* Efektivní a „bezporuchové" komunikace lze při výchově a vzdělávání těžce sluchově postižených dětí (tedy jejich psychického, rozumového i sociálního rozvoje) objektivně dosáhnout pouze pomocí vizuálně-motorických komunikačních prostředků (zejména znakového jazyka a prstové abecedy). Pouze znakový jazyk může být prostředkem

k rychlému a přístupnému objasnění nových poznatků. Znakový jazyk se poté stává východiskem a nástrojem k rozvoji dalších komunikačních dovedností sluchově postižených dětí (z tohoto faktu vychází zejména principy totální a bilingvální komunikace).

Při formování osobnosti sluchově postiženého dítěte hraje znakový jazyk nezastupitelnou roli při hledání identity dítěte. Vzhledem k přítomnosti sluchového postižení se dá předpokládat, že s velkou pravděpodobností se bude neslyšící dítě v budoucnu setkávat a navazovat sociální kontakty s ostatními neslyšícími lidmi (tento proces začíná prakticky již při nástupu dítěte do školy pro sluchově postižené). Někteří lidé se sluchovým postižením, kteří splňují stanovené předpoklady, se považují za kulturní a jazykovou menšinu a označují se jako „Neslyšící" s velkým „N". Zcela primární podmínkou plnohodnotného členství v komunitě Neslyšících je dokonalé zvládnutí národního znakového jazyka. Sluchově postižený člověk, který je schopen se ztotožnit se specifiky kultury a společenství Neslyšících a proniknout do jejich komunity, bude s velkou pravděpodobností schopen navazovat sociální kontakty, přátelství a partnerské vztahy. Nezůstane tedy „na půli cesty" mezi světem slyšících a Neslyšících a neztratí svou identitu, jak se tomu v některých případech děje u lidí těžce nedoslýchavých a neslyšících, kteří byli vzděláváni orální metodou a díky stupni svého sluchového postižení nejsou schopni komunikovat pomocí mluvené řeči, a navíc se nenaučili ani znakový jazyk, takže neumějí komunikovat ani s Neslyšícími.

Seznam použité literatury

1. BALÁŽ, J. a kol. *Interpersonálna komunikácia a jej poruchy*. Bratislava: SPN, 1988, 296 s.
2. EVANS, L. *Totální komunikace, struktura a strategie*. Hradec Králové: Pedagogické centrum, 2001, 89 s. ISBN 80-238-7915-4.
3. FREEMAN, R. D.; CARBIN, C. F.; BOESE, R. J. *Tvé dítě neslyší?* Praha: FRPSP, 1992, 359 s.
4. GREGORY, S.; KNIGHT, P.; McCRACKEN, W. aj. *Problémy vzdělávání sluchově postižených*. Praha: FF UK, 2001, 278 s. ISBN 80-7308-003-6.
5. HRONOVÁ, A.; MOTEJZÍKOVÁ, J. *Raná komunikace mezi matkou a dítětem.* Praha: FRPSP, 2002, 67 s.
6. KOLUCHOVÁ, J. a kol. *Přehled patopsychologie dítěte II*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1989, 107 s.

7. KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených.* 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 303 s. ISBN 80-246-0329-2.
8. MACUROVÁ, A. Poznáváme český znakový jazyk. (Úvodní poznámky). *Speciální pedagogika*, 2001, roč. 11, č. 2, s. 69-75. ISSN 1211-2720.
9. MACUROVÁ, A.; HOMOLÁČOVÁ, I.; PTÁČEK, V. Výzkum komunikace neslyšících: český znakový jazyk. *Speciální pedagogika*, 1997, roč. 7, č. 3, s. 1–15. ISSN 0862-1632.
10. SVOBODA, M.; KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001, 791 s. ISBN 80-7178-545-8.

Kontaktní adresa
Mgr. Jiří Langer, Ph.D.
Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP
Žižkovo nám. 5
Olomouc 771 40
tel: 585 635 322
e-mail: jiri.langer@upol.cz
URL: http://www.uss.upol.cz

RODINA A DIEŤA SO SLUCHOVÝM POSTIHNUTÍM

Margita Schmidtová

Súčasná rehabilitačná starostlivosť o deti s ťažkou až úplnou stratou sluchu hodnotí obdobie od narodenia do 3 rokov z hľadiska vývinu reči u týchto detí ako najcitlivejšie a najdynamickejšie. To, čo vlastne platí pre každé dieťa, platí v znásobenej miere pre dieťa so sluchovým postihnutím. Z tvrdení Šupáčka (1969), Hartmanovej (1990), Biesalského (1991) a Estabrooksa (1994, 2004) vyplýva, že kvalita a kvantita rečového a sluchového vývinu u detí s poruchou sluchu závisí od:

- času (veku) odhalenia poruchy sluchu,
- stanovenia diagnózy a následného pridelenia a využívania načúvacieho prístroja (vrátane starostlivosti oň),
- začatia intervencie zameranej najmä na reč a sluch a to pred kritickým obdobím vo vývine reči (6. až 8. mesiac),
- podporovania a vedenia matky, prípadne rodičov, rodiny pri starostlivosti o dieťa so sluchovým postihnutím.

Komunikačný proces v rodine, hlavne interakcie v ranom veku medzi matkou a dieťaťom predstavujú prvé sociálne interakcie odrážajúce sociálnu, emocionálnu mikroklímu rodiny. Tieto sú považované za základ budovania vzájomného vzťahu matka–dieťa a tiež základu vývinu ranej komunikácie, kde sa utvárajú prvé komunikačné návyky dieťaťa a formuje sa jeho postoj ku komunikácii (Groma, 2003, Lopúchová, 2008, Tarcsiová, 2005, Kročanová, 1998). Potreba komunikácie je aj pre dieťa so sluchovým postihnutím nevyhnutná a jej nedostatok, prípadne absencia môže mať negatívny dopad tak na kognitívny vývin, ako aj na emocionálny vývin a hlavne aj na vývin osobnosti dieťaťa.

Gallaway (1999) konštatuje, že deti v ranom veku komunikujú v jazyku, ktorý počujú, alebo vidia okolo seba Gallaway (1999) uvádza určité všeobecné podmienky, ktoré sú potrebné pre osvojenie si prvého jazyka a to:

- V rámci rozhovoru v rodine (medzi matkou, rodičmi...) sú deti od narodenia v kontakte s jazykom, s konkrétnym spôsobom konverzácie.
- Prvý jazyk si deti osvojujú cez komunikačné interakcie s konkrétnymi užívateľmi daného jazyka.
- Jazyk orientovaný na malé dieťaťa sa vyznačuje istými charakteristikami uľahčujúce porozumenie dieťaťa. Takýto jazyk využíva isté jednoduchšie

štrukturálne a sémantické črty jazyka a tiež isté charakteristické prvky komunikatívneho správania, komunikačných stratégii (Gallaway, 1999).

Komunikačné zručnosti detí sa najdynamickejšie osvojujú v komunikačnej interakcii dieťaťa s matkou pri vzájomných zážitkov, zachytávaní, imitovaní, interpretácii jazyka. V uvedenom procese dochádza k obohacovaniu komunikácie, pričom hlavnou osobou, ktorá upútava na seba pozornosť je matka. Svojím intuitívnym rodičovským správaním zachytáva podnety a spracováva ich do primeranej a vhodnej jazykovej podoby. Intuitívne rodičovské správanie (Papoušek – Papoušková1981, 1989) sa objavuje v ranom veku a vyznačuje sa vysokou mierou rodičovskej prispôsobivosti a to tak skúsenostiam, potrebám, ako aj kognitívnemu percepčnému vývinu dieťaťa.

Malé detí na komunikačné prejavy s matkou reagujú s celým svojím telom – pohybmi rúk, otáčaním hlavy, prostredníctvom dotíkania sa (kontaktom s pokožkou matky), cez čuchové vnemy i mimikou tváre (K. Kročanová, K. Nováková, 1996).

Včasná intervencia plní rôzne funkcie zamerané v prvom rade na dieťa, pri ktorej však sú v ranom veku rozhodujúci rodičia a rodina dieťaťa.

Takéto poňatie zodpovedá aj modernému poňatiu výchovy a vzdelávania aj u detí so sluchovým postihnutím. Dieťa sa od narodenia vnímaná ako biologická, psychologická a sociálna jednota a preto obsahom ranej starostlivosti sú činnosť zamerané na vytváranie vhodných podmienok pre jeho zdravý telesný, psychický a sociálny vývin dieťaťa, aby sa optimálne rozvíjala celá jeho osobnosť.

Prevendárová (1998) tvrdí, že poradenstvo pre rodinu je proces profesionálnej pomoci rodine ktorý umožňuje:

- čo najlepšiu orientáciu v rodine,
- optimalizáciu fungovania rodinného systému,
- optimalizáciu života každého jej jednotlivca.

Zloženie tímu odborníkov pracujúcich v ranej starostlivosti, počet odborníkov a požiadavky na ich špecializáciu sú priamo úmerné potrebám dieťaťa so sluchovým postihnutím a jeho rodiny.

Odborníci pozorujú rodinu pričom analyzujú správanie rodiny. Snažia sa odhaliť silné stránky rodičov a využiť ich pri výchove dieťaťa. Snažia sa však odhaliť možné problémy (Guerney, 1997) ako napr. pri:

- Interakcii medzi dieťaťom a rodičmi (odhaliť tak úroveň interakcie ako aj absenciu interakcie).
- Interakcii medzi dieťaťom a všetkými jeho súrodencami.

- Postavení „hlavy rodiny“ v rodine a medzi deťmi.
- Využívaní metód, ktoré dieťa používa na dosiahnutie svojich cieľov.
- Využívaní metód používaných rodičmi na zvládnutie správania dieťaťa.
- Verbálnom a neverbálnom vyjadrovaní dieťaťa a možných zdrojoch jeho emócií.
- Celkovom správaní dieťaťa, jeho prejavoch.
- Neurologických a iných nezvyčajných symptómoch, napríklad nepozornosti, ťažkostiach v komunikácii, problémoch s koordináciou dieťaťa.
- Problémových interakciach medzi dieťaťom a členmi rodiny (Guerney, 1997).
- Odborné tímy včasnej starostlivosti, ktoré sa starajú o rodinu s dieťaťom so sluchovým postihnutím majú v každej krajine iný názov, sú odvodené od historického vývinu ranej starostlivosti o detí so sluchovým postihnutím v danej krajine. Do popredia sa stavajú aj rôzne nové zamerania činností v ranom období spojené s rozširovaním a skvalitňovaním poznania rôznych vedných odborov.

Práca s rodinou tvorí bázu, ktorá zahŕňa oblasti prostredkovania informácií o sluchovom postihnutí, následne výcviku rodičovských zručností pre osvojenie si reči a komunikácie s ich dieťaťom. Súčasne sem patrí aj oblasť pomoci a podpory rodičov. Výber rôznych podporných opatrení je volený tak, aby napĺňal všetky potreby dieťaťa.

Včasná intervencia detí so sluchovým postihnutím a efektivita rodičovskej starostlivosti je jedným z kľúčových predpokladov integrácie do bežných škôl.

Jeden z relatívne osvedčených a prepracovaných programov ranej starostlivosti o deti so sluchovým postihnutím v domácom prostredí je program „Domáca starostlivosti o sluchovo postihnutých“. Uvedený program rozpracovali v roku 1972 Thomas C. Clark a Suzan Vatkins zo Štátnej univerzity v Utahu vytvorili tzv. Senzori Impaired Home Intervencion (Clark. C., 1972). Súčasná podoba tohto programu bola niekoľkokrát rozšírená a doplnená. Posledná využívaná verzia je z roku 2004 a je široko rozpracovaná ako model ranej edukácie detí so sluchovým postihnutím s rozpracovaním pre rôzne prístupy vo vzdelávaní týchto detí. Uvedený model edukácie obsahuje tak teoretickú ako aj praktickú časť, ktorá je rozpracovaná do konkrétneho terapeutického plánu.

Model SKI HI má rozpracovaný prístup v ranej stimulácii dieťaťa ktorý zahrňuje celú rodinu. Takýto prístup je známy a osvedčil vo väčšine súčasne existujúcich programoch ranej starostlivosti o deti so sluchovým postihnutím. Ako príklad môžeme uviesť Estabrooksa (2008), Marian Ernst (In Estabrook,

1994), ktorí spracovali auditívno-verbálnu terapiu ako komplexný program zameraný na rozvoj detských zručností, schopností v oblasti osvojenia si počutia, prirodzenej zvukovej reči a čítania. Na terapeutických stretnutiach sa podľa (Estabrooksa, 2004, Marian Ernst, 2001) riešia otázky zahŕňajúce rôzne oblasti samotnej terapie dieťaťa a jeho rodiny. Otázky zahŕňajú používanie a starostlivosť o načúvacie prístroje, aktuálnu úroveň sluchových schopností dieťaťa a potenciál dieťaťa na zlepšovanie počutia. Riešia sa aj otázky aktuálnej úrovne motorického vývinu dieťaťa, súčasne sa stimuluje aj úroveň rozvíjania reči a vývin kognitívnych schopnosti. Dôležité sú aj otázky dostupnosti podporného poradenského systému prístupného pre stimuláciu vývinu sluchových schopností, zvukovej reči, komunikácie v priebehu každodenného života dieťaťa. Každý terapeutický plán musí obsahovať všetky relevantné oblasti až do momentu naplnenia konečného cieľa programu a to až do obdobia osvojenia si reči a komunikácie Schmidtová (2008).

Rodičia v takomto pláne si osvojujú poznanie funkcie načúvacieho prístroja, ktorý bol odporučený pre ich dieťaťa, musia vedieť ako ho používať a ako sa oň majú starať. Rodičia poznávajú aké očakávania a zmeny sú reálne vo vývine sluchových schopností a zvukovej reči. Cielený tréning sluchových a rečových schopností zameraný na dieťa je pre dieťa hlavným zdrojom rozvoja nových sluchových informácii. Rodičia musia vedieť, ktorý druh sluchovej stimulácie je najefektívnejší a ako túto stimuláciu denne uskutočňovať. V tomto období rodičia získavajú informácie a učia sa o obklopujúcom prostredí plných zvukov a o faktoroch, ktoré robia z domova prostredie vhodné na učenie. Počas tejto fázy sa rodičia zúčastňujú tvorby a zostavovania plánu vlastného systému podpory. Ako sme už uviedli jedným z programov ranej edukácie detí so sluchovým postihnutím, ktorý je široko koncipovaný pre jednotlivý prístup vo vzdelávaní, ktorý ma rozpracovanú pomoc rodičom a rodinám je SKI-HI (2004) program. Obsah SKI-HI z roku 2004 je programom, ktorý zahrňuje informácie včasnej intervencie pre rodiny detí, ktorým bolo diagnostikované sluchové postihnutie hneď po narodení. Konkrétne je zameraný na dieťa vo veku od 0–3 rokov, jeho rodičov a rodiny. Takzvaný *poradca rodičov má za úlohu poskytnúť informácii* a vytvoriť priateľský vzťah založený na spolupráci, partnerstve a interakcii prostredníctvom otvorenej komunikácii s rodinou. Rodičia získajú informácie o problematike sluchového postihnutia a naučia sa niektorým zručnostiam, ktoré prakticky využijú v rôznych aktivitách zameraných na optimalizovanie vývinu dieťa.

Aplikácia SKI-HI programu umožňuje poradcovi a rodičom a členom rodiny akcelerovať vývin dieťaťa so sluchovým postihnutím.

Obsah programu SKI-HI je delený do dvoch veľkých častí. Jednotlivé oblasti v prvej časti sú spracované do kapitol, ktoré zahŕňajú základné problémy sluchovo postihnutýchako sú: *základné princípy, hodnoty a špeciálne potreby z*áklady intervencie v rodine, hodnotenie pokrokov v starostlivosti dieťaťa a rodiny. Prvá časťuvedeného programu tiež obsahuje návštevu a pomoc rodine, charakteristiku dieťaťa vo veku 0–12 mesiacov. Rozpracováva aj sluchové pomôcky, sluchové postihnutie a dopad tohto postihnutia na rodinu. Samostatná kapitola je venovaná aj kochleárnym implantátom. Dôležitou súčasťou ďalších kapitol sú základné otázky komunikácie a prístupov vzdelávania detí so sluchovým postihnutím, včasná intervencia a prirodzené prostredie osvojovania si reči a komunikácie, denné rutinné aktivity. Pozornosť je venovaná aj hre a celkovému vývinu dieťaťa so sluchovým postihnutím. Určitá časť je venovaná aj deťom so sluchovým postihnutím s pridruženými prípadne viacnásobnými poruchami a ich špeciálnym potrebám.

Druhá časť programu SKI HI (2004) je nazvaná *Skorá komunikácia, jazyk a gramotnosť.* Táto časť obsahuje nasledovné kapitoly: včasná vizuálna komunikácia, včasné osvojenie si zvukového jazyka prostredníctvom sluchového vnímanie, včasné učenie sa počúvať, metódy komunikácie (totálna, simultánna komunikácia (Sim Com), bilingválno-bikulturálny prístup (Bi-Bi), auditívno-verbálny prístup) Súčasťou tejto kapitoly je osvojenie si zvukového jazyka, posunkového jazyka. Spracované sú tam aj otázky získavania gramotnosti uvedených detí. V jednotlivých kapitolách sú rozpracované ciele, úlohy, informácie, konkrétne návrhy aktivít a odporúčaní pre rodičov.

Dorothy Johnson Taylor (2004) rozpracovala základnú filozofiu programu SKI HI. tento obsahuje:

- Starostlivosť o dieťa so sluchovým postihnutím musí začať čo najskôr, ideálne novorodeneckým skríningom a praktickou stimuláciou dieťaťa už od 3. mesiaca života.
- Raná starostlivosť musí byť sústredená na rodinu stimulovaného dieťaťa.
- Má byť poskytovaná v prirodzenom prostredí, teda v dome, kde dieťaťa vyrastá a žije.
- Komunikácia a jazykový vývin musia byť základným cieľom starostlivosti o dieťa
- Samotný program musí poskytovať potrebné informácie rodičom a rodine dieťaťa.

Odborný poradca je kľúčovou osobou, tento vedie celý servis pre rodinu a rodičov a to prostredníctvom interakcii s rodičmi. Pomáha im stanovovať a usmerňovať konkrétne ciele starostlivosti poskytovať informácie a hodnotiť účinnosť programu rannej starostlivosti (Dorothy Johnson Taylor in SKI-HI, 2004, s. 14, 15).

Individuálny rodinný plán je konkrétnym rozpracovaním programu, ktorý by mal obsahovať prehľad dosiahnutej úrovni dieťaťa v oblasti fyzického vývinu, rozumového vývinu, v oblasti vývinu jazyka a reči, motoriky, Dôležitý je vzájomný rešpekt a otvorená komunikácia zúčastnených. Poradca a rodič takto spolu vytvárajú tím, kde má rozhodujúce slovo rodič a poradca rešpektuje jeho rozhodnutie. V tíme participujú aj iné osoby ako napr. nepočujúci učiteľ (poskytujúci jazykový model Amerického posunkového jazyka pre deti a rodičov, triedi informácie o vizuálnom učení a komunikácii a uvádza rodinu do kultúry a komunity nepočujúcich), ďalej audiológ, otolarynkológ, logopéd, psychológ, pediater, členovia rodiny a iní. Členovia tímu spoločne vypracovávajú *individuálny rodinný plán*, v ktorom sú napísané ciele, čo chcú spoločne dosiahnuť, potreby dieťaťa a rodiny, stratégie pomoci a výsledky, ktoré dieťa a rodina dosiahli. Poradca, poskytuje rodičom dôležité informácie o tom, ako postupovať pri interakcii s dieťaťom a ako s ním spolupracovať a komunikovať. Musí byť vždy citlivý k rodičovským potrebám a prioritám. Úlohou odborného poradcu v poradenskom procese v programe SKI-HI je charakterizovaná štyrmi hlavnými úlohami a to:

- *Porozumenie dieťaťu a vyhodnotenie jeho potreby* – prostredníctvom výberu najefektívnejších metód, princípov, zásad. Výberom kvalitných primeraných pomôcok rozvíjať schopnosti dieťaťa a uspokojovať jeho potreby. Pozorovaním dieťaťa pri hre, v interakcii s dieťaťom prostredníctvom komunikácie, reflexiou pocitov dieťaťa sa zisťuje úroveň dieťaťa vo vývine komunikácie, jazyka, počúvania, motoriky, sebaobsluhy, sociálneho, emocionálny vývinu. Odborný poradca zisťuje aj vzťahy medzi rodičom a dieťaťom.
- *Porozumenie potrebám rodiny a rodinným problémom* – rodinný poradca postupne spoznáva štruktúru rodiny, postavenie jednotlivých členov v rodine, ich úlohy a funkcie, vzťahy medzi členmi, spôsob komunikácie rodičov s ich dieťaťom, s inými ľuďmi, poznáva ich hodnoty, potreby, cítenia, radosti, ale aj starosti, vieru, túžby a priania.
- Poskytovanie informácii, pomoci a povzbudenia

- *Efektívne vedie jednotlivé stretnutia v rodinnom prostred (*stretnutia majú byť poradcom naplánované, pravidelné, pripravené, účinné, v trvaní okolo 60 minút).

Skúsený a kvalitný odborný poradca by v prvom rade mal mať úprimný záujem o deti so sluchovým postihnutím. Mal byť schopný komunikovať, pozorovať a počúvať.

Od začiatku starostlivosti by mal byť schopný vytvoriť efektívny vzťah s rodinou, ktoré je predpokladom úspešného partnerstvo, ktoré zahŕňa vzájomný rešpekt, dôveru, čestnosť, porozumenie, empatiu, citlivosť, komunikáciu a počúvanie. Tento vzťah vyžaduje čas a otvorenosť a schopnosť pomenovať problémy zo strany rodičov, aj poradcu.

Rodina by si mala od začiatku uvedomovať, že najdôležitejšiu vec, ktorú môžu svojmu dieťaťu poskytnúť je láska a starostlivosť. sebapoznanie – detailné poznanie svojich schopností, zručností, slabých a silných stránok pretože práve rodičia sú najdôležitejšími osobami v živote dieťaťa v rámci rannej starostlivosti

Rodičom detí so sluchovým postihnutím, ako najdôležitejším kontaktným osobám, je potrebné poskytovať návody, rady pre podporovanie vývinu reči ich detí so sluchovým postihnutím. V prvom rade je potrebné objasniť vplyv sluchovej poruchy dieťaťa na život celej rodiny. Zároveň podporovať individuálne vedenie rodičov, tvorcov primárneho vzoru vývinu reči a komunikácie v prvých rokoch života. Pritom rodičom sprostredkovať produktívne a pozitívne skúsenosti, stimulácie jazyka a verbálnej komunikácie Deti si osvojujú jazyk ľahšie, keď sú aktívne zamestnávané v pokojnej a zmysluplnej interakcii s komunikujúcimi za aktívnej podpory rodičov. Sprostredkúvajú prvý sociálny kontakt a osvojovanie si zvukového jazyka. Úlohou profesionálnych odborníkov je pomáhať rozvinúť schopnosti rodičov, a to tak pri podporovaní hovorenia, ako aj pri sprostredkovaní auditívneho sveta svojmu dieťaťu. Spoločne s rodičmi odborníci sledujú iniciatívu dieťaťa a zapájajú sa hovoreným jazykom do interakcie s ním. Vstupujú do kontextu rozhovoru pýtaním sa na to, čo dieťa práve robí, pritom usmerňujú jeho rečovú produkciu, a zároveň si overujú jeho porozumenie reči. Rozširujú a obohacujú verbálne vyjadrenia dieťaťa a tak si postupne deti postupne osvojujú reč a jazyk. Je dôležité si uvedomiť, že hra a hrové aktivity sú veľmi dôležité pre vývin hovorenej reči a kognitívnych schopností (Hrašková, 2007).

Počujúce rodiny potrebujú informácie, vedenie ako pomôcť svojmu dieťaťu so sluchovým postihnutím úspešne komunikovať, učiť sa a využívať vlastný potenciál. Možno súhlasiť s Prevendárovou ktorá tvrdí, že „na Slovensku ešte nie je celkom vžitý systémový prístup, kde sa pracuje s rodinou ako s celkom, ako so zložitým dynamickým systémom mnohoúrovňových väzieb. Len s námahou a nesmelo sa začínajú rozvíjať spoločné programy pre deti s postihnutím a ich rodičov a rôzne svojpomocné skupiny, ktoré majú v zahraničí už dlhoročné tradície" Prevendárová (1998, s. 87).

Autori programu SKI-HI (Des Georges. In Hrašková, 2007) sa zhodujú na tom, že v procese učenia sa rodiny prijať a akceptovať dieťa so sluchovým postihnutím sú dôležití aj starí rodičia dieťaťa, ktorí môžu situáciu do značnej miery uľahčiť alebo zhoršiť. Rovnako ako rodičia aj oni prežívajú pocit strachu, neistoty a hnevu. Prežívajú „dvojnásobný" smútok. Smútok zo žiaľu svojich detí a smútok so samotného sluchového postihnutia. Z dôsledku prežívania dvojitého smútku môžu byť neschopní ponúknuť svojim deťom pomoc. Potrebujú čas, skúsenosti a informácie na prekonaniu týchto pocitov.

Zmysluplnú pomoc rodine poskytne kontaktovanie a zoznámenie sa s inou rodinou, ktorá má rovnako nepočujúce dieťa. Rodičia začnú pozerať na budúcnosť svojho dieťaťa s nádejou, skôr sa vyrovnajú so situáciou a príjmu ju. Začnú viac dôverovať svojim schopnostiam a skôr porozumejú potrebám rodiny s postihnutým dieťaťom. Pri tomto kontakte rodič získa mnohé riešenia pre svoje problémy a odpovede na svoje otázky.

Nová životná situácia rodiny má za následok, že rodičia sa cítia unavení, preťažení, „vyhorení", trápia sa, sú v strese, môžu mať fyzické problémy, čo ovplyvňuje efektívne uspokojovanie potrieb dieťaťa a iných členov rodiny, na ktorých im záleží. Preto je potrebné, aby si vedeli nájsť čas aj na seba a doplnili si chýbajúcu energiu relaxovaním a odpočinkom.

Výraznou pomocou bude, keď sa rodič naučí plánovať, poznať a akceptovať svoje limity, plánovať situácie (DesGeorges, in SKI-HI, 2004).

Rodinné potreby sú tiež jednou z oblastí hodnotenia (Hrašková, 2007, SKI HI 2004). Prostredníctvom hodnotiacich nástrojov sa získajú cenné informácie o rodinných problémoch a potrebách, a zisťuje sa úroveň napätia v rodine (stres), ktoré spôsobuje sluchové postihnutie. V takejto náročnej životnej situácii sú rodičia konfrontovaní s faktom prijatia sluchového postihnutia. Hodnotiaci proces a v ňom použité metódy hodnotenia musia poskytovať spôsob, v ktorom rodina poukáže na svoje potreby a objaví spôsoby, v kto-

rých tieto potreby a schopnosti môžu byť využité pre detskú komunikáciu a jazykový vývin.

Hodnotenie realizujú osoby s adekvátnym odborným vzdelaním a rodičia, ktorí spolupracujú s odborníkmi a sú nimi usmerňovaní.

Deti si osvojujú jazyk ľahšie, keď sú aktívne zamestnávané v zmysluplnej interakcii za podpory rodičov a opatrovníkov.

Pomáhať začleňovať deti so sluchovým defektom do počujúcej spoločnosti. Pozorovať, a na základe zistení prispôsobiť individuálny program tak, ako to dané dieťa potrebuje. Spočiatku je potrebné viac pozornosti venovať pokrokom rodičov ako pokrokom ich dieťaťa. V tejto súvislosti by sa odborníci, terapeuti mali zamerať na zodpovedanie týchto základnych otázok:

- Je postoj rodičov k dieťaťu pozitívny?
- Majú rodičia pochopenie pre špeciálne potreby dieťaťa?
- Dokážu s dieťaťom komunikovať?

Účastníci terapie (rodičia a terapeuti) v tomto období získavajú informácie a orientujú sa v potrebách konkrétneho dieťaťa. Žiadajú zodpovedanie dominujúcich otázok typu:

Ciele stanovené pre každú špecifickú fázu terapie pre rodinu s dieťaťom so sluchovým postihnutím by mali byť špecifické v zmysle:

1. čo potrebuje rodič vedieť, alebo čo si má osvojiť,
2. aký druh sluchovej a jazykovej stimulácie by sa mal použiť,
3. aké vedomosti a zručnosti si má dieťa počas danej fázy osvojiť,
4. aké očakávania, sa majú mať rodičia vzhľadom k potenciálu dieťaťa,
5. ako rozvíjať svojovania si primeraných sluchových schopnosti a zvukovej reči.

Terapeut tiež posudzuje, vyberá a odporúča ako najlepšie viesť rodinu pri aplikovanii efektívneho domáceho programu pre dieťa.

Diagnostická fáza by mala byť iná u každého dieťaťa a to tak v zmysle trvania samotného programu ako aj času vyžadovaného na zostavenie a realizovania súboru primeraných čiastkových úloh a cieľov. Plán by mal obsahovať spracovanú dlhodobú perspektívu pre dieťa, vybraný súbor praktických cvičení a k tomu vhodné primerané materiály pre zvládnutie stanovených úloh s cieľov. Aplikované rozvíjajúce programy pre deti s poruchami sluchu sú zamerané na osvojenie si sluchových schopností a reči, sú spracované a aplikované z programov detí s intaktným sluchom. Terapeut, zabezpečujúci proces počúvania, učenia sa hovoriť bude priebežne stanovovať úlohy, akti-

vity, ciele, materiály ktoré najviac vyhovujú jednotlivému dieťaťu v danom čase vývinu.

Medzi kvalitne prepracované programy starostlivosti o rodinu s dieťaťom so sluchovým postihnutím zaraďujeme Senzory Impaired Home Intervention program (SKI HI, 2004), ktorý rešpektuje potreby počujúcich rodičov a ich výber vzdelávania a osvojovania si zvukového jazyka auditívnou cestou. V uvedenom programe si nájdu usmernenia aj nepočujúci rodičia alebo rodičia, ktorí chcú vzdelávať svoje deti pomocou posunkového jazyka.

Zoznam bibliografických odkazov

BIESALSKI a kol.: Grundlagen einer effektiven Früherfassung hörgestörter Kinder. Sprache – Stimme – Gehör 2, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1991, s. 67–72.

CLARK, M. 1989. Developing the Spoken Skills of Hearing impaired Children, London 1989.

CLARK, T. C. – VATKINS, S. 1972. *Senzori Impaired Home Intervencion (SKI-HI*, Utah 2004.

DESGEORGES, J. 2004. *First Visits and Family Support*. In WATKINS, S. et al. SKI-HI Curriculum. Family-Centered Programming for Infants and Young Children With Hearing Loss Logan: Department of Comunicative Disordes / Deaf Education, SKI-HI Institute, Utah State Univerzity, 2004. s. 167–244. ISBN 0-9745785-0-9.

GALLAWAY, C.: Early interaction. In: Issues in Deaf Education. London, David Fulton Publishers Ltd 1999.

GROMA, M. a kol.: Faktory sociálneho prostredia a výsledky rehabilitácie dieťaťa s kochleárným implantátom. Logopedika 6. Bratislava. Liečreh Guth. 2003.

GUERNEY, Fisher, Louise. Parenting. 1995: A Skills Trainig Manual. 5th Edition. North Bethesda: Institute for the Development of Emotional and Life Skills, 1995. ISBN 0-932990-00-2.

ESTABROOKS, W. 1994. *Auditoy-Verbal Therapy for Parents and Professionlas*. In Estabrooks, W. The Foundations of Listening. Toronto: Bell Association for the Deaf, 1994.

ESTABROOKS, W. 2008. *WE Listen International*, INC. Toronto, Ontario. Canada.

ERNST, M. 2001. *Response to question 5: Why is „integrating hearing into the personality" of the auditory-verbal child so important?* In W. Estabrooks

(Ed.), *50 frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (pp. 20–22). Toronto, ON: Learning to Listen Foundation.
HARTMANN, K.: „Früh" Erkennung 2. Memorandum zum Stand der Erkennung und Förderung hörgeschädigter. B. G. E. u. E. SCH. K. e V. Hamburg 1990.
HRAŠKOVÁ, Ľ. 2007. Systém ranej starostlivosti a program SKI-HI. Diplomová práca. Bratislava. PdF UK. 2007.
KROČANOVÁ, Ľ. – NOVÁKOVÁ, K. 1996: Komunikácia medzi matkou a rizikovým dieťaťom ranného veku. EFETA, VI, č. 3, 1996, s. 8–9.
PAPOUŠEK, M. – PAPOUŠEK, H. 1989: Forms and functions of vocal matching in interaktions between mothers and thein precanonical infants. First Language, 9, s. 137
PAPOUŠEK, M. – PAPOUŠEK, H. 1981: Intuitives elterliches Verhalten im Zwiegespräch mit dem Neugeborenen. Special pädiatrie in Praxis und Klinik, 3, 1981, č. 4, s. 229–238.
PREVENDÁROVÁ, J: Rodina s postihnutým dieťaťom. Nové Zámky: PSYCHOPROF, Dunajská Streda: ARTUS, 1998. 102 s
LOPÚCHOVÁ. J. *Pedagogika zrakovo postihnutých*. Bratislava: Mabag, 2008.
SCHMIDTOVÁ, M. 2002. *Alternatívy vo vzdelávaní sluchovo postihnutých*. Paedagogica specialis. Roč. 21, Bratislava: Univerzita Komenského, 2002 s. 115–125
SCHMIDTOVÁ, M. 2007. *Integratívna pedagogika*. In: kol. autorov: Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných škôl. Bratislava: PdF UK. s. 5–18
TAYLOR, D. J. 2004. *Essentials of SKI-HI Early Family-Centered Intervention.* In: WATKINS, S. et al. SKIHI Curriculum. Family-Centered Programming for Infants and Young Children With Hearing Loss Logan: Department of Comunicative Disordes/Deaf Education, SKI-HI Institute, Utah State Univerzity, 2004. s. 11–55. ISBN 0-9745785-0-9.
TARCSIOVÁ, D. 2005. Komunikačný systém sluchovo postihnutých a spôsoby prekonávania ich komunikačnej bariéry. Bratislava: Sapientia, 2005. 222 s. ISBN 80-969112-7-9.

Kontaktná adresa
Margita Schmidtová
Pedagogická fakulta UK
Račianska 59
Bratislava

IDENTIFIKÁCIA A ANALÝZA INFORMAČNÝCH A VZDELÁVACÍCH POTRIEB RODIČOV DETÍ SO SLUCHOVÝM POSTIHNUTÍM VZDELÁVANÝCH V INTEGROVANÝCH PODMIENKACH

Andrea Surová, Darina Tarcsiová

Abstrakt

Príspevok analyzuje výsledky dotazníkovej akcie medzi rodičmi detí so sluchovým postihnutím v bežných vzdelávacích podmienkach. Zameral sa na identifikáciu oblasti informovanosti týchto rodičov – oblasť sociálnu, vzdelávaciu a zdravotnú. Výsledky môžu slúžiť ako podklad pre realizáciu vzdelávacích aktivít pre rodičov týchto detí a taktiež poskytujú informácie o ich potrebách a zároveň poukazujú na súčasnú situáciu v danej oblasti.

Kľúčové slová

Rodina, dieťa, sluchové postihnutie, integrácia, informácie.

Resume

The article analyzes the results of the questionnaire actions between parents of children with hearing impaired in the integration schools. Focused on identifying areas of awareness of parents – an area of social, educational and health care. The results may serve as a basis for the implementation of educational activities for parents of these children and also provide information about their needs and points to the current situation in the area.

Rodina s dieťaťom s rozličným druhom zdravotného postihnutia prechádza viacerými fázami, ktoré sú podrobne analyzované v našej aj zahraničnej literatúre (napr. Hengeller, S. W. – Watson, S. M. – Whelan, J. P. – Malone, CH. M. 1990, Koester, L. S. – Meadow – Orlans, K. P. 1990, Prevendárová, J. 1998, Kročanová, Ľ. 1999, Leonhardt, A. 2000, Tarcsiová, D.- Hovorková, S. 2002). Napriek skutočnosti, že môžeme v týchto rodinách sledovať množstvo spoločných problémov, vzhľadom na dôsledky každého druhu postihnutia môžeme hovoriť aj o určitých špecifikách. Väčšina rodín, ktorým sa narodí dieťa s postihnutím s danou alternatívou nepočíta a rodičia, ani rodina ako celok, nie sú na danú skutočnosť pripravení. Rodičia preto potrebujú informácie z rozličných oblastí, ktoré súvisia s danou problematikou a na základe relevantných informácií by sa mali v súvislosti so svojim dieťaťom rozhodovať.

Podobná situácia je aj u rodičov detí so sluchovým postihnutím (ďalej len SP), kde závažným problémom je komunikačná a následne informačná bariéra (Schmidtová, M. 2001, Tarcsiová, D. – Hovorková, S. 2002, Tarcsiová, 2005). Z vyššie spomenutých informácií vyplýva, že preto, aby sa rodičia dokázali v každej etape života svojho dieťaťa, ako ich zákonní zástupcovia, zodpovedne rozhodovať mali by im byť dostupné rozličné možnosti získavania informácií a to z oblastí, ktoré sú pre nich najviac potrebné. V predloženom príspevku predkladáme výsledky výskumného sledovania a následnej analýzy dotazníkov realizovaných u rodičov detí vzdelávaných v integrovaných podmienkach. Výsledky by mali poslúžiť ako báza pre rozličné organizácie, na vytvorenie a realizovanie možností vzdelávania rodičov týchto detí.

Cieľ výskumu

Zistiť, aká je informovanosť rodičov detí so SP, ktoré sú vzdelávané v integrovaných podmienkach.

Výskumné otázky

1. Aká je úroveň informovanosti rodičov deti so SP v rozličných oblastiach, týkajúcich sa straty sluchu a osôb so sluchovým postihnutím?
2. Aké informácie rodičom chýbajú?
3. Aké sú najčastejšie zdroje odkiaľ rodičia získavajú informácie?
4. Aký je záujem rodičov o vzdelávanie v danej oblasti?

Metóda výskumu

Metódou výskumu bol nami konštruovaný dotazník, ktorý pozostával z troch častí:

1. časť – faktografické údaje,
2. časť – tvorilo ju 42 výrokov, ktoré sa hodnotili Likertovou škálou (úplne súhlasím, súhlasím, čiastočne súhlasím, čiastočne nesúhlasím, nesúhlasím, úplne nesúhlasím).

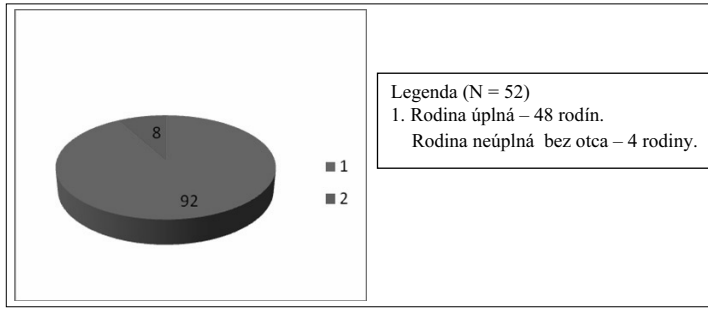
   Výroky boli zamerané na nasledovné oblasti:
   - Zdroje informovanosti rodičov.
   - Informovanosť rodičov v jednotlivých oblastiach.
   - Integrácia.
   - Vzdelávacie aktivity pre rodičov detí so SP.
   - Čo rodičom chýba.
   - Poradenská intervencia v rodine.

3. časť – otvorené otázky, v ktorých sme chceli získať bližšie informácie o zdroji informovanosti rodičov teda, v ktorej oblasti sú najhoršie informovaní a kto by mal podľa nich organizovať vzdelávacie aktivity.

Metodika výskumu a výskumná vzorka

Dotazníky boli distribuované na ŽŠ na Slovensku, v ktorých sú integrovaní žiaci so sluchovým poschnutím. Vychádzali sme z údajov Ústavu informácií a prognóz v Bratislave k 15. 9. 2008, pričom sme realizovali zámerný výber. Rozposlaných bolo 134 dotazníkov na 116 škôl, vo februári 2009. Návratnosť bola 56 dotazníkov (42 %), z nich tri sme vyradili pretože neboli vyplnené (pri dvoch rodičia odmietli spoluprácu a pri treťom matka tvrdila, že dotazníku nerozumela). Vzorku tvorili v 48 prípadoch (92 %) úplné rodiny, v 4 prípadoch to boli rodiny neúplné – bez otca (8 %), v jednom prípade na túto otázku respondet/ka neodpovedala.

Graf 1: Charakteristika rodiny (úplnosť, neúplnosť)



Z 53 dotazníkov, ktoré sme zaradili do výskumu 36 bolo vyplnených matkou, 3 vyplnené otcom a spoločne dotazník vyplnilo 14 rodičov.

Vek rodičov:

Vek matiek (n = 53) sa pohyboval od 28 rokov po 56, priemerný vek bol 38 rokov, pričom najviac, 27 matiek (52 %) bolo vo vekovom rozmedzí 35–41 rokov.

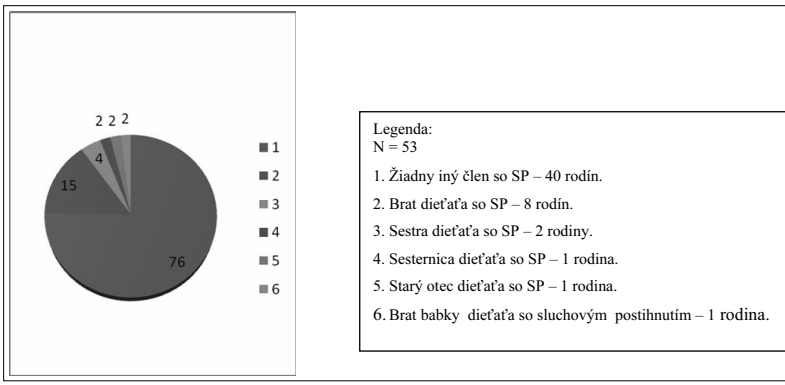
Vek otcov (n = 49) sa pohyboval od 30 rokov po 53 rokov, priemerný vek bol 41 rokov, podobne ako u matiek najviac otcov (42 %) bolo vo vekovom rozmedzí 35–41 rokov.

Tabuľka 1: Vzdelanie rodičov

Ukončené vzdelanie	Otec n = 49	Matka n = 53
Základná škola	8 (16 %)	9 (17 %)
Stredná škola bez maturity	22 (45 %)	18 (34 %)
Stredná škola s maturitou	12 (25 %)	21(40 %)
Vysoká škola	7 (14 %)	5 (9 %)

Nazdávali sme sa, že aj počet detí v rodine môže ovplyvniť nami sledované okolnosti, preto sme sledovali aj túto skutočnosť. V rodinách mali 1–7 detí, pričom najviac rodín malo 2 deti (19 rodín, tj. 36%), na druhom mieste boli rodiny s tromi deťmi (14 rodín 26,5%), najmenej rodín bolo s jedným dieťaťom (5 rodín, tj. 9,5%). V našej vzorke 53 rodín bolo 40 rodín, ktoré nemali v príbuzenstve žiadneho ďalšieho člena, ktorý by mal poruchu sluchu, v 13 rodinách sa okrem nami sledovaného dieťaťa so SP vyskytoval aj ďalší člen s týmto problémom (bližšie informácie poskytne graf č.2).

Graf 2: Príbuzný so SP (v %)



Z pohľadu výchovy a skúsenosti s výchovou je dôležité poradie narodenia dieťaťa, v našom prípade najviac detí (21, tj. 41 %) bolo narodených ako druhé v poradí, 19 detí (36,5 %) bolo narodených ako prvé v poradí. Tieto výsledky, samozrejme úzko súvisia s počtom detí v rodine (viď vyššie).

Čas, kedy došlo k odhaleniu poruchy sluchu, bol v širokom časovom rozmedzí – od niekoľkých dní po narodení dieťaťa, až po deviaty rok života

dieťaťa, najčastejšie až v 48 % prípadoch, to bolo vo veku od 1–3 rokov. Rozličné bolo aj etiologické pozadie straty sluchu žiakov, ktorí boli integrované na základných školách.

Výsledky výskumu a ich interpretácia

1. oblasť: Zdroje informovanosti rodičov

Tab. 2: Výroky zamerané na hodnotenie jednotlivých skupín odborníkov

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
3. Lekár mi poskytuje dostatočné množstvo informácií o vývine môjho dieťaťa.	2,49 = 3	čiastočne súhlasím
5. Prevažnú časť informácií o sluchovo postihnutých som získal/a od lekára.	2,81 = 3	čiastočne súhlasím
20. Odborníci mi poskytujú dostatočné množstvo informácií o vývine môjho dieťaťa.	2,64 = 3	čiastočne súhlasím
34. Odborníkmi mi boli poskytnuté adekvátne informácie.	2,79 = 3	čiastočne súhlasím
37. Špeciálny pedagóg mi poskytuje dostatočné množstvo informácií o vývine môjho dieťaťa.	2,22 = 2	súhlasím
42. Logopéd mi poskytuje dostatočné množstvo informácií o vývine môjho dieťaťa.	2,98 = 3	čiastočne súhlasím
39. Psychológ mi poskytuje dostatočné množstvo informácií o vývine môjho dieťaťa.	2,83 = 3	čiastočne súhlasím

Z vyššie uvedeného vyplýva, že rodičia čiastočne súhlasia a čiastočne nesúhlasia s tým, že im boli odborníkmi poskytnuté dostatočné informácie. Toto tvrdenie je možné analyzovať z rozličných pohľadov:

- sú čiastočne spokojní s tým, ako ich odborníci informujú, ale pravdepodobne nie všetci odborníci, resp. nie som všetkými skupinami odborníkov sú rovnako spokojní,
- nevedia presne, aké informácie im môžu odborníci poskytnúť a preto nevedia presne ani ohodnotiť danú situáciu a preto zvolili (zlatú strednú cestu) z ponúknutých odpovedí,
- môžu im byť poskytované informácie dostatočne, ale nemusia byť poskytované primeraným spôsobom, preto im rodičia neporozumeli.

Rodičia súhlasia s tým, že najviac informácií im spomedzi odborníkov poskytol špeciálny pedagóg (hodnotenie súhlasím) je tomu pravdepodobne

tak aj preto, že v podmienkach integrovaného vzdelávania sa s nim najviac stretávajú. Psychológ a logopéd v hodnotení skončili až v stupnici čiastočne súhlasím a čiastočne nesúhlasím, môže tomu tak byť taktiež z rozličných dôvodov. Rovnaké hodnotenie dosiahli aj odborníci z oblasti zdravotníctva. Nazdávame sa, že aj v tento krát sa nám potvrdilo, že v oblasti informovanosti, vzťahov medzi odborníkmi a rodičmi môžeme sledovať medzery, ktoré je potrebné prekonávať.

Tab. 3: Výroky zamerané na získavanie informácií z médií

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
9. Množstvo hodnotných informácií som získal/a z médií	3,37 = 3	čiastočne súhlasím
18. Prevažnú časť informácií som získal/a z médií	3,55 = 4	nesúhlasím
33. Množstvo hodnotných informácií som získal/a prostredníctvom internetu.	3,64 = 4	nesúhlasím

Žijeme v dobe, kde je možné získavať informácie aj prostredníctvom iných zdrojom, pričom média (vrátane internetu) majú nezastupiteľné miesto. Predpokladali sme, že aj rodičia detí so SP, budú touto formou získavať informácie z nami sledovanej oblasti. Opak je však pravdou. Rodičia nesúhlasia s tým, že by bol pre nich internet zdrojom hodnotných informácií a podobne výsledky sme získali, keď sme sa pýtali na ostatné média. Získané výsledky si vysvetľujeme nasledovne:

1. Rodičia nemajú k dispozícií internet.
2. Rodičia nedôverujú informáciám, ktoré sú poskytované médiami a internetom.
3. Internet a ďalšie média neposkytujú dostatok relevantných informácií.
4. Rodičia si nedokážu sami vyhľadať potrebné informácie.

Tab. 4: Výroky zamerané na získavanie informácií od rodičov detí so SP

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
12. Prevažnú časť informácií som získal/a od rodičov detí so SP.	3,38 = 3	čiastočne súhlasím
29. Množstvo hodnotných informácií mi poskytli rodičia detí so SP.	3,32 = 3	čiastočne súhlasím

V našej práci sa zaoberáme rodinami s deťmi so SP. Rodičia často krát vo svojom okolí nemajú žiadne osoby so SP, ktoré by im mohli poskytnúť

potrebné informácie. Zároveň nevieme, ako často navštevujú centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, kde by pravdepodobne mali mať možnosť stretávať sa aj s inými rodičmi. Podobná situácia je aj v prostredí školy a to najmä z toho dôvodu, že v školách bežného typu je väčšinou integrované len jedno dieťa so SP. Výsledky nášho výskumu potvrdzujú, že rodičia čiastočne súhlasia, čiastočne nesúhlasia s tým, že by im hodnotné informácie poskytli práve rodičia detí/žiakov so SP, pravdepodobne táto situácia vyplýva aj z toho, že v našich podmienkach nepracujú svojpomocné skupiny rodičov detí/žiakov so SP, ani v podmienkach škôl pre SP a už vôbec nie v podmienkach integrovaného vzdelávania.

Tab. 5: Výrok zameraný na získavanie informácií od organizácií SP

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
41. Množstvo hodnotných informácií som získal/a z organizácií pre sluchovo postihnutých.	3,90 = 4	nesúhlasím

Rodičia detí v našej výskumnej vzorke nesúhlasia v výrokom, že im hodnotné informácie poskytujú organizácie sluchovo postihnutých. Mohli by sme si to vysvetliť aj tým, že počujúci rodičia často vôbec neprichádzajú do kontaktu s nepočujúcimi osobami a možno práve preto nevyužívajú služby jednotlivých organizácií. Práve na základe odpovedí rodičov sa nám naskytla otázka, či si organizácie pre sluchovo postihnutých plnia svoje úlohy? Či rodičia, ktorí majú dieťa v integrovanom prostredí vedia o týchto organizáciách (napriek tomu, že majú svoje stránky na internete), aké služby im môžu poskytnúť a či vôbec reflektujú potreby tejto skupiny rodičov a ich detí.

2. oblasť: Informovanosť rodičov v jednotlivých oblastiach

Tab. 6: Výroky zamerané na oblasť kompenzačných pomôcok

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
1. Som dostatočne informovaná/ný o dostupných kompenzačných pomôckach pre sluchovo postihnutých.	2,59 = 3	čiastočne súhlasím
8. Moje dieťa má adekvátne kompenzačné pomôcky.	2,73 = 3	čiastočne súhlasím

V našom výskume sa rodičia vyjadrili, že čiastočne súhlasia, čiastočne nesúhlasia s tým, že by boli dostatočne informovaní o dostupných kompenzačných pomôckach. Rovnako čiastočne súhlasia, čiastočne nesúhlasia s tým, že ich dieťa má adekvátne kompenzačné pomôcky. Podľa nášho názoru dokážu rodičia zhodnotiť vhodnosť/nevhodnosť kompenzačnej pomôcky na základe reakcií dieťaťa, ale v úzkej spolupráci odborníkmi z danej oblasti. Je preto nevyhnutná spolupráca rodičov s multidisciplinárnym tímom, v ktorom by boli aj zástupcovia organizácií, ktoré vyrábajú, distribuujú a opravujú kompenzačné pomôcky, čo pravdepodobne nie je vždy zabezpečené. Nevyhnutnou požiadavkou je, aby to bolo v úzkej spolupráci s Úradom práce sociálnych vecí a rodiny, ktorí im by im mali vedieť poradiť aj v oblasti získavania príspevkov na pridelenie pomôcok.

Tab. 7: Výroky zamerané na oblasť podpory zo strany štátu

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
22. Mám dostatočné informácie o podpore sluchovo postihnutých zo strany štátu.	3,83 = 4	nesúhlasím
31. Som dostatočne informovaný/ná o možnostiach podpory rodín s dieťaťom so SP v sociálnej oblasti.	3,98 = 4	nesúhlasím

Vo výrokoch, ktoré sa zaoberali podporou rodín a detí so SP zo strany štátu rodičia zhodne odpovedali, že nie sú dostatočne informovaní o podpore samotných rodín, resp. detí a osôb so SP. Z vyššie spomenutého vyplýva, v tomto prípade ide o absenciu práce štátnych inštitúcií v oblasti Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny. Taktiež sa môžeme nazdávať, že rodičia predpokladajú, že podpora rodín, osôb so SP je omnoho rozsiahlejšia (resp. mala by byť rozsiahlejšia) a preto v rámci výroku vybrali danú odpoveď.

Tab. 8: Výroky zamerané na poznatky o integrovanom vzdelávaním

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
32. Som dostatočne informovaný/ná o možnostiach podpory integrovaného vzdelávania (asistent učiteľa, modifikácia obsahu, metodický pokyn pre klasifikáciu a hodnotenie, individuálny vzdelávací program).	3,09 = 3	čiastočne súhlasím
15. O integrovanom vzdelávaní som dostatočne informovaný/ná.	2,79 = 3	čiastočne súhlasím

Napriek skutočnosti, že všetci rodičia majú svoje deti v integrovanom prostredí, z ich odpovedí vyplýva, že majú o ňom a jeho legislatívnej podpore

pravdepodobne málo informácií. Nesledovali sme, ktoré informácie im chýbajú, resp. ktorými informáciami disponujú. Pre úspešné začlenenie detí do toho vzdelávacieho prostredia by mali vedieť, že existuje právo (nárok) na asistenta učiteľa, na modifikáciu vzdelávacieho obsahu, individuálny vzdelávací plán, ktorý vypracúva škola v spolupráci so centrom špeciálno-pedagogického poradenstva, pričom zákonný zástupca má právo sa s týmto programom oboznámiť. Rovnako je modifikované hodnotenie jeho výsledkov a klasifikácia. Tieto všetky poznatky by mal rodič mať predtým, ako sa rozhodne svoje dieťa integrovať do školy bežného typu.

3. oblasť: Integrácia samotná

Tab. 9: Výroky zamerané na rozhodnutie o integrácii

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
2. Pri zaškolení dieťaťa v integrovaných podmienkach moje rozhodnutie ovplyvnilo odporúčanie odborníkov.	2,13 = 2	súhlasím
35. Moje dieťa má v integrovanom prostredí vytvorené podmienky rešpektujúce jeho sluchové postihnutie.	2,27 = 2	súhlasím
38. Poznám ďalšie možnosti vzdelávania môjho dieťaťa po ukončení ZŠ.	3, 46 = 3	nesúhlasím

U počujúcich rodičov detí so SP sa v mnohých prípadoch predpokladá, že by chceli, aby bolo ich dieťa vzdelávané v integrovaných podmienkach. Ako hlavný dôvod sa často uvádza snaha komunikovať hovoreným jazykom, snaha aby deti ostali v rodinnom prostredí a neprišli do styku so špecifickými komunikačnými formami, mali možnosť nadobudnúť rovnaké úroveň vzdelania ako ich intaktní rovesníci. V našom prípade rodičov pri rozhodnutí integrovať svoje dieťa, ovplyvnilo odporúčanie odborníkov, je možné predpokladať na základe vyššie uvádzaných výsledkov, že išlo najmä o odborníkov z oblasti školstva, konkrétne o špeciálneho pedagóga. Rodičia rovnako súhlasia, že ich dieťa má v integrovanom prostredí vytvorené podmienky, ktoré rešpektujú jeho sluchové postihnutie, aj keď ako sme uviedli vyššie, majú určité rezervy v poznatkoch o tom, čo všetko by malo mať dieťa v týchto podmienkach zabezpečené. Výrok číslo 38 nám poskytol zaujímavú informáciu. Rodičia nemajú informácie o ďalších možnostiach vzdelávania ich dieťaťa po ukončení základnej školy, znamená to, že nevedia, aká je ich perspektíva. Túto odpoveď by bolo potrebné analyzovať na základe viacerých kritérií (postupový ročník

dieťaťa, výsledky v škole...). Nazdávame sa, že rodičia týchto detí by sa mali v dostatočnom časovom predstihu zaoberať možnosťami ďalšieho vzdelávania pre svoje dieťaťa a hľadať možnosti, ktoré by boli preňho optimálne. Je to, podľa nás, pre rodičov je ďalšia problémová situácia, ktorú sa snažia často riešiť až v situácií, keď je to nevyhnutné.

4. oblasť: Vzdelávacie aktivity pre rodičov detí so SP

Tab. 10: Výroky zamerané na preferované formy vzdelávania pre rodičov

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
7. Preferujem vzdelávanie prostredníctvom krátkodobých kurzov (2 až 3dňových).	3,33 = 3	čiastočne súhlasím
10. Preferujem vzdelávanie pre celú rodinu (rodičia, dieťa so SP, súrodenec).	2,48 = 3	čiastočne súhlasím
14. Preferujem vzdelávanie prostredníctvom dlhodobejších kurzov (maximálne 5 dňových).	3,25 = 3	čiastočne súhlasím
17. Preferujem priame vzdelávanie s odborníkmi.	2,09 = 2	súhlasím
19. Preferujem vzdelávanie pre oboch rodičov.	2,3 = 2	súhlasím
24. Preferujem školenie počas víkendu.	3,27 = 3	čiastočne súhlasím
26. Preferujem vzdelávanie prostredníctvom internetu	3,12 = 3	čiastočne súhlasím
30. Preferujem vzdelávanie len pre jedného rodiča.	3,90 = 4	nesúhlasím
40. Preferujem vzdelávanie prostredníctvom jednorazových prednášok.	3,34 = 3	čiastočne súhlasím

Z vyššie uvedených odpovedí nie je možné jednoznačne povedať, aké formy vzdelávacích aktivít rodičia uprednostňujú. Nazdávame sa, že pre zodpovedanie tejto otázky sú potrebné aj ďalšie výskumné sledovania. Odpovede na výroky sú totiž nejednoznačné a vo viacerých prípadoch odpovede čiastočne súhlasím, čiastočne nesúhlasím mohli byť vyberané aj z dôvodu, že respondenti nemajú jasnú predstavu o možnostiach vzdelávania. Zo získaných výsledkov vyplýva, že rodičia preferujú vzdelávanie, ktoré je realizované odborníkmi, nepotvrdil sa náš predpoklad, že budú mať záujem o aktivity realizované prostredníctvom samotných osôb so SP, resp. prostredníctvom rodičom detí so SP. Taktiež z výsledkov vyplýva, že respondenti uprednostňujú vzdelávanie pre obidvoch rodičov nie len pre jedného z nich.

Tab. 11: Výroky zamerané na možnosti vzdelávania pre rodičov SP detí

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
6. Na Slovensku sú k dispozícii rozličné možnosti vzdelávania rodičov detí so SP.	3,47 = 3	čiastočne súhlasím,
11. Boli mi ponúknuté rozličné vzdelávacie aktivity pre rodičov detí so SP (kurzy, školenia, semináre).	4,07 = 4	nesúhlasím
27. Som pravidelným účastníkom vzdelávacích aktivít pre rodičov detí so SP.	4,05 = 4	nesúhlasím

Rodičia čiastočne súhlasia, čiastočne nesúhlasia s tým, že by boli na Slovensku k dispozícii rozličné možnosti vzdelávania rodičov detí so SP, nesúhlasia ale s výrokom, že by im boli ponúknuté rozličné vzdelávacie aktivity a že by sa na nich pravidelne zúčastňovali. Výsledky poukazujú na chýbajúce aktivity v danej oblasti. Rodičia vnímajú negatívne kvantitu ponúkaných možností, aj keď môžeme namietať, že v niektorých prípadoch rodičia pravdepodobne nemajú dostatok informácií o realizovaných aktivitách, z dôvodu ich slabej propagácie širokej verejnosti, resp. ich propagácie len v podmienkach špeciálnych škôl pre žiakov so SP.

Tab. 12: Výroky zamerané na financovanie vzdelávania

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
21. Som ochotný/ná si za vzdelávanie zaplatiť.	3,51 = 4	nesúhlasím
28. Mám záujem sa naučiť špecifické formy komunikácie sluchovo postihnutých.	2,96 = 3	čiastočne súhlasím

Pre potencionálnych organizátorov vzdelávacích aktivít je dôležité vedieť, do akej miery sú rodičia ochotní na daných aktivitách byť finančne zaangažovaní. Z našich výsledkov vyplýva, že rodičia, nie sú ochotní si za vzdelávacie aktivity platiť, čo pravdepodobne vyplýva aj zo skutočnosti, že narodenie dieťaťa so SP je pre rodiny finančnou záťažou a práve z toho dôvodu by sa na vzdelávacích aktivitách, podľa ich názoru, nemali finančne podieľať. Čiastočne súhlasia, čiastočne nesúhlasia s tým, že majú záujem sa naučiť špecifické formy komunikácie sluchovo postihnutých. Podľa nášho názoru takto rodičia odpovedali najmä z toho dôvodu, že nepoznajú komunikačné formy prostredníctvom ktorých sa osoby so SP dorozumievajú. Na druhej strane pravdepodobne očakávajú, že ich dieťa sa naučí komunikovať hovoreným jazykom, čo je aj jedným z cieľov vzdelávania v integrovaných podmienkach. Podľa rodičov detí so SP, nie sú na Slovensku realizované vzdelávacie aktivity

na ktorých by sa pravidelne zúčastňovali a takéto možnosti im neboli ani ponúknuté.

Tab. 13: Výroky zamerané na to aké oblasti u rodičov absentujú

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
4. Potrebujem viac informácií z oblasti vzdelávania.	2,32 = 2	súhlasím
13. Potrebujem viac informácií zo sociálnej oblasti.	2,11 = 2	súhlasím
16. Potrebujem viac informácií z oblasti kompenzačných pomôcok.	2,13 = 2	súhlasím
23. Potrebujem viac informácií z oblasti komunikácie sluchovo postihnutých.	2,71 = 3	čiastočne súhlasím

Rodičia potvrdzujú, že im najviac chýbajú informácie zo sociálnej oblasti, informácie z oblasti kompenzačných pomôcok a vzdelávania, čo by sme mohli vysvetliť tým, že rodičom nie sú poskytnuté informácie o tom, kam sa majú obrátiť a na čo všetko majú nárok.

Počujúci rodičia nepočujúcich detí čiastočne súhlasia, čiastočne nesúhlasia s tým, že by potrebovali viac informácií z oblasti komunikácie sluchovo postihnutých. Táto oblasť, aj napriek sluchovému postihnutiu dieťaťa, kde primárnym problémom je osvojenie si jazyka a komunikácia je podľa rodičov menej problémová. Môže to byť spôsobené viacerými okolnosťami, ale nazdávame sa, že táto oblasť si vyžaduje ďalšie výskumné sledovania.

Tab. 14: Výroky zamerané na poradenskú intervenciu v rodine

Číslo výroku a jeho znenie:	Priemer	Stupnica
25. Moje dieťa pravidelne navštevuje logopedickú poradňu.	3,05 = 3	čiastočne súhlasím
36. Moje dieťa pravidelne navštevuje centrum špeciálnopedagogického poradenstva.	2,61 = 3	čiastočne súhlasím

Našu výskumnú vzorku tvorili rodičia, ktorí čiastočne súhlasia, čiastočne nesúhlasia s tým, že ich dieťa pravidelne navštevuje logopedickú poradňu a centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, pričom sme bližšie pojem pravidelne nedefinovali. Z pohľadu špeciálnej pedagogiky môže ísť o kontaktovanie sa s odborníkom jedenkrát týždenne, ale aj oveľa zriedkavejšie. Týždenný kontakt je samozrejme náročný aj pre organizáciu života v domácnosti, pretože si vyžaduje pravidelné plánovanie týchto aktivít. Dôležitú úlohu zohráva skutočnosť, kde rodina býva a ako ďaleko sa nachádzajú poradenské

zariadenia. Na druhej strane, možno rodičia, majú pocit, že ich dieťa by malo navštevovať príslušné zariadenia oveľa častejšie, možno aj niekoľkokrát týždenne. Z pohľadu dostupnosti týchto služieb a počtu pracovníkov, ktorí tieto služby zabezpečujú to nie je vždy možné. Z reálnej praxe vieme, že často krát sa dieťa k odborníkovi nedostane ani jeden krát za mesiac.

Odpovede na výskumné otázky

1. Aká je úroveň informovanosti rodičov žiakovi so SP v rozličných oblastiach?

Výsledky nám jednoznačne ukazujú, že informovanosť rodičov detí so SP vo vyššie uvedených oblastiach je nízka. Rodičia majú určité informácie, ale tie, podľa ich názoru nie sú vo viacerých oblastiach postačujúce

2. Aké informácie rodičom chýbajú?

Rodičom v našej výskumnej vzorke chýbajú informácie zo sociálnej oblasti, na druhom mieste je oblasť kompenzačných pomôcok a na treťom mieste informácie z oblasti vzdelávania. Rodičia čiastočne súhlasili, čiastočne nesúhlasili s tým, že sú dostatočne informovaní o integrovanom vzdelávaní a možnostiach podpory integrovaného vzdelávania. V troch prípadoch (8 %) sa rodičia vyjadrili, že im chýbajú informácie, ktoré sa týkajú vzdelávania samotných rodičov. Zvyšné štyri miesta obsadila oblasť pracovných príležitostí pre žiakovi so SP, (jeden rodič – 2,5 %), taktiež jeden rodič (2,5 %) by potreboval viac informácií zo špeciálnej pedagogiky ako vedného odboru. Oblasť výchovy žiakov so SP tiež označil jeden rodič (2,5 %). V jednom prípade (2,5 %) sa rodič vyjadril, že si vie všetky potrebné informácie zistiť sám.

3. Aké sú najčastejšie zdroje odkiaľ rodičia získavajú informácie?

Rodičia pri získavaní informácií využívajú rôzne zdroje. Najčastejším z nich sú práve inštitúcie so svojimi odborníkmi. Najviac informácií získavajú od odborníkov z oblasti školstva a medicíny. Takáto odpoveď sa vyskytla v 62 prípadoch (76 %). Medzi odborníkmi má jednoznačné prvenstvo špeciálny pedagóg. Rodičia sa vyjadrili, že súhlasia s tým, že práve špeciálny pedagóg im spomedzi odborníkov poskytol najviac informácií. V desiatich prípadoch (12 %) sú ako zdroj informácií uvádzaní rodičia žiakov so SP. Média a internet boli zastúpené v siedmych prípadoch (9 %). V dvoch prípadoch (2 %) je ako zdroj informácií uvádzaná vlastná skúsenosť rodičov, ktorú získali na základe

vzdelávania na strednej škole a na základe exkurzií do zariadení pre žiakovi so SP, len v jednom prípade to bola odborná literatúra.

4. Aký je záujem rodičov o vzdelávanie v danej oblasti?

Rodičia majú, podľa ich názoru, záujem o vzdelávacie aktivity, tie však nie sú dostatočné, prípadne o takýchto aktivitách vôbec nevedia. Ak by však boli realizované preferujú aktivity, v ktorých sú zaangažovaní obidvaja rodičia. Neboli by však ochotní sa na nich finančne podieľať. Vzdelávacie aktivity by mali byť organizované inštitúciami so svojimi odborníkmi. Takáto odpoveď sa vyskytla v 28 prípadoch (68 %), len v štyroch prípadoch (10 %) sa rodičia vyjadrili, že vzdelávacie aktivity by mali byť organizované organizáciami pre sluchovo postihnutých. Samotní rodičia ako organizátori vzdelávacích aktivít sa vyskytli v dvoch prípadoch (5 %). Zaujímavé je, že počujúci rodičia žiakov so SP sa len v jednom prípade (2,5 %) vyjadrili, že by mali vzdelávacie aktivity realizovať samotní sluchovo postihnutí.

Získané výsledky nám poskytujú informácie, ktoré v podmienkach Slovenskej republiky neboli k dispozícii, spolu s výsledkami od rodičov, ktorých detí sú vzdelávané v podmienkach špeciálnych škôl môžu vytvoriť bázu, na základe ktorej by bolo možné vytvoriť a realizovať systém vzdelávania, ktorý by uspokojoval ich potreby.

Zoznam bibliografických odkazov

HENGELLER, S. W., WATSON, S. M., WHELAN, J. P., MALONE, CH. M. 1990. The Adaptation of Hearing Parents of Hearing-Impairet Youths. American Annals of the Deaf. 135, č. 3, s. 211–216.

KOESTER, L. S., MEADOW – ORLANS, K. P. 1990. Parenting a deaf child: Stress, strength and Support. In Moores, D. F., Meadow – Orlans, K. P. /Eds/: Educational and Developmental aspects of deafness. Wahington, Gallaudet University Press. s. 230–319.

KROČANOVÁ, Ľ. 1999. Psychická záťaž v rodinách so sluchovo postihnutým dieťaťom. In Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 34, č. 3, s. 245–249.

LEONHARDT, A. 2000. Spoločné vzdelávanie žiakov počujúcich a sluchovo postihnutých. Diskusia o integrácii v Nemeckej spolkovej republike. In Efeta – otvor sa, ročenka. Bratislava: PdF UK, s. 160–169.

NOVOSAD, L. 2000. Základy speciálního poradentsví. Praha: Portál. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.

POŽÁR, L. 1997. Niektoré psychologické aspekty integrácie detí a mládež s poruchami zraku. In Efeta – otvor sa, roč. 7, č. 3, s. 2–4. ISSN 1335-1397.
PREVENDÁROVÁ, J. 1998. Rodina s postihnutým dieťaťom. Psychoprof.
SCHMIDTOVÁ, M. 2001. Pohľad na súčasné vzdelávanie sluchovo postihnutých detí a náčrt koncepcie integrovaného vzdelávania. In Lehocká, M., Matuška, O. Zborník Školská integrácia sluchovo postihnutých detí a mládeže. Lučenec: Britisch Council, s. 65–70.
SUROVÁ, A. 2009 Identifikácia, analýza, deskripcia informačných a vzdelávacích potrieb rodičov detí so sluchovým postihnutím vzdelávaných v integrovaných podmienkach. Bratislava: PdF UK.
TARCSIOVÁ, D., HOVORKOVÁ, S. 2002. Máme dieťa so SP, ... čo ďalej? Bratislava: Effeta. 118 s. ISBN 80-968584-5-9.
Zákon č. 29/1984 Zb. Zákon o sústave základných a stredných škôl (školský zákon).

Príspevok je súčasťou grantovej úlohy KEGA č. 6023/08: Identifikácia, analýza, návrh a deskripcia aktivít celoživotného vzdelávania pre učiteľov základných a stredných škôl v oblasti vzdelávania žiakov a študentov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.

Kontaktná adresa
Mgr. Andrea Surová
Doc. PaedDr. Darina Tarcsiová, PhD.
Katedra špeciálnej pedagogiky
Račianska 59
813 34 Bratislava
e-mail: darina.tarcsiova@fedu.uniba.sk

RODINA AKO VÝZNAMNÝ FAKTOR ÚSPEŠNEJ INKLÚZIE DIEŤAŤA S PORUCHOU SLUCHU

PhDr. Katarína Zborteková

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava

Kľúčové slová

Rodina, sluchovo postihnuté dieťa, školská inklúzia.

Rodina je prostredím, ktoré zásadne ovplyvňuje kognitívny, osobnostný a sociálny vývin dieťaťa. Uspokojuje jeho biologické i psychické potreby, je zdrojom dôležitých informácií o svete i o ňom samom, formuje jeho správanie, hodnoty a je modelom copingových stratégií.

Ako živý systém nefunguje vždy ideálne. Rodičia sa pri výchove detí môžu dopúšťať viacerých chýb a omylov. V krajnom prípade môže rodina pôsobiť aj ako rizikový faktor a dieťa, ktoré ešte nie je schopné sa brániť, môže sa stať jej obeťou (prípady psychického a fyzického týrania, drogová závislosť a. p.).

Rodina s ťažko zdravotne postihnutým dieťaťom je vystavená väčšej záťaži a vyššiemu riziku zlyhania. Vyrovnávanie sa s traumou postihnutia dieťaťa a zvládnutie krízy rodičovskej identity je náročný a dlhodobý proces. Prebieha vo fázach a jeho ideálnym vyústením je realistická akceptácia dieťaťa a aktívny prístup k riešeniu náročných životných situácií Dnes aj v našich podmienkach funguje pomerne široká sieť poradenských centier, ktorých cieľom je pomáhať rodinám s postihnutým dieťaťom. Ich reálna činnosť je orientovaná prevažne na samotné dieťa a v starostlivosti o rodinu ako celok majú svoje rezervy.

Rodičia prelingválne nepočujúcich detí za najnáročnejšie označujú obdobie raného detstva dieťaťa, kedy pri prekonávaní prvého šoku intenzívne prežívajú smútok, bezmocnosť, hnev, neistotu, obavy z budúcnosti, bezradnosť v komunikácii so svojim dieťaťom, nedostatočnú oporu zo strany odborníkov. Zvládnutie týchto prvých dotykov s hluchotou svojho dieťaťa je skúškou a zároveň aj výzvou na posilnenie rodinnej súdržnosti. Krízové situácie a rizikové obdobia sa v priebehu života sluchovo postihnutého dieťaťa opakujú viackrát. Jedným z nich je aj vzdelávanie v bežnej škole. Jeho vhodnosť a následná úspešnosť je podmienená viacerými faktormi, ktoré úzko súvisia s funkčnos-

ťou rodiny. Ak totiž rodičia nezačali pod odborným logopedickým vedením budovať základy reči už v období medzi prvým a druhým rokom života dieťaťa, nevytvorí sa do zaškolenia funkčný komunikačný systém, v ktorom si dieťa bude môcť osvojovať nové poznatky. Je to náročná práca vyžadujúca si pravidelnosť a dôslednosť zo strany rodičov. Ich vytrvalosť prináša ovocie a okrem vytvorenia základov hovorenej reči si dieťa postupne navykne na pravidelnú systematickú prípravu, v ktorej bude pokračovať v priebehu celého obdobia vzdelávania. Nemôže sa jednať iba o necitlivý dril. Rodičia pri rozvoji reči musia zohľadňovať možnosti a potreby dieťaťa a zároveň mu poskytovať dostatočnú emocionálnu saturáciu. Pre zdravý psychický vývin dieťaťa je nevyhnutné zažívať pocit, že je milované a prijímané také aké je, aj keď rodičia kladú naňho zvýšené nároky. Podnetné a citovo vrelé rodinné prostredie položí základ jeho osobnej integrity, dôvery vo vlastné schopnosti i vo svoje okolie. Vyžadujúce, ale zároveň aj láskavé výchovné pôsobenie rodiny vytvára určitý druh psychickej odolnosti postihnutého dieťaťa voči náročným vzdelávacím i sociálnym požiadavkám, s ktorými bude konfrontované v školskom prostredí. Školskú výkonnosť a úspešnosť sluchovo postihnutého dieťaťa samozrejme ovplyvňujú aj ďalšie faktory ako intelektové, vôľové a osobnostné dispozície a na druhej strane kompetencia a pozitívny postoj pedagógov. Naše viacročné skúsenosti z výskumu i poradenskej praxe však potvrdzujú výsostne postavenie rodiny, ako rozhodujúceho činiteľa celého procesu. Dovolíme si to ilustrovať na niekoľkých stručných kazuistikách.

Radoslav P. – 22ročný študent 2. ročníka VŠ v odbore IT. Narodil sa ako ťažko sluchovo postihnutý do úplnej počujúcej rodiny s VŠ vzdelaním rodičov. Má zdravú staršiu sestru. Prítomnosť SP môže súvisieť s predčasným komplikovaným pôrodom, jeho dvojča pôrod nepreživelo. Od 2. roku mu bola z iniciatívy rodičov poskytovaná pravidelná logopedická starostlivosť. Navštevoval MŠ a ZŠ so zabezpečenou logopedickou a špeciálnopedagogickou starostlivosťou pre skupinu SP žiakov. Gymnázium ukončil s veľmi dobrým prospechom. Intelekt v pásme vyššieho priemeru, komunikácia hovorenou rečou, dostatočne zrozumiteľná. Osobnosť vnímavá, sociabilná. Rodičia boli v úzkom kontakte so špeciálnou pedagogičkou školy, rešpektovali jej pokyny a pravidelne sa synovi venovali pri domácej príprave. Ako jediní zo skupiny rodičov integrovaných SP žiakov si nesťažovali, keď na II. stupni ZŠ bolo potrebné zintenzívniť domácu prípravu na vyučovanie (náročnejšie učivo, nemožnosť navštevovať družinu v rámci ktorej sa im na I. stupni venovali

učitelia). Rodičia ostatných nepočujúcich žiakov, ktorí si zvykli na špeciálnopedagogický nadštandardný servis v škole, odmietali pravidelnú domácu prípravu s odôvodnením, že deti sú unavené a učenie doma ich preťažuje. Napriek tomu, že mali normointelekt, slabšie postihnutie sluchu a bez problémov zvládali bežnú komunikáciu, ich pojmové rečové myslenie nebolo dostatočne rozvinuté a mali ťažkosti s pochopením a osvojením si abstraktných pojmov. Po ukončení ZŠ skončili v robotníckych profesiách, niektorí neukončili ani učňovské školy a mali problémy so správaním v škole i v rodine.

Dominika S. – 17ročná študentka 2. ročníka SOŠP. Narodila sa s vážnou poruchou sluchu neznámej etiológie počujúcim rodičom so SŠ vzdelaním. Súrodencov nemá. V 6. roku sa podrobila kochleárnej implantácii, s dobrým efektom. V ZŠ bola vedená ako individuálne integrovane vzdelávaná. Intelekt v strednom pásme priemeru, osobnosť sociabilná, so slabšie rozvinutými sebaregulačnými mechanizmami. V komunikácii používa iba hovorenú reč, ktorá je dobre zrozumiteľná, obsahovo chudobnejšia. Pri pravidelných psychologických vyšetreniach sme nezaznamenali očakávaný výrazný progres v rečovom vývine. Rodičia boli pri výchove nejednotní, benevolentní k nevhodným prejavom v správaní dcéry v domácom i školskom prostredí (presadzovanie svojej vôle, odvrávanie, odmietanie komunikácie, manifestovaný nezáujem o učenie). Ťažkosti v škole zdôvodňovali neprofesionálnym prístupom učiteľov. Opakovane žiadali o podporu a zásah pracovníkov CŠPP v škole. Neprikladali dôležitosť systematickej príprave na vyučovanie. Monitor vypracovala za asistencie špeciálneho pedagóga, pri časovej dotácii. Na SŠ podľa vlastného výberu bola prijatá bez prijímacieho pohovoru. V prvom polroku 1. ročníka sa snažila, zvolený študijný odbor ju zaujímal, dosahovala priemerný prospech. V druhom polroku poľavila v učení, na vyučovaní dávala najavo nezáujem, údajne pod vplyvom spolužiaka, ktorý o daný typ školy nemal záujem a po 1. ročníku zo školy vystúpil. Mala reparát z dvoch predmetov, na ktorý sa pripravovala cez prázdniny so špeciálnou pedagogičkou. Na jej ponuku spolupráce v ďalšom školskom roku nereagovali. O pomoc pracovníkov CŠPP sa začali rodičia opakovane zaujímať až pred Vianocami, keď hrozilo pre vysoký počet vymeškaných hodín a nedostatok známok vylúčenie zo školy. V tom období sa matka od rodiny odsťahovala k priateľovi a Dominika ostala v starostlivosti otca. Vzťahy rodičov ostali korektné, matka udržiava s dcérou pravidelný kontakt. U Dominiky sa začali prejavovať psychosomatické príznaky – búšenie srdca, hypertenzia, stavy pripomínajúce

panické ataky, emocionálna labilita. Bola opakovane hospitalizovaná, pedopsychiater nasadil anxiolytickú terapiu a odporučil psychoterapeutické vedenie. Dominika získala určitý vhľad do situácie, v ktorej sa nachádzala, spoločne sme vypracovali sme plán jej postupného riešenia (osobná dohoda s vyučujúcimi o možnom individuálnom preskúšaní zo stanovenej učebnej látky). Vedenie školy umožnilo posunutie termínu polročnej klasifikácie o dva mesiace. Napriek tomu sa po prázdninách objavili prejavy autoagresívneho správania a známky anorexie, preto boli zvýšené dávky liekov a indikovaná opakovaná hospitalizácia na psychiatrickom oddelení.

Diana M. – 11ročná nepočujúca žiačka 5. ročníka ZŠ, individuálne integrovane vzdelávaná. Dieťa nepočujúcich rodičov so SŠ vzdelaním. Má dvoch mladších rovnako postihnutých súrodencov. Intelekt v pásme nadpriemeru, vysoká výkonová motivácia a dobrá vôľová regulácia. Komunikuje orálne aj posunkami. Sociabilná, dobre sociálne začlenená v kolektíve spolužiakov. Rodičia od 2. roku úzko spolupracujú so špeciálnym pedagógom a logopédom. Dieťaťu sa intenzívne venujú. Rečový vzor zabezpečili počujúci starí rodičia a pracovníci SCŠPP, kde s dieťaťom v popoludňajších hodinách individuálne pracujú. Dosahuje výborný prospech.

Peter M. – 14ročný žiak ZŠ pre SP. Narodil sa ako počujúci počujúcim rodičom. Po prekonaní purulentnej encephalitídy v 1. roku života ohluchol. Navštevoval bežnú MŠ v mieste bydliska a mal opakovaný odklad školskej dochádzky. Intelekt v rámci normy. Pri psychologickom vyšetrení v 8. roku sme zistili, že nerozumie jednoduchým pokynom, nevie komunikovať so svojim okolím, dorozumievanie s rodičmi prebiehalo na úrovni jednoduchých gest a neartikulovaných zvukov. Integrované vzdelávanie sme neodporučili, napriek tomu že sa jednalo o školu, kde sa vzdelávali viacerí SP žiaci, ktorí mali v škole zabezpečenú špeciálnopedagogickú a logopedickú starostlivosť. Matku sme poučili o možných rizikách pre psychický vývin dieťaťa. Rodičia a ani škola naše stanovisko neakceptovali. Prvý ročník chlapec opakoval. Pravidelne sme ho sledovali a upozorňovali učiteľov i rodičov, že chlapec nenapreduje a potrebuje iný typ starostlivosti. Dieťa komunikovalo so svojim okolím iba prostredníctvom jednoduchých gest, neudržiavalo očný kontakt, nemalo kamarátov. Učitelia ho pri hodnotení zvýhodňovali. Potrebu komunikácie si uspokojovalo v prítomnosti matky. Pri odchode zo školy začal Peter chrliť nezrozumiteľne artikulovaný rečový prejav, ktorému matka nevenovala patričnú pozornosť. Pri spoločnom pobyte v škole v prírode sme zistili, že

dieťa máva v noci desivé sny, kričí a plače, škriabe sa po stene a pomočuje sa. Navrhli sme pedopsychiatrické vyšetrenie a zabezpečili sme informatívnu návštevu ZŠ pre SP. V triede s rovnako postihnutými žiakmi v priebehu prvej hodiny chlapec doslova „ožil", usmieval sa, zapájal sa do aktivít na hodine, opätoval záujem, ktorý mu vyjadrovali deti v triede. Rodičov ani tento zážitok nedokázal presvedčiť, aby dieťa preradili do špeciálnej školy. Doma jeho správanie a školskú prípravu nezvládali a často ho trestali. Na II. stupni ZŠ sa vzdelávanie stávalo neúnosné. Dieťa začalo byť agresívne. Pomohla až náhodná personálna zmena vo vedení školy a Peter bol prijatý na polročný diagnostický pobyt v ZŠ pre SP, kde pokračuje vo vzdelávaní. Pracovníci tejto školy boli presvedčení, že majú do činenia s týraným dieťaťom

Záver

Naše zistenia a úvahy sme výskumne neoverovali, nemôžeme tvrdiť, že majú všeobecnú platnosť. Poznáme aj prípady úspešne integrovaných nepočujúcich chlapcov, t. č. študentov magisterského štúdia, ktorí vyrastali v neúplnej rodine, kde jeden z rodičov dokázal nahradiť chýbajúceho partnera a sám zvládol výchovu svojho nepočujúceho dieťaťa veľmi dobre. Nedá sa ani vylúčiť možnosť, že i v nevhodnom rodinnom prostredí môže vyrásť schopný a úspešný jedinec. Život je rozmanitý a nevypočítateľný. Faktom však ostáva, že funkčná a úplná rodina je najlepším vkladom do života zdravotne znevýhodneného dieťaťa. Rodičia majú právo sa pri výchove svojich detí mýliť. Ich postupy sú podmienené životnou skúsenosťou, vekom, osobnostným vybavením, kvalitou partnerského vzťahu, dosiahnutým vzdelaním, vzormi, ktoré prevzali od svojich rodičov alebo, ktoré sú práve v móde, schopnosťou zvládať náročné životné situácie. Mnohé problémy postihnutých detí vznikajú v dôsledku nevhodnej hyperprotektívnej, nedôslednej výchovy, nedostatku informácií a nefunkčnosti rodín. (Vágnerová, 2004) Úlohou odborníkov je preto vychádzať im v ústrety, poskytovať všetky potrebné informácie, ponúknuť vhodné stratégie a postupy, upozorniť na najčastejšie chyby a ich dôsledky. Odborník je povinný rešpektovať vôľu rodiča, jeho právo rozhodovať o dieťati, nemal by však preberať jeho úlohy a povinnosti. Ako je z uvedených prípadov zrejmé, to môže byť vo vzťahu k dieťaťu dokonca kontraproduktívne. Z psychologického hľadiska je potrebné posilňovať kompetencie rodiny (napríklad tréningom rodinných zručností, rodinnou terapiou), pretože ako potvrdzujú najnovšie výskumy (Vojtová, 2009) terapeutické a intervenčné

zameranie na rodinu má viacnásobne vyššiu účinnosť ako intervencie zamerané na dieťa.

Literatúra

PREKOPOVÁ, J.: Výcvik v terapii pevným objatím. Liptovský Ján, 2009.
VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhajíci profese. Portál, Praha, 2004.
VOJTOVÁ, Z.: Vybrané aspekty intervencií zameraných na prácu s rodinou v prevencií drogových závislostí. Príspevok na konferencii Dieťa v ohrození, Bratislava, 2009.

Kontaktná adresa
Katarína Zborteková
Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie
Centrum špeciálnopedagogického poradenstva pre SP
Bratislava, SR
katarina.zbortekova@vudpap.sk

TYFLOPEDIE

NA CESTĚ K PLYNULOSTI. MOTIVACE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH KE ZDOKONALOVÁNÍ V ANGLICKÉM JAZYCE

On the Way to Fluency. Motivation of Visually Impaired to Improvement in English

PhDr. Ivan Antov, CSc.

Gymnázium pro zrakově postižené a Střední odborná škola pro zrakově postižené, Praha 5, Radlická 115

Klíčová slova

Anglický jazyk, komunikace, motivace, rodina, zrakově postižený.

Key words

English, communication, motivation, family, visually impaired.

Dominující pozici v oblasti mezilidské komunikace zaujímá v současnosti anglický jazyk. Dobrá znalost angličtiny otevírá člověku přístup k informacím a kontaktům s lidmi z celého světa, ať již v rovině profesní či při běžném společenském styku. Tomu odpovídá potřeba vytvořit prostor pro zvládnutí angličtiny jako cizího jazyka ve školách. V žádném případě důraz kladený na význam angličtiny neznamená podceňování výuky dalších cizích jazyků. Ta má stále svou důležitost jako prostředek pro kultivaci a rozvoj člověka a pro odstraňování překážek mezilidské komunikace. V tomto kontextu lze vyslovit tvrzení, že výuka angličtiny je pro žáky se zrakovým postižení jedním z profilových předmětů.

Postupné zmocňování se cizího jazyka pomáhá žákovi k rozšiřování kulturního a společenského prostoru, v němž se pohybuje, přispívá k jeho osobnostnímu růstu, samostatnosti a nezávislosti a dává i širší možnosti profesního uplatnění. Proto je zapotřebí žáka se zrakovým postižením motivovat a podporovat v zájmu o jazyk, formovat jeho pozitivní vztah k němu a napomáhat tak jeho širší jazykové integraci. Optimální zvládnutí anglického jazyka žákem se zrakovým postižením tak lze vnímat jako otevírání komunikačního prostoru – jednoho z předpokladů pro profesní a sociální zakotvení v běžném životě.

Způsob, jakým může učitel motivovat žáka se zrakovým postižením k učení se anglickému jazyku je v podstatě obdobný jako u intaktního žáka. Má ale některá specifika, jež je vhodné respektovat. Zmíníme zde stručně čtyři aspekty. *Úsilí a vytrvalost* učitele při vtahování žáka do světa anglického jazyka. Žák se zrakovým postižením se dostává do cizího prostoru, který mu učitel musí pomáhat postupně zmapovat, vytvořit mu základní opěrné body pro orientaci a pohyb v tomto prostoru. Výhodou je, že se učitel a žák pohybují ve světě verbálním, rizikem je možnost sklouznutí k verbalismu bez zmocnění se jazyka v jeho širokých souvislostech. *Názornost* je nezbytná při výuce všech žáků, u zrakově postiženého žáka ve větší míře akcentujeme další smyslové podněty (hmat, sluch, čich, chuť). Multisenzoriální přístup je imperativem pro jednotlivé aktivity v rámci výuky. *Začleněnost* žáka se zrakovým postižením je předpokladem pro vznik pocitu, že je neustále zapojen do všech aktivit, že je potřebnou součástí týmu třídy. *Časový plán* výuky by měl respektovat větší časový prostor žáka se zrakovým postižením pro čtení, zápis poznámek, zvládnutí písemné práce či testu atd. Žák tím „nezdržuje", tento delší časový prostor potřebuje jako samozřejmost a ani by jej to nemělo zbavovat povinností v rámci činností skupiny, např. dělat zapisovatele při týmové práci.

Důležité je vedení žáka se zrakovým postižením k samostatné práci při zvládání jazyka. Neznamená to jen zadat a zkontrolovat domácí úkol, ale rovněž jej vést k četbě v originálu prostřednictvím toho, co jej zajímá nebo je pro něj atraktivní. Podpora soutěživosti a touhy vyniknout často umožní zvládnout i záležitost, která se žákovi jeví jako naprosto nepřitažlivá (např. soutěž o nejlepší limerick, role ve vtipném skeči, kde intonace hraje podstatnou roli pro pochopení pointy, příprava na získání mezinárodních jazykových certifikátů testů). Zprostředkování kontaktů prostřednictvím institucí (British Council ad.) či realizace projektů (např. aktivity Comenius) vedou následně žáka k samostatné orientaci na to, co je pro něj zajímavé nebo užitečné. Naladění žáka pro zvládání jednotlivých dílčích kroků výuky se tak postupně transformuje v nalézání motivace pro sebezdokonalování v daném jazyce.

Motivovat žáky se zrakovým postižením k optimálnímu zvládnutí anglického jazyka zároveň znamená seznámit se s jejich postoji, a to nejen ve třídách, kde učitel sám učí, ale v rámci školy. Pro zjištění motivačních faktorů ovlivňujících postoje žáků byla zvolena metoda dotazníku. Dotazník (viz Příloha 1) byl rozdělen do tří oddílů, přičemž každý obsahoval šest otázek.

První oddíl a třetí oddíl byly orientovány na oblast motivace k učení se anglickému jazyku. První oddíl se zaměřil na motivační podněty vycházející z rodinného prostředí, třetí oddíl byl orientován na motivaci žáka samotného. Druhý oddíl věnovaný školní problematice záměrně vytvořil určitý předěl, který se neorientoval na oblast motivace, ale snažil se mapovat, jak vybrané zevšeobecňující postoje týkající se výuky anglického jazyka ve škole ovlivňují postoje žáků. Vzhledem ke skutečnosti, že tato část se jen periferně dotýká tématu příspěvku, je grafické zobrazení výsledků druhého oddílu Dotazníku, které nevyžaduje samostatný komentář, prezentováno v Příloze 2. Část dotazů umožňovala jednu odpověď (zobrazení výsledků kruhovým diagramem), většina umožňovala více variant (zobrazení výsledků sloupcovým grafem).

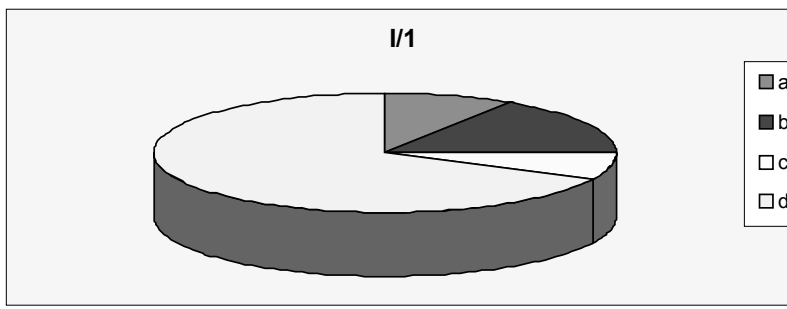
Skupinový soubor respondentů tvořili žáci školy ze všech deseti tříd tří oborů vzdělání (gymnázium, obchodní akademie a obchodní škola), které škola poskytuje. Dotazník vyplnilo 65 žáků, tj. 80,25 % žáků školy. Dle věku, pohlaví i formy postižení respondenti tvořili reprezentativní vzorek strukturálně odpovídající celkovému složení žáků školy. V této souvislosti lze konstatovat, že tři čtvrtiny žáků školy tvoří osoby se zrakovým postižením včetně souběžného postižení více vadami s dominantním zrakovým postižením, ostatní pak jsou osoby s tělesným postižením, Aspergerovým syndromem, souběžným postižením více vadami s absencí zrakového postižení, poruchami učení či intaktní. Dotazník byl anonymní.

Následující přehled je seznamuje s výsledky dotazníku provedeného mezi žáky Gymnázia pro zrakově postižené a Střední odborné školy pro zrakově postižené, Praha 5, Radlická 115. Cílem přitom bylo vytvořit specifický soubor poznatků, které by umožnily vyučujícímu anglického jazyka této školy účinně motivovat své žáky při aktivitách vedoucích k optimálnímu zvládnutí anglického jazyka.

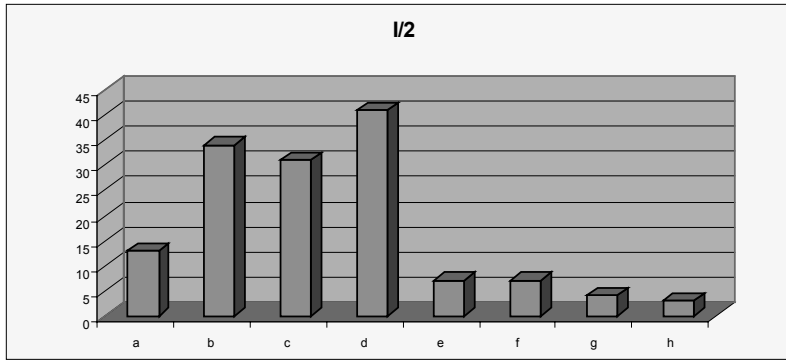
Rodina představuje důležitého partnera školy i při vytváření dobrých podmínek pro optimální zvládnutí cizího jazyka žákem. Jedná se o zázemí, které může pozitivně (ale stejně tak i negativně) ovlivnit žáka. Pro žáka se zrakovým postižením bývá rodina (byť třeba neúplná) velmi potřebnou oporou, zvláště pokud jej vede k soběstačnosti a samostatnosti v životě, jejíž nedílnou součástí je i komunikační nezávislost včetně komunikace v cizím jazyce. Právě rodina je jedním z činitelů, který může významně podpořit integraci do širokého mezinárodního společenství schopného komunikace v anglickém jazyce.

V rodinách, kde jeden či více členů zvládá cizí jazyk, bývá i větší a všestrannější podpora pro to, aby i zbývající členové rodiny tento jazyk zvládli, přičemž významnou úlohu mají oba rodiče. Proto první otázka týkající se vztahu rodiny a anglického jazyka směřovala na zjištění, kdo z rodičů zvládá jazyk na dobré úrovni. Pojem „dobrá úroveň" je velmi široký, neodpovídá odborné terminologii, ale pro většinu respondentů zřetelně označoval „schopnost bez obtíží v daném jazyce komunikovat".

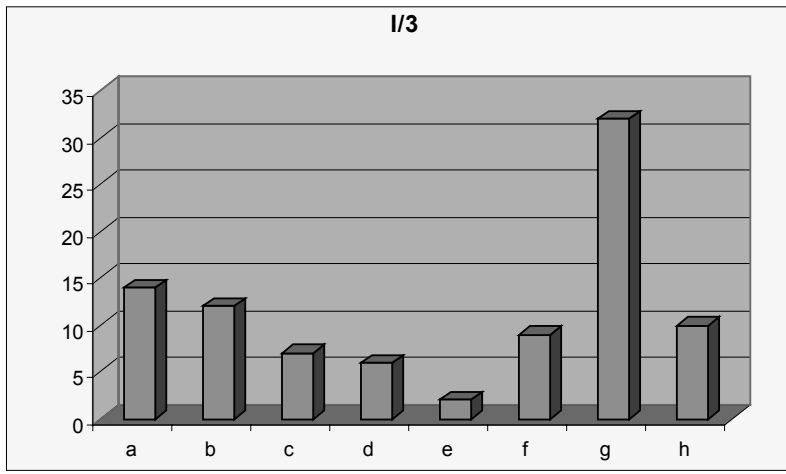
Téměř v 70 % případů žádný z rodičů žáků školy anglický jazyk nezvládá (graf I/1). Otců, kteří umí anglicky, je více než matek, v necelých 8 % případů je podle výpovědi jejich dítěte dobrá znalost angličtiny u obou rodičů. Rizikem majoritní skupiny je, že při motivaci svých dětí často sledují především výkonovou stránku orientující se pouze na kontrolu známek nebo délku času stráveného přípravou do školy bez možnosti reálně si ověřit úroveň znalostí dítěte. Rovněž motivace osobním příkladem u této skupiny není přítomna a málokdy i schopnost pomoci dítěti orientovat se při hledání cesty, jak se v jazyce zdokonalit.



Zájem rodičů má často instrumentální povahu spojenou s optimálním zajištěním budoucnosti jejich dítěte (graf I/2). Tomu odpovídá i vztah k anglickému jazyku jako jednomu z důležitých nástrojů pro sociální začlenění dítěte se zrakovým postižením. Podle výpovědí respondentů jejich rodiče výrazně preferují angličtinu jako prostředek ke globální komunikační integraci (d), k dosažení optimálního stupně vzdělání (b), a získání dobrého profesního uplatnění (c). Ostatní varianty jsou vnímány jako periferní.

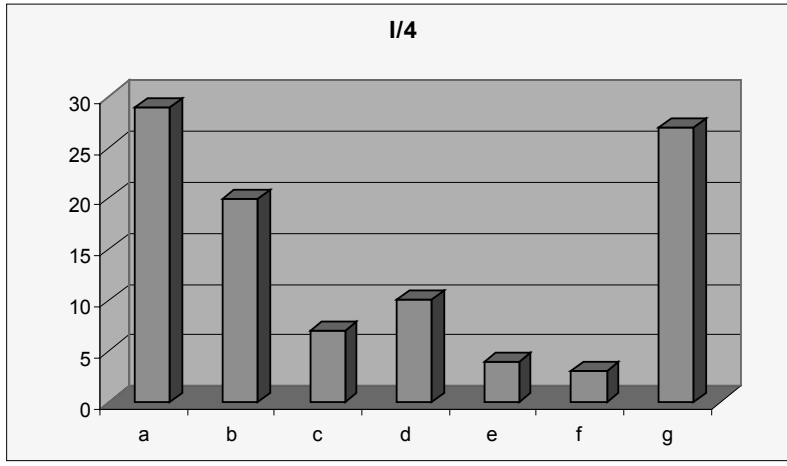


Podpora žákům školy, poskytovaná jejich rodiči pro optimální zvládnutí anglického jazyka, koresponduje se zájmy majoritní skupiny rodičů a orientuje se především na výkonovou motivaci často redukovanou jen na zájem o studijní výsledky (především hodnocení známkami) nebo tlak vyvíjený na žáka, aby se učil, který se často míjí účinkem. (graf I/3). Za pozitivní lze považovat, že se mezi ryto dva tak často uváděné způsoby podpory vklínilo obstarávání potřebných pomůcek pro učení se cizímu jazyku (nahrávky, učebnice, knihy atd.). Relativně velmi malá je rodičovská iniciativa vedoucí přímo k podnícení rozvoje komunikačních dovedností.

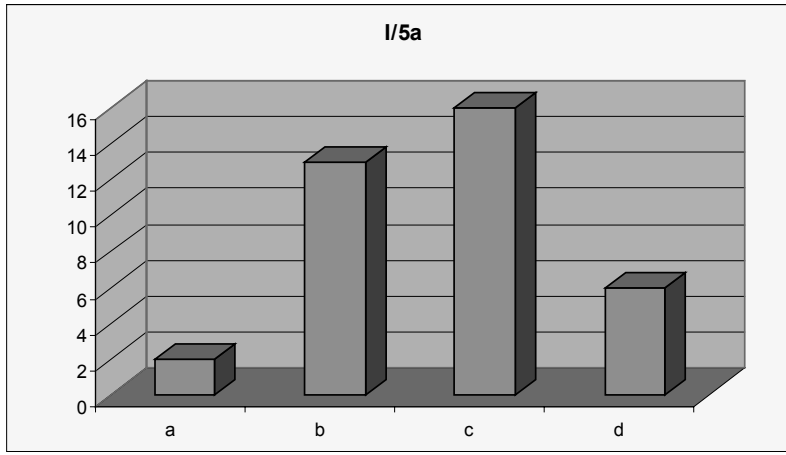


Motivační podpora ze strany členů rodiny v odpovědích respondentů ukazuje angažovanost rodičů (graf I/4), přičemž významnější úlohu a aktivnější roli v tomto ohledu sehrávají matky (a). Zdánlivě nižší hodnoty týkající se sourozenců (c, d) a prarodičů (e, f) nelze podceňovat, neboť motivace v prostředí rodiny je důležitá, ať přichází od kteréhokoli jejího člena. Převažující pobídkou ze strany rodinných příslušníků (graf I/5a) je orientace z pohledu budoucí perspektivy (c) či následování příkladu (b). Jen u dvou respondentů motivující podnět představovala odměna (a).

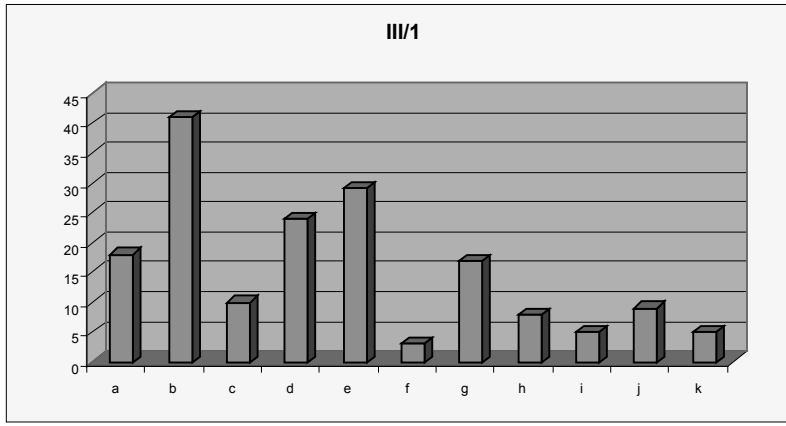
Vzhledem ke spektru odpovědí v položce I/1 není překvapivý velký počet žáků, kterým není motivační oporou nikdo (graf I/4) z jejich rodiny (g). Vzhledem k věkové skupině dospívající mládeže se u této skupiny téměř neobjevil prvek zklamání. Převážnou reakcí na absenci motivační podpory byla lhostejnost k postoji rodiny nebo nepřítomnost hodnocení dané situace. Žáci se proto se svou motivační potřebou vesměs orientovali na jinou blízkou osobu.



Pro správnou motivaci žáka je účelná znalost důvodů, proč se anglický jazyk učí (graf III/1). Některé důvody lze nacházet u různých generací v téměř identické podobě, jiné jsou spojeny s konkrétní dobou a prostředím. V souladu se současným dominantním postavením angličtiny v rámci komunikace ve světě byla většinou respondentů akcentována možnost dorozumění se s lidmi po celém světě (b). Další nejčastější preferencí byly motivy spojené

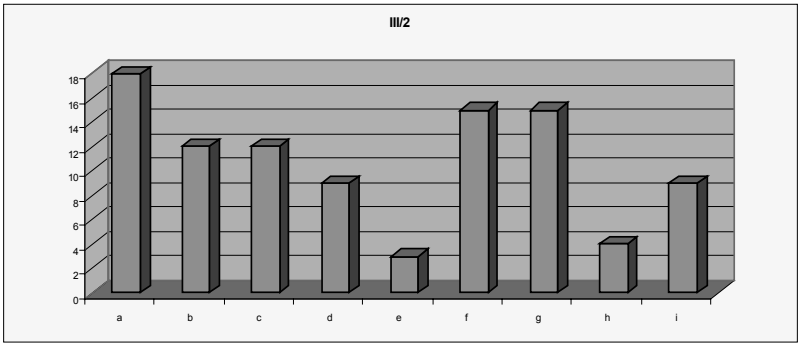


se společenským uplatněním – další studium (d) a získání dobrého zaměstnání (e). Nemalá část respondentů uvedla jako důvod potřebu cestovat (a), téměř stejně velká skupina zmínila nutnost učit se tento jazyk ve škole (g). Jako výrazně minoritní zůstaly důvody spojené se světem rodilých mluvčích.

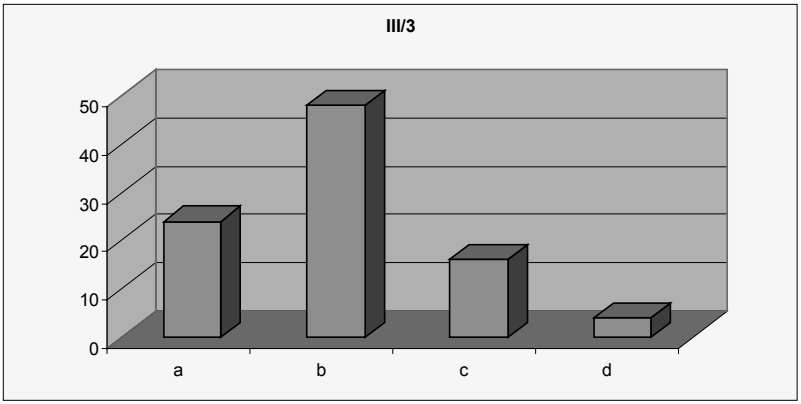


Ve výuce může pozitivní motivace žáka pomoci překonat bariéru nechuti, obav či nezájmu a napomoci přirozenému zvládnutí jazyka jako celku (graf III/2). Průzkum ukázal, že v čele malé obliby stojí oblasti či aktivity,

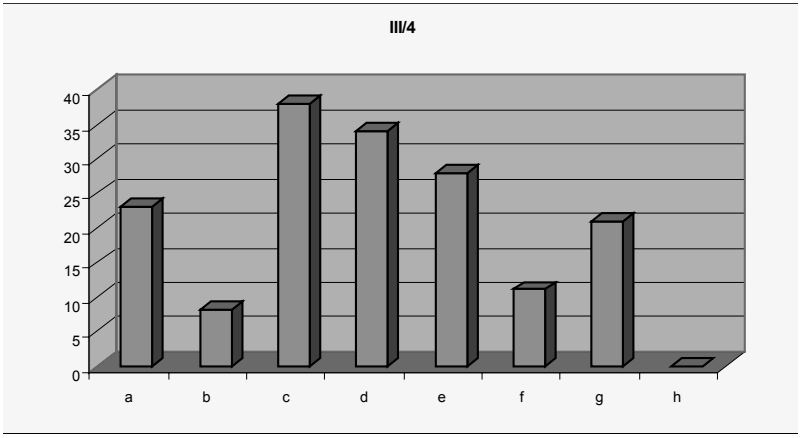
kde je nezbytné vydat při zodpovědné přípravě výraznější míru úsilí nebo kde pro zvládnutí jazyka napomáhají nejen „hravé přístupy“, ale i značný díl stereotypního opakování a fixování jazykových struktur – gramatika (a), testy (f), zkoušení (g). U nemalé skupiny žáků není oblíben poslech (b) nebo/a konverzace (c). Obě oblasti bývají úzce spojeny s bariérou porozumění mluvenému jazyku a v druhém případě i s bariérou vlastní promluvy. Je na učiteli, aby postupnými úspěchy drobných kroků motivoval žáka tak, aby ztratil zábranu a pozvolna zvládl to, co je pro běžný dialog nezbytné – umění naslouchat i aktivně vyjádřit své potřeby, názory a pocity.



Soustavná jazyková příprava je sice ideálem, ale jen nevelká část žáků dokáže najít motivaci pro takový přístup. Významnou úlohu proto hrají podněty, které dokáží žáka přimět k usilovnému studiu anglického jazyka (graf III/3). Většina respondentů uvedla jako hlavní podnět potřebu porozumět textu, návodu, písni, kamarádovi, známému atd. (b) V porovnání s výše uvedeným podnětem poloviční počet respondentů označil za důležitou motivační pobídku test nebo zkoušku. Rozhodně se nejedná o stejně „radostnou“ variantu, jako je ona předchozí. Pro řadu žáků je však důležitým impulsem, a je-li tento způsob motivace veden pozitivním směrem i ze strany učitele (zkouška a test nemají být hrozbou, ale metou, které je třeba úspěšně dosáhnout), může se stát základem formování dovednosti organizovat si samostatně přípravu v cizím jazyce, Obdobnou úlohu plní i plánovaná zahraniční cesta či pobyt (c).

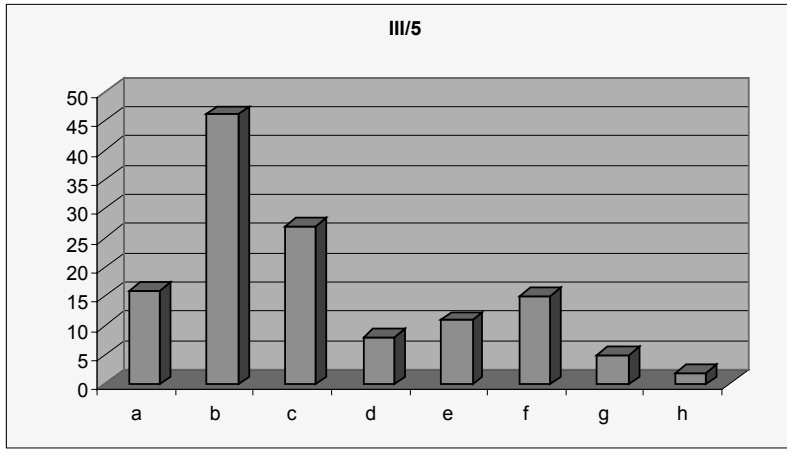


Při výuce anglického jazyka je i z pohledu učitele užitečné znát priority, které jeho žáci při zvládání jazykových dovedností sledují (graf III/4). Žáci mají tendenci orientovat se na zdokonalování jen v dílčích oblastech, které považují za důležité. Je na učiteli, aby je dokázal motivovat pro všestranné zmocnění se jazyka. Ostatně z pohledu respondentů nejvíce opomíjená dovednost – hovořit bez cizího přízvuku (b) – by se rodilým mluvčím pravděpodobně jevila jako velmi důležitá a napomáhající plné jazykové integraci.

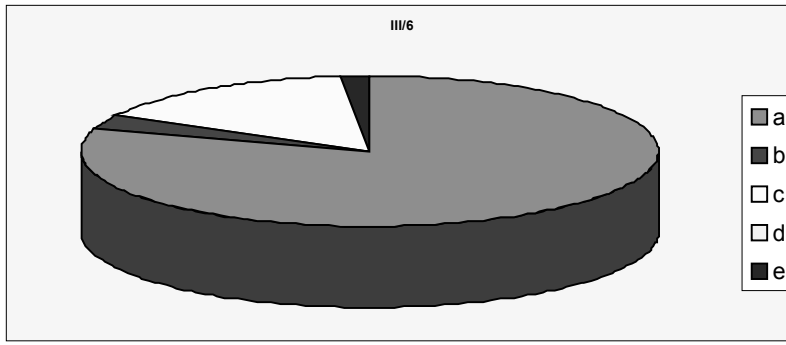


Anglický jazyk je dnes většinou žáků vnímám jako prospěšný a důležitý předmět. Nízký stupeň znalosti angličtiny nebo absence její znalosti bývá mezi dospívající mládeží vnímána jako komunikační a společenské znevýhodnění.

Výhodou učení se cizímu jazyku je, že pokrok v jeho zvládání může žák sám pozorovat (graf III/5). Uvědomuje si, že úroveň, v níž dokáže nebo nedokáže komunikovat v mnohém záleží na něm samotném. Sám může vnímat míru své úspěšnosti. Tomu odpovídá i skutečnost, že nejvíce respondentů uvedlo, že pro další studium jazyka je nejvíce motivuje viditelný pokrok (b) a prolomení jazykové bariéry (c). Pochvala (a) v sobě má podnětný náboj, ale ne tak důležitý jako je tomu u předškolních dětí a žáků základní školy.



80 % respondentů vyslovilo souhlas s tím, že člověk se učí jazyk celý svůj život (graf III/6). Jedná se o velmi pozitivní postoj. Uvědomovat si danou potřebu je užitečné, ale zpravidla ještě nevede k jejímu naplňování. A právě zde sehrává podstatnou úlohu motivace. Získá-li žák pozitivní podněty ke zvládnutí jazyka při jeho osvojování si ve škole, rodině i prostředí, v němž se pohybuje, pak snadněji nalezne i cestu k tomu, aby mu cizí jazyk sloužil jako potřebný a užitečný komunikační prostředek a schopnost jeho používání nevyhasínala.



Na závěr lze konstatovat, že výsledky průzkumu ve škole ukázaly důležitost vhodného a účinného motivování žáka se zrakovým postižením pro překonávání komunikačních bariér v oblasti anglického jazyka. Vedle učitele, který výrazně ovlivňuje, do jaké míry se žák se zrakovým postižením zmocní daného jazyka, významnou úlohu sehrává rodina, která může účinně přispět k tomu, aby žák nepromarnil období, které je pro zvládnutí cizího jazyka optimální.

Použitá literatura

Atkinson, John W., Birch, David. *An Introduction to Motivation.* D. van Nostrand. New York 1970. ISBN 0-442-20367-5.

Canfield, Jack, Wells, Harold Clive. *Hry pro zlepšení motivace a sebepojetí žáků.* Portál. Praha 1995. ISBN 80-7178-136-3.

Cangelosi, James S. *Strategie řízení třídy. Jak získat a udržet spolupráci žáků při výuce.* Portál. Praha 1994. ISBN 80-7367-118-2.

Hovorková, Alena. *Vliv faktorů motivace při vyučování cizím jazykům. Autoreferát dizertační práce.* České Budějovice 1982.

Mrkvička, Jiří. *Člověk v akci. Motivace lidského jednání.* Avicenum. Praha 1971.

Patersonová, Kathy. *Připravit, pozor, učíme se. Jak vzbudit zájem žáků o učení.* Portál. Praha 1996, ISBN 80-7178-102-9.

Řehulková, Oliva, Osecká, Lída. *Výkonová motivace ve škole.* Psychologický ústav Brno. Brno 1996. ISSN 1211-2631.

Příloha 1

I. Anglický jazyk a rodina

1. Anglický jazyk zvládá na dobré úrovni:
   a) matka
   b) otec
   c) oba rodiče
   d) nikdo z nich

2. Vaše zvládnutí anglického jazyka je pro rodiče důležité především proto, že
   a) dostanete dobrou známku na vysvědčení
   b) zlepšíte svou šanci na získání dobré úrovně vzdělání
   c) usnadní vám najít dobré zaměstnání
   d) vytvoří vám možnosti komunikovat bez problémů téměř po celém světě
   e) otevře vám prostor pro nezávislý život
   f) umožní vám dosáhnout dobrého společenského postavení
   g) seznámí vás a umožní osvojit si anglickou či americkou kulturu a způsob života
   h) jiné – uveďte.....

3. Rodiče vás podporují v učení anglického jazyka především tím, že
   a) vás podporují obstaráváním pomůcek (nahrávky, učebnice, knihy atd.)
   b) vás nutí, abyste se anglický jazyk pravidelně učili
   c) s vámi komunikují anglicky nebo vám vytvářejí příležitost pro setkávání s lidmi, s nimiž mluvíte anglicky
   d) vám zaplatí jazykový kurz v anglicky mluvící zemi či vás pošlou mezi rodilé mluvčí např. v Anglii, USA atd.
   e) vás podporují, abyste měli přátele mezi rodilými mluvčími
   f) vám zaplatí jazykový kurz v tuzemsku nebo doučování
   g) se zajímají o vaše studijní výsledky
   h) jiné – uveďte.....

4. Kdo z rodiny vás motivoval/motivuje k učení se anglickému jazyku:
   a) matka

b) otec
c) sestra
d) bratr
e) babička
f) dědeček
g) nikdo

5A. Pokud ano, v čem spočívala její/jeho pobídka:
a) odměna
b) osobní příklad či zkušenost
c) nastínění možností
d) jiné – uveďte.....

5B. Pokud ne:
a) je vám to líto
b) je vám to jedno
c) nikdy jste se nad tím nezamyslel(a)
d) motivoval vás někdo jiný – kdo – uveďte .....

6. Učí se někdo další ve vaší rodině anglický jazyk?
a) kdo .....
b) kde .....
c) jak dlouho .....
d) pomáhá on(a) vám nebo vy jí/jemu .....

II. Anglický jazyk a škola

1. „Ve škole se člověk jazyk pořádně nikdy nenaučí."
a) souhlasím
b) nesouhlasím
c) částečně souhlasím
d) částečně nesouhlasím
e) nevím

2. „Řada učitelů angličtiny je o lekci napřed a jazyk sami pořádně nezvládají.“
   a) souhlasím
   b) nesouhlasím
   c) částečně souhlasím
   d) částečně nesouhlasím
   e) nevím

3. „Výuce anglického jazyka by měl být ve škole věnován větší časový prostor.“
   a) souhlasím
   b) nesouhlasím
   c) částečně souhlasím
   d) částečně nesouhlasím
   e) nevím

4. „Stačí se naučit základům jazyka, umět trochu mluvit a dorozumět se, to ostatní je nadbytečné.“
   a) souhlasím
   b) nesouhlasím
   c) částečně souhlasím
   d) částečně nesouhlasím
   e) nevím

5. „Angličtina je jediný jazyk, který má smysl se v dnešní době učit.“
   a) souhlasím
   b) nesouhlasím
   c) částečně souhlasím
   d) částečně nesouhlasím
   e) nevím

6. „Hodina angličtiny je děsná nuda.“
   a) souhlasím
   b) nesouhlasím
   c) částečně souhlasím
   d) částečně nesouhlasím
   e) nevím

III. Anglický jazyk a já

1. Angličtinu se učím, protože
   a) chci hodně cestovat
   b) bych se rád dorozuměl s lidmi po celém světě
   c) je to nejlehčí cizí jazyk z hlediska učení
   d) mi to pomůže ve studiu
   e) mi to pomůže dostat dobré zaměstnání
   f) mám rád Brity a Američany
   g) musím (ve škole)
   h) chci dostat dobrou známku
   i) mám přítele/přítelkyni, který/á mluví anglicky
   j) chci v budoucnu žít v Británii, Austrálii, USA nebo Kanadě
   k) jiné – uveďte.....

2. Co vás při učení se angličtině nebaví:
   a) gramatika
   b) poslech
   c) konverzace – mluvení
   d) psaní
   e) čtení
   f) testy
   g) zkoušení
   h) jiné – uveďte.....

3. Co vás vyburcuje k tomu, abyste se usilovně věnoval studiu jazyka:
   a) test nebo zkoušení
   b) potřeba porozumět textu/návodu/písni/kamarádovi nebo známému
   c) plánovaná zahraniční cesta nebo pobyt
   d) jiné – uveďte.....

4. Co považujete v anglickém jazyce za důležité:
   a) mluvit a psát bez gramatických chyb
   b) mluvit bez akcentu (cizího přízvuku)
   c) mluvit plynule
   d) mít co nejširší slovní zásobu

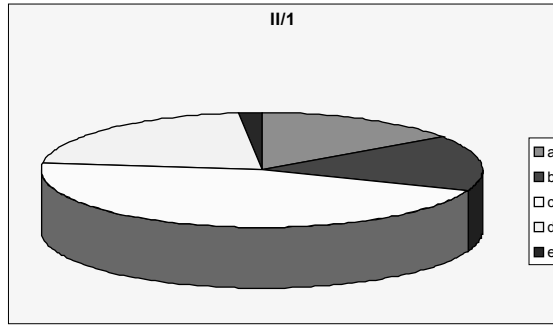
e) porozumět rodilému mluvčímu
f) porozumět neupravenému textu
g) domluvit se v rámci mého odborného nebo profesního zájmu
h) jiné – uveďte.....

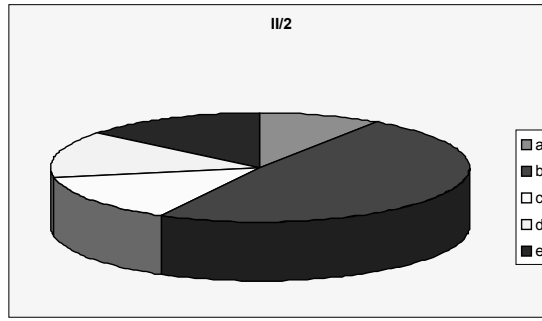
5. Co považujete při výuce jazyka za motivující.
   a) pochvalu
   b) viditelný pokrok
   c) prolomení jazykové bariéry
   d) soutěž s ostatními
   e) korekce vlastních chyb
   f) zábavnost
   g) porozumění cizí kultuře
   h) jiné – uveďte.....

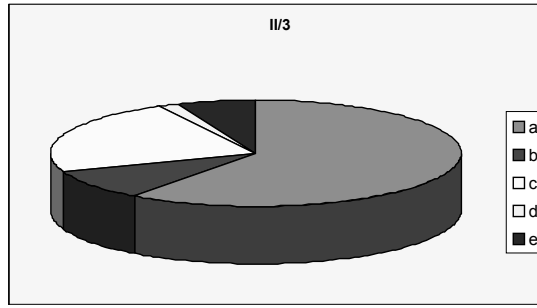
6. „Jazyk se člověk učí celý život."
   a) souhlasím
   b) nesouhlasím
   c) částečně souhlasím
   d) částečně nesouhlasím
   e) nevím

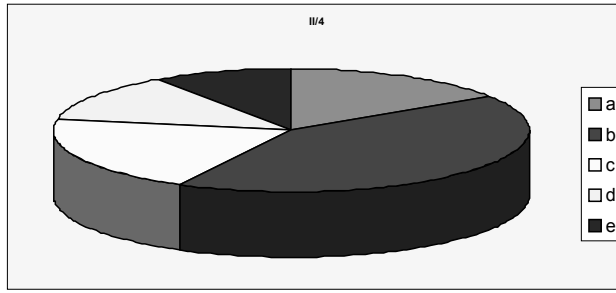
Příloha 2

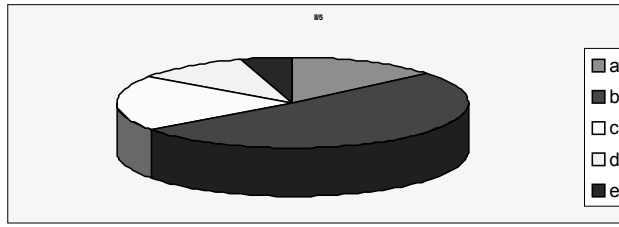
Grafické zobrazení výsledků druhého oddílu Dotazníku

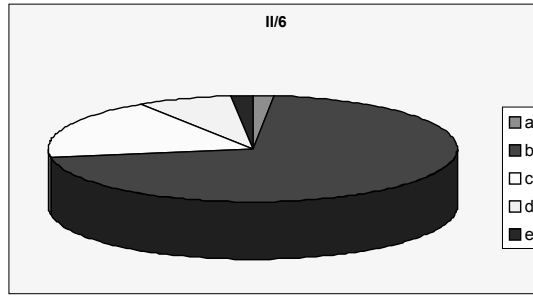



II/2
a
b
c
d
e


II/3
a
b
c
d
e


II/4
a
b
c
d
e


a
b
c
d
e


II/6
a
b
c
d
e

RODINA S TĚŽCE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝM JEDINCEM A JEJICH VZÁJEMNÉ PŮSOBENÍ

Family with severely visually impaired individuals and their interactions

Mgr. Martina Brožová, Ph.D.

Spolek Trend Vozíčkářů Olomouc (t.č. na rodičovské dovolené)

Anotace

Cílem tohoto příspěvku je zaměřit se na rodinu, v niž se vyskytuje zrakově postižený jedinec a jejich vzájemné působení. Tzn. jak je zrakově postižený jedinec schopen ovlivnit život v rodině a jakým způsobem mu může naopak rodina pomoci a přispět tak k jeho lepšímu rozvoji.

Úvod příspěvku, bude patřit základní charakteristice, rodiny a jedince se zrakově postiženým. Dále pak již bude popisovat jednotlivá specifika, která vyplývají z jednotlivých životních etap zaměřujících se na vzájemné působení těchto dvou subjektů.

V závěru bude provedeno stručné shrnutí poznatků celého příspěvku.

Klíčová slova

Osoba se zrakovým postižením, rodina, interakce.

Annotation

The aim of this paper is to focus on the family, in which occurs visually impaired individual and their interaction -> as visually impaired individual is able to influence life in the family and how it may even help the family and contribute to its better development.

Introduction contribution will include the basic characteristics, families and people with visual disabilities. Furthermore, it will no longer describe the specific circumstances arising from the various life stages focusing on the interaction of these two entities.

Key words

Persons with visual disabilities, family interaction.

Vývoj každého člověka je řízen obecnými a přírodními zákonitostmi. Současně je však procesem individuálním, tedy jedinečným, neopakovatelným. Rozvoj jedince ovlivňuje více činitelů. Jedná se především o dědičné předpoklady a konkrétní podmínky prostředí a výchovy. Předpokladem optimálního rozvoje osobnosti je vyváženost fyzického, psychického a sociálního vývoje jedince. Porušením této rovnováhy může být další vývoj osobnosti narušen (Monatová, 1995).

Zrakové postižení do jisté míry vývoj jedince narušuje a mění jeho osobnost. Dopad zrakového postižení je dán závažností zrakové vady a věkem, v němž k poškození zraku došlo. Svou úlohu tu však sehrávají i další faktory. Genetická dispozice jedince, prostředí, v němž se jedinec vyvíjí, a výchova. Vlivem zrakového postižení dochází ke změnám nejen ve vývoji psychickém, ale i fyzickém a sociálním. Úspěšnost vývoje těžce zrakově postiženého dítěte je rovněž závislá na znalostech rodičů některých zvláštních rysů jeho osobnosti a podmínek, jejího vývoje ve změněných poznávacích činnostech, které vznikají ztrátou zraku.

Rodina je důležitou součástí v naší společnosti. I když jí v dnešní době vedle zaměstnání, kariéry je přikládán nepříliš velký význam, hraje v našem životě bezesporu nezastupitelnou roli, neboť tvoří základ pro utváření naší osobnosti. Osvojujeme si zde základní vzorce a normy chování, jež nás pak doprovází po celý náš další život.

Každý z nás si v sobě nese představu o spokojené harmonické rodině. Tu však mohou narušovat různé vlivy vznikající nejen uvnitř rodiny, ale i z vnějšího prostředí. Jedním z těchto vlivů bezpochyby je i zrakové postižení, neboť s sebou nese různá specifika, která musí pak rodina řešit. Vstup tohoto typu postižení do rodiny je velmi náročný v kterémkoliv věkovém období. Nese s sebou četná rizika a situace, jimž musí takto zasažená rodina čelit a na něž se musí postupně adaptovat. Při nesprávné adaptaci může dojít až k jejímu rozpadu, což má neblahé následky nejen na samotného zrakově postiženého ale i ostatní členy rodiny.

Příchod zrakově postiženého dítěte do rodiny způsobuje rodičům a nejen jim, velké trauma, s nímž musí pracovat a zároveň se věnovat takto postiženému dítěti. Rozvíjet jej, aby u něj nedocházelo k senzorické deprivaci způsobené z nedostatku podnětů z okolního světa. Někteří rodiče mají tendence toto odkládat na pozdější dobu, neboť ještě v sobě nosí naději, že tento stav bude nějakým způsobem změněn a pak budou své dítě vychovávat již zce-

la standardním způsobem. Rodina tak prochází různými fázemi vedoucích k vyrovnání se s touto, v ten moment pro ně nepříznivou, životní situací. Po počátečním šoku nastává fáze hlubokého bloudění, kdy je rodina vystavena nejvážnějším rozhodnutím. Rozhoduje se, jak bude zrakově postižené dítě přijato. Ve většině případů není odmítnuto a rodiče se začínají orientovat na pomoc zvenčí. Toto bloudění končí akcí, kdy se rodiče Obrací na pomoc k lékařům nebo k pracovníkům střediska pro ranou péči.

Tato situace se však netýká pouze samotných rodičů, ale i prarodičů, a hlavně sourozenců takto postiženého dítěte. Rodiče by měli najít tu správnou rovnováhu pro utváření jejich vzájemného vztahu a jeho zdravého vývoje. Nemělo by docházet k protěžování jednoho z nich, neboť to narušuje přirozený rozvoji jejich vzájemného soužití, což se může postupně prohlubovat a přetrvat až do dospělosti. Zdravotně postižené dítě by nemělo být zvýhodňováno nejen při hře, ale i domácích pracích. Měly by být na něj kladeny takové nároky, které je schopno zvládnout. Dále je nutné ze strany rodičů zdravému sourozenci vysvětlovat, proč dítě se zrakovým postižením nemůže kupříkladu vynášet odpadkový koš atd. a naopak zdůraznit tu činnost, kterou místo toho může a bude stejně pravidelně vykonávat. Dále by se měli rodiče vyvarovat přenášení zodpovědnosti na zdravého sourozence. Měli by si uvědomit, že i přesto, že netrpí žádným zdravotním postižením, je to stále dítě a to mu je podřízeno i jeho chápání a vnímání a proto se nemůže chovat již od útlého věku jako dospělá osobnost. Pokud není vzájemný vztah mezi nimi rovnocenný, může docházet ze strany jednoho ze sourozenců k negativnímu postoji vůči druhému. Zrakově postižené dítě může cítit ze strany sourozence, že jen nemá rád a nebere jej rovnocenně. Naopak zdravý sourozenec může z příliš častého nucení, aby pomáhal a staral se o něj získat k takto postiženému sourozenci negativní postoj, který se může přenést až do dospělosti. V horším případě může svého zrakově postiženého sourozence fyzicky napadat a trápit jej.

Výchova nevidomého dítěte od narození či později osleplého, i dítěte se zbytky zraku, vyžaduje zvláštní pozornost. Je nutné, aby se přizpůsobila změněným podmínkám a to zvláště ve věku kojeneckém, batolícím a předškolním. Nepříznivě působí tzv. verbální (slovní) výchova. Rodiče mají radost, z toho, že jejich nevidomé dítě dovede mnoho básní i písní, jak se dovede v předškolním věku pěkně vyjadřovat, ale zároveň podceňují výchovu pohybovou, tělesnou a výchovu ruky. Výsledkem takto jednostranně pojaté výchovy jsou

nerozvinuté manuální dovednosti, tělesná slabost aj. Dlouhodobé zkušenosti ze styku s rodiči těžce zrakově postižených dětí ukazují na to, že rodiče se vlastně nikdy nevyrovnají s těžkou zrakovou vadou svého dítěte. Smiřovat se s touto nezvratnou skutečností je pro ně celoživotní proces. Prostředí rodiny modeluje celkovou osobnost dítěte již pouhou svou existencí. Nedostatečnou uvědomělou nebo také neuvědomělou péčí o něj se může u dítěte rozvinout citové strádání, které zanechává trvalé negativní stopy, především v oblasti charakteru. Výchovou se nevytváří pouze konkrétní dovednosti dítěte, ale formují se i jeho vlastnosti a budují vztahy k okolí. Kladná výchova vyvolává chuť překonávat překážky, rozvíjí zvídavost, působí na pocit sounáležitosti s okolním prostředím, je proto nutné, abychom zvažovali způsoby, jimiž na dítě působíme, aby se osamostatnilo a rostlo tělesně duševně i osobnostně a bylo celkově vyrovnané. Případná rizika nebudeme řešit drastickým omezováním v pohybu, ale poskytneme dítěti přiměřenou volnost (Smýkal, 1988).

Na správný vývoj zrakově postiženého dítěte mají také významný vliv výchovné postoje, které rodiče v jeho výchově uplatňují. Rozlišujeme osm typů nesprávných výchovných přístupů.

Jedním z těchto nešvarů je úzkostná výchova, kdy rodiče na postiženém dítěti nezdravě lpí a ze strachu, aby si neublížilo, mu zabraňují v činnostech, které by mohlo běžně vykonávat. Příliš dítě ochraňují, a tím je omezují v jeho tělesné i duševní aktivitě a v sociálním vývoji. Na přílišné omezování reaguje zrakově postižené dítě buď aktivním protestem, nebo se pasivně podřídí, ztrácí iniciativu a dostává se do stavu útlumu a apatie. Tento způsob výchovy vyvolává v pozdějším věku závažné problémy v samostatném rozhodování postiženého dítěte. Takto vychovávané děti jsou v dospívání konfrontovány s realitou. Mají zkreslené představy o mezilidských vztazích a okolí. Začlenění je pro ně velmi obtížné a mohou zůstat i nadále v pasivitě.

Rozmazlující výchova je taková, při níž rodiče na postiženém dítěti až nezdravě citově lpí, nekriticky hodnotí a oceňují každý jeho běžný projev a nepatrný vývojový pokrok. Mají snahu nahradit dítěti přemírou lásky to, o co bylo podle jejich představ v životě ochuzeno. Mají obavu, aby mu nebylo ublíženo, a proto se snaží udržet je v citové závislosti na sobě. Brání mu ve společenském osamostatnění, podřizují se jeho přáním a náladám a posluhují mu. Takto vychovávané děti mají uměle prodloužené období dětství, v dospělosti se pak obtížně samostatně orientují a prosazují v praktickém životě, pracovních, partnerských a společenských vztazích. Většinou zůstá-

vají závislí na péči okolí po celý svůj život, neboť tento nesprávný výchovný postup nerozvíjí dostatečně jejich schopnosti a proces osamostatňování se. Mají obtíže s komunikací s okolím a přizpůsobením se potřebám druhých.

Perfekcionistická výchova je charakteristická přepjatou snahou po dokonalosti. Rodiče se snaží, aby zrakově postižené dítě mělo úspěch, a nepřihlíží k jeho reálným možnostem. Kladou na něj neúměrné požadavky a netrpělivě čekají na výsledky svého úporného snažení. Ženou dítě do nepřiměřených výkonů a do nerovného soutěžení s ostatními. Soustavným přetěžováním je neerotizují a dohánějí k různým obranným postojům, které jsou pak vážnou překážkou veškerých výchovných snah.

Většinou si ani sami neuvědomují důsledky takového způsobu výchovy na celkový vývoj dítěte a ve své ambicióznosti nejsou ochotni přijmout dobrou radu. Myšlenku na to, že je jejich dítě nějakým způsobem postižené, odmítají. Chtějí, aby provádělo všechno stejně jako dítě zdravé. Minimálně jej chválí a oceňují za snahu. Dítě postupně jejich požadavky přestává plnit a uzavírá se samo do sebe. Rodiče s takovým nesprávným postojem jsou velmi často přesvědčeni o správnosti svého výchovného postupu.

Protekční výchova je taková forma nesprávného působení, při němž se rodiče snaží, aby jejich zrakově postižené dítě za každou cenu dosáhlo všeho, co pokládají za důležité pro jeho další život. To činí bez ohledu na způsob a prostředky, kterými chtějí tohoto cíle dosáhnout. Ve všem dítěti pomáhají, pracují za něj, všechno mu sami vyřizují a zařizují, soustavně mu připravují cestu, jak se dostat kupředu a vyhnout se nepříjemnostem. Všude pro něj vyžadují úlevy a výhody. Obtíže a nedostatky dítěte podle potřeby buď zveličují, nebo zlehčují až zastírají. Jen aby dosáhli svého cíle. Tento typ výchovy vede k opožděnému vývoji osobnosti, nesamostatnosti a nepříznivým reakcím a vztahům společenského prostředí k postiženému dítěti.

Lhostejná výchova je charakteristická nedostatečným zájmem a málo účinným přístupem ke zrakově postiženému dítěti. Rodiče je neberou na vědomí, neumějí se vžít do jeho situace. Nesnaží se mu náležitě pomáhat, i když je neodmítají. Obvykle s ním udržují kontakty i při jeho přijetí do ústavu, ale neprojevují přitom dostatečné citové vztahy a zájem.

Nejednotná výchova se projevuje rozdílnými výchovnými názory a postupy rodičů ve vztahu ke zrakově postiženému dítěti. Zvláště obtížná výchovná situace je tam, kde u některého z rodičů existují ambivalentní vztahy k postiženému dítěti, tj. mění se kvalita jeho chování k dítěti (odmítavé chování

střídá s přehnanými projevy lásky). Tento typ výchovného působení má negativní dopad jak na dítě samotné, tak i na celou rodinu. Napětí se v rodině neustále zvyšuje a postupně může dojít i k jejímu rozpadu.

Zanedbávající až zavrhující výchova se projevuje tím, že rodina ignoruje potřeby zrakově postiženého dítěte a nevěnuje mu patřičnou péči. Snaží se přenést zodpovědnost za léčebnou a výchovnou péči o dítě na různé instituce. Někdy rodiče tento nezájem skrývají, navenek předstírají o dítě starost. ... Zanedbávající nebo zavrhující výchova se vyskytuje nejčastěji v rodinách, kde dítě připomíná svým postižením rodičům představu neštěstí, zklamání, ztrátu ideálů apod. ... V takových případech je pak dítě často vědomě nebo nevědomě trestáno, omezováno a utlačováno, jako by samo mohlo za to, že trpí vrozenými obtížemi a nedostatky. Jindy naopak rodiče vymáhají pro dítě nová a nová vyšetření, ústavní léčbu nebo trvalé umístění v ústavu, i když pro to nejsou zdravotní ani sociální důvody. Těmito postoji je dítě vháněno buď do pasivity a rezignace, nebo naopak do vzdoru a protestních projevů vůči rodičům i společenskému prostředí.

Chybějící rodinná výchova se projevuje nepříznivě, zejména v nedostatečném rozvoji citové stránky a sociálních vztahů zrakově postiženého dítěte,jenž je od útlého věku umístěno v dětských domovech, léčebných ústavech nebo ústavech sociální péče. Takové dítě je z právního a ekonomického hlediska sice zajištěno, avšak je třeba starat se i o rozvoj jeho osobnosti po všech stránkách, zejména po stránce citové, poznávací, volní a sociální (Kábele 1993) .

Někteří rodiče zvláště pak u dětí v předškolním věku, nemají příliš velkou potřebu vštěpovat zrakově postiženému dítěti potřebné vzorce chování. Dítě se pak nedokáže dobře orientovat v tom, co je či není přijatelné a je ve svém chování infantilnější. Tak je vnímáno i okolím, které tak získává špatný pohled na zrakově postižené, neboť toto chování přičítá zrakově postiženým obecně nikoliv však rodičům.

Před nástupem dítěte do školy, musí rodiče vyřešit jednu velmi důležitou otázku a to jakou vzdělávací cestou se jejich dítě vydá. Řešení by mělo být velmi citlivé a pro dítě přijatelné. Rodiče by měli brát ohled na jeho schopnosti a možnosti vyplývající ze zdravotního postižení a nepodléhat příliš vlastním emocím a pohodlí, což je však velmi obtížné.

Ve školním věku rodiče kladou důraz na školní prospěch žáka, neboť dobré výsledky ve škole jim potvrzují normalitu jejich zrakově postiženého dítěte. Někteří mají tendenci zatěžovat dítě Spoustou různých kroužků jako např.

hra na hudební nástroj, angličtina aj. Na dítě tak kladou vysoké nároky, které nemůže zvládnout, nejen kvůli neúměrné zátěži, ale i zrakovému postižení. (např. přílišné namáhání zraku u těžce zrakově postižených dětí.)

Velmi náročným a pro obě strany obtížným obdobím, je doba dospívání, kdy dítě prochází nejen složitým obdobím puberty, kdy může mít obtíže s přijetím zrakového postižení a faktu, že se jen těžce vyrovná svým nepostiženým vrstevníkům, ale i dobou odpoutávání se od rodičů a chuti postavit se na vlastní nohy.

Rodiče často tuto situaci nesou jen obtížně. Někteří se jen těžce smiřují s tím, že jejich dítě aktivně používá bílou hůl a snaží se být samostatné. Mají tendence jej neustále ovlivňovat a držet v závislosti na sobě. To může vést buď k aktivnímu protestu ze strany dítěte, nebo naopak k útlumu a pasivitě v níž pak již zrakově postižený setrvává. Pokud se tato situace nevyřeší do doby mladší dospělosti, většinou se již jen těžko osamostatní.

Jiná situace nastává u osob, jež ztratily zrak až v průběhu života. Zde hraje významnou roli, kdy ke ztrátě zraku došlo. Pokud k tomu dojde v raném dětství, nemusí být situace tak obtížná, než pak dále v průběhu života.

Na rozdíl od vrozeného handicapu získaný defekt působí na dítě více traumaticky. Vznik získaného postižení je změnou situace k výrazně horší variantě a dítě si uvědomuje určitou ztrátu svých možností, což může subjektivně působit jako trauma. Získaný defekt je přijatelnější pro sebepojetí rodičů, vytvoření normálního rodičovského vztahu ke zrakově postiženému dítěti a jeho akceptaci, neboť psychologického hlediska bývá jedinec, který se alespoň po určitou dobu rozvíjel v rámci normality, akceptován lépe, než dítě s vrozeným handicapem. Z hlediska postojů široké veřejnosti je získané postižení přijatelnější než vrozená vada také proto, že je srozumitelnější a jeho příčina není tak tajemná (Vágnerová, 1995).

Velmi problematická situace může nastat, pokud dojde ke ztrátě zraku právě v období puberty. V tomhle období je adaptace na nově vzniklý stav velmi nepříjemná a náročná. Jedinci ji přijímají s obtížemi a často může ovlivnit jejich celkový psychický vývoj.

Ale ani v dospělosti není situace příliš jednoduchá. Zrakové postižení často připraví jedince o dosavadní způsob života. Musí se většinou rekvalifikovat, změnit či úplně odejít ze zaměstnání, případně najít nové kamarády a v nejhorším případě ztratit rodinu, která se nedokáže na novou situaci adaptovat. Pokud dojde ke ztrátě zraku u ženy, je velmi důležité, aby jí rodina

poskytla dostatečnou podporu, nejen v oblasti psychické, ale i zabezpečení domácnosti atd.

V případě mužů mohou nastat komplikace v oblasti finanční, kdy může být na nějakou dobu či trvale oslabena jeho role jako živitele rodiny. Nejen takto postižení jedinci, ale i celá rodina se musí na tento nově vzniklý fakt adaptovat.

Jak vyplývá z kontextu příspěvku, zrakové postižení s sebou nese četné komplikace jimž musí rodina čelit a překonávat je. Pokud však funguje na správných základech, hodnotách a dokáže si být oporou, má velkou šanci, že vzniklý problém zvládne.

Seznam použité literatury

1. KÁBELE, F. a kol. Somatopedie. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-533-5.
2. MONATOVÁ, L. Pedagogika speciální. Brno: MU, 1995. ISBN 80-210-1009-6.
3. SMÝKAL, J. Hovory s rodiči o výchově nevidomého dítěte. Brno: SI v ČSR, 1988.
4. VÁGNEROVÁ, M. Oftalmopsychologie dětského věku. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-053-X.

INOVACE PŘÍSTUPŮ V PROSTOROVÉ ORIENTACI OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM PROSTŘEDNICTVÍM TYFLOMAP

Mgr. Dita Finková, Ph.D.

Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Klíčová slova

Prostorová orientace a samostatný pohyb, osoby se zrakovým postižením, mapy, tyflomapy.

Přesná statistika o počtech zrakově postižených osob ve světě, potažmo v České republice, v podstatě neexistuje. Britská organizace nevidomých RNIB (Royal National Institute of Blind) odhaduje, že podíl zrakově postižených by mohl být ve výši 1,5–2 % obyvatel dané země, v České republice by to bylo přibližně až 150 000 osob.

Ludíková (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007) říká, že jedinec se zrakovým postižením je osoba, která trpí oční vadou či chorobou, kdy i po optimální korekci je zrakové vnímání narušeno do té míry, že jí činí potíže v běžném životě.

Výrazné snížení zrakové percepce významným způsobem zasahuje v podstatě do všech složek běžného života jedince a tyto osoby výrazně omezuje. Jednou ze složek, které jsou v podstatě nejvíce zasaženy těžkým zrakovým postižením, je oblast prostorové orientace a samostatného pohybu. Samostatnost v této oblasti má přímý vliv na kvalitu života jedince se zrakovým postižením.

V současné době je v oblasti prostorové orientace preferován tzv. komplexní přístup, jsou využívány informační a komunikační technologie, ale rovněž není možno k této problematice přistupovat bez výcviku hmatové a sluchové oblasti. Taktilní informace a zkušenosti hrají při prostorové orientaci nezastupitelnou roli. Získávání poznatků a přehledu o našem okolí, o trase, kterou se chceme naučit, předchází samozřejmě i nácvik dané trasy pomocí hmatových map. Jedná se v podstatě o akt, kdy prostřednictvím orientace v mikroprostoru dochází ke komplexnějšímu poznání makroprostoru.

Pro kvalitní orientaci na ploše je ovšem důležité hmat umět využívat. Hmat je vnímán jako jeden z nejdůležitějších kompenzačních činitelů a jeho

pravidelné cvičení je předpokladem jeho správného využívání. Litvak (1979) dělí hmatové vnímání na tři formy: pasivní, aktivní a instrumentální. Pro orientaci v ploše a získání detailního přehledu o objektu, mikroprostoru, atd. je využívána forma aktivního hmatání.

U dětí nevidomých od narození či se získaným postižením v raném věku by mělo docházet k rozvoji dovedností dítěte v prostorové orientaci a samostatném pohybu zpočátku v rodině, tyto dovednosti jsou dále rozvíjeny v rámci předškolního a školního vzdělávání. V rámci školní docházky je rozvoj kompetencí ukotven díky rámcově vzdělávacímu programu pro základní školu především v předmětu „prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených", ale například i v předmětu tělesná výchova. Na základních školách je od roku 1998 zakotvena prostorová orientace jako samostatný předmět pro žáky nevidomé a těžce slabozraké. Metodika předmětu vyplývá z fyziologicky daných schopností žáka daného věku. Výuku obvykle zajišťuje pedagog dané školy s certifikátem instruktora prostorové orientace. Pro žáky integrované tuto službu zajišťuje speciálně pedagogické centrum.

Osoby, které z jakéhokoli důvodu ztratily zrak po ukončení povinné školní docházky, mohou základní výcvik prostorové orientace a samostatného pohybu absolvovat pomocí například Tyfloservisu, Pobytového, rekvalifikačního a rehabilitačního střediska Dědina, nebo oslovit některé další nestátní organizace, které tyto služby nabízejí.

V rámci výuky prostorové orientace na školách i ve výše jmenovaných zařízeních bývá součástí výcviku i orientace na reliéfních mapách, vše dle přání a potřeb žáků a klientů. Tomu, jak mají reliéfní obrázky a mapy vypadat, jaké mají mít parametry, se věnují či věnovali někteří odborníci, z nejznámějších například Jesenský, Červenka, Janková, Wanecek, Heller.

Je zřejmé, že pouhé naučení se rozpoznávání mikroprostoru a s ním spojené rozeznávání reliéfních čar, nemůže vést k dokonalé orientaci během chůze a pohybu v otevřeném prostranství, či budovách. Zcela jistě však orientace v hmatových mapách a plánech může přispět k tomu, že utvářené představy více odpovídající reálnému prostředí.

Na dané problematice staví projekt GAČR „Percepce geoprostoru prostřednictvím tyflomap moderního typu", který je v současné době v řešení a zabývá se právě výše uvedenou problematikou.

Projekt byl naplánován na období 2008–2010. Pro realizaci tohoto projektu spojily své síly dva týmy. Jedná se o tým z přírodovědecké fakulty Univerzi-

ty Palackého v Olomouci z katedry geoinformatiky v čele s prof. Voženílkem. Druhý tým působí na pedagogické fakultě téže univerzity, Ústav speciálněpedagogických studií, v čele s prof. Ludíkovou. Spojení těchto dvou rozdílných skupin osob poskytuje ideální zázemí pro činnost v tomto projektu.

Nápad vznikl na základě analýzy potřeb osob se zrakovým postižením, především nedostatku vhodného výukového materiálu pro výuku prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením, který je nutný pro běžný a nezávislý život. Dalším podnětem pro vznik projektu byl nedostatečný výukový materiál pro žáky se zrakovým postižením a jejich pedagogy. Nové mapy, o kterých hovoříme, jsou vhodné například pro výuku zeměpisu, ale rovněž pro výuku prostorové orientace na školách.

V současné době v České republice mají učitelé nevidomých a slabozrakých žáků v podstatě jen dvě možnosti percepce geoprostoru. Jsou využívány lisované fólie a plastové reliéfní mapy (termovakuové fólie, termoaktivní zpěňovací hmoty), nebo si pedagogové takové mapy dokonce vyrábí pro výuku sami, a to většinou vrstvením jednotlivých ploch na sebe. Příkladem může být například i úprava plastových reliéfních map pomocí vyznačení liniových prvků, polepování map popiskami v braillově písmu, jsou navíc velmi náročné na výrobu.

V dnešní době, době rozvoje technologií různého typu, již nelze považovat plastové mapy tohoto typu z hlediska světových standardů za dostačující.

Námi realizovaný projekt je časově rozdělen na tři roky, kdy se v současné době nacházíme na prahu posledního roku řešení projektu. Pro rekapitulaci se pokusím zmínit aktivity, které byly realizovány v proběhu dvou již uplynulých let.

V prvním roce byly mapovány aktivity spojené s využíváním reliéfních map v rámci České republiky, ale také ve světě. Dále byl na základě znalostí, nastudovaných poznatků a po konzultacích s odborníky sestaveny první návrhy na legendu mapy, tedy jakási vzorkovnice povrchů v reliéfní podobě, kde byly zohledněny i barvy a barevné kombinace pro osoby na úrovni slabozrakosti, a následně byla první legenda vyrobena pomocí 3D tiskárny. Tato vzrkovnice byla postupně testována samotnými osobami se zrakovým postižením.

V loňském roce 2009, tzn. druhém roce projektu, byly na základě testování legendy připraveny tři vzorové mapy v 3D podobě, které byly opět testovány osobami se zrakovým postižením. Jednalo se konkrétně o následující

mapy: A) výškopis Evropy, B) nezaměstnanost v ČR, C) přednádražní prostor ve městě Olomouci.

Jak již bylo řečeno, nové tyflomapy byly vytvořeny na základě analýzy potřeb nevidomých a slabozrakých osob. Při výrobě byly a jsou i v současné době respektovány všechny obecné zásady zpracování hmatových map, tedy celková kluznost povrchu, zdravotní nezávadnost, omyvatelnost, ... atd.

Výsledky testování jednotlivých map jsou průběžně analyzovány a vyhodnocovány a na jejich základě budou vytvořeny další typy moderních tyflomap (například včetně ozvučení) odpovídající kritériím pro využití map jak pro žáky a studenty, tak pro dospělé osoby se zrakovým postižením. Průběžně jsme testovali tyto vzorky a mapy například v následujícíhch institucích: Gymnázium a střední odborná škola v Praze, Základní a střední škola v Brně, Tyflocentrum Olomouc, Tyflocentrum Karviná.

Závěr

Je zřejmé, že rozvoj prostorové orientace a samostatného pohybu je ovlivňován více faktory. Věříme, že námi odzkoušené mapy, jejich propracovanost, kdy byly brány v úvahu názory těžce zrakově postižených osob, snadná použitelnost tohoto druhu tyflomap, by mohly být přínosem ve výuce prostorové orientace a samostatného pohybu těchto osob. Jsme přesvědčeni, že možnosti využití nových tyflomap bude velmi široká, a to od využití ve výuce na základních a středních školách, přes využití pracovníky tyflocenter a tyfloservisů při práci s dospělými osobami s těžkým zrakovým postižením. Tyto mapy je možno v budoucnu využívat i jako orientačních plánů například v budovách úřadů, pro samostatnou orientaci.

Použitá literatura

BLASCH, B. B., WIENER, W. R. Foundations of Orientation and Mobility. 2. edition. New York: American Foundation for the Blind, 1997. ISBN 0891289461, 9780891289463.

ČERVENKA, P. Mapy a orientační plány pro zrakově postižené. Praha: AULA, 1999. ISBN 80-902667-4-6.

FINKOVÁ, D.; LUDÍKOVÁ, L.; RŮŽIČKOVÁ, V. Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. Olomouc: UP, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.

GOLLEDGE, Reginald G. Geography and the disabled: A survey with special reference to vision impaired and blind populations. Transactions of the In-

stitute of British Geographes [online]. 1993, vol. 18, no. 1 [cit. 2009-03-08], s. 63. Dostupný z WWW: <http://www.jstor.org/stable/623069?cookieSet=1>.
JESENSKÝ, J. Tyflografické výzkumy a studie. Praha: SI, 1983.
KEBLOVÁ, A. Hmat u zrakově postižených. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-7216-085-0.
LITVAK, A. G. Nástin psychologie nevidomých a slabozrakých. Brno: SPN, 1979.
PERKINS, CH. Cartography: Progress in tactile mapping. Progress in Human Cartography [online]. 2002, vol. 26, no. 4 [cit. 2009-03-07], s. 521. Dostupný z WWW: <http://hdl.handle.net/2014/32438>.
RŮŽIČKOVÁ, V. Integrace zrakově postiženého žáka do základní školy. Olomouc: VUP, 2006. ISBN 80-244-1540-2.
WIENER, P. Prostorová orientace zrakově postižených. Praha: MŠMT, 1998.

OD DIEŤAŤA K RODINE (ALEBO KEĎ SA MEDICÍNSKY MODEL RANEJ STAROSTLIVOSTI MENÍ NA ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÝ)

PaedDr. Jana Lopúchová, PhD.

Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta, Katedra špeciálnej pedagogiky

Abstrakt

Včasná pomoc (intervencia) je otvoreným a interdisciplinárnym systémom pomoci všetkých skupín profesionálov – lekárov, psychológov, špeciálnych pedagógov a iných odborníkov, ktorí sa snažia pomáhať deťom s postihnutím. Bez spolupráce s rodičmi a s rodinou však tento systém nemôže byť funkčný.

Rodina je neoddeliteľnou súčasťou v starostlivosti o dieťa s postihnutím. V týchto intenciách je príspevok zameraný na genézu chápania ranej starostlivosti, na zdôraznenie posunu tohto chápania od medicínskeho modelu po model špeciálnopedagogický (psychologický) a najmä na to, akú úlohu v celom tomto systéme zohráva rodina dieťaťa, teda jeho užšie sociálne prostredie.

Kľúčové slová

Rodina, raná starostlivosť, podpora rodiny, interdisciplinarita.

Rodina ako základná spoločenská bunka v posledných dvoch desaťročiach zaznamenáva výrazné zmeny. Najmä v demografickom vývoji môžeme za ostatné obdobie identifikovať tri výrazné etapy. V prvej polovici 90. rokov 20. storočia prebehli radikálne zmeny v reprodukčnom a rodinnom správaní obyvateľstva, ktoré boli bezprostrednou reakciou na zmenu politických a spoločenských pomerov a ktoré výrazne ovplyvnili demografické trendy.

Tieto zmeny pokračovali aj v druhej polovici 90. rokov, avšak už s podstatne nižšou intenzitou. Stačilo 10 rokov a na začiatku nového tisícročia sa na Slovensku presadil nový model reprodukčného a rodinného správania, celkom odlišný od modelu z obdobia socializmu.

Obdobie po roku 2000 možno považovať za obdobie stabilizácie po výrazných zmenách a začiatok budovania nových trendov v nových spoločenských podmienkach. Obyvateľstvo prispôsobilo svoje reprodukčné správania zmeneným podmienkam. Reprodukčné procesy už začínajú rozhodujúcou mierou ovplyvňovať tí, ktorí v týchto nových podmienkach vyrastali, a preto je predpoklad, že ich reprodukčné stratégie budú stabilnejšie (Vaňo, 2007).

Rodina je najstaršou ľudskou spoločenskou inštitúciou, ktorá pre zachovanie ľudskej spoločnosti plní veľmi dôležité funkcie. Vznikla kedysi v pradávnych dobách z potreby človeka svoje potomstvo ochraňovať, učiť, vzdelávať, pripravovať pre život. Táto životná potreba spolu s potrebou vzájomnej pomoci a opory jedného v druhom u tých, ktorým potomstvo náleží sú hlboko zabudované a zakódované v našej psychike.

Každá rodina sa v priebehu vlastného životného cyklu mení pod vplyvom rôznych udalostí. Tieto zmeny sú – ako píše Čechová (2005) – pozorované ako vývinové štádiá, vnútri ktorých je životný štýl relatívne stabilný a členovia rodiny plnia určité úlohy vo vzťahu k tomuto obdobiu. Prechody z jedného štádia do druhého prinášajú stres, nepokoj i úsilie o dosiahnutie rovnováhy v rámci nového štádia.

Ak sa v rodine narodí dieťa s postihnutím, významným spôsobom to ovplyvní celú rodinu. Rodina sa dostáva do úplne novej situácie, ktorú veľakrát nevie riešiť. Ak sa rodičia dostanú do šoku, často nedokážu reálne uvažovať a pružne zabezpečiť svojmu dieťaťu potrebné aktivity a odbornú starostlivosť. Často krát sa stáva, že rodičia vo svojich predstavách, že ich dieťa sa narodí zdravé, nemajú informácie o odbornej starostlivosti o postihnuté deti, neraz tápu v bezmocnosti a nevedia, čo s takým dieťaťom majú robiť.

Aby však vzniknutú situáciu dokázali zvládnuť, musia sa na ňu adaptovať. Postihnutie dieťaťa sa dotýka každého člena rodiny. Každá rodina je jedinečná, jej fungovanie ovplyvňuje množstvo faktorov: počet a vlastnosti jej členov, vzdelanie a zamestnanie rodičov, hodnoty, kultúrne tradície, náboženské presvedčenie a pod. Adaptácia môže mať rôzny priebeh a závisí najmä od toho, v akom vekovom období dieťaťa dôjde k jeho postihnutiu.

Seligman a Darlingová (1997) podrobnejšie rozpracovali tieto vývinové štádiá vo vzťahu k stresu, ktorý prežívajú rodiny s postihnutými deťmi.

1. Prenatálne obodobie

Rodičia pred narodením dieťaťa disponujú určitými vedomosťami, postojmi a očakávaniami – majú limitované skúsenosti s postihnutím rôzneho typu, sú často ovplyvnení všeobecne negatívnymi postojmi k postihnutiu.

2. Narodenie dieťaťa

Narodenie dieťaťa s postihnutím vedie k silnej stresovej situácii.

3. Obdobie po narodení dieťaťa

Prežívanie rodičov je charakterizované pocitmi bezmocnosti a nezmyselnosti. Pomoc v tomto období by mala byť orientovaná na podporu zvládania krízy po oznámení diagnózy i na porozumenie špecifických potrieb dieťaťa podľa typu jeho postihnutia. U detí so zrakovým postihnutím by mal rodič pochopiť reč tela dieťaťa pri chýbajúcom očnom kontakte, potrebu zvýšenej stimulácie a podporovania orientácie dieťaťa na vonkajší svet.

4. Oneskorenie diagnózy

Po narodení dieťaťa sú niektoré poruchy a poškodenia zjavné hneď po narodení, iné sa diagnostikujú až postupne. Ak rodičia tušia, že niečo nie je v poriadku, oneskorené stanovenie diagnózy môže priniesť uľahčenie (Čechová, 2005).

5. Obdobie po určení diagnózy (raný a predškolský vek)

Pre toto obdobie je charakteristické hľadanie vhodnej pomoci, programov pre dieťa a pod.

6. Obdobie detstva a dospievania

Zaškolením dieťaťa je jeho postihnutie definitívne zverejnené. V tomto období väčšina rodičov nájde odpovede na svoje otázky (diagnóza, vzdelávací program, sociálna podpora) a dosiahne normálny životný štýl (stav normalizácie). Znamená to návrat do zamestnania, dostatočné finančné zdroje pre bežný život, obnovovanie sociálnych kontaktov vnútri i mimo rodinu, viac času na rekreáciu.

7. Priblíženie k dospelosti

Ak je dospievajúci postihnutý, zvýraznia sa niektoré jeho problémy – zvýši sa citlivosť na vonkajší vzhľad, akcentuje potreba začleniť sa do rovesníckej skupiny, je to obdobie vyrovnávania sa so samým sebou a závislosťou na iných. Následky postihnutia sa prežívajú intenzívnejšie.

Interdisciplinárna tímová spolupráca

Prioritou ponúknutia akejkoľvek pomoci alebo začatia akéhokoľvek programu pre dieťa a jeho užšie sociálne prostredie je absolútne nevyhnutné stanoviť medziodborový tímový prístup, v rámci ktorého budú jednotliví odborníci danej rodine pomáhať.

Hneď na začiatku práce je nevyhnutné zrealizovať komplexnú anamnézu – osobnú, rodinnú, zdravotnú a pod. Keďže práve rodičia sú tí, ktorí disponujú najväčším množstvom informácií stávajú sa (mali by sa stať☺) členmi tímu a najdôležitejším zdrojom informácií.

Rodina je v kontakte a vo vzťahu s dieťaťom od jeho narodenia. Jej členovia majú hlboký vplyv na vývin dieťaťa. Preto by jednotliví členovia rodiny mali byť (a musia byť☺) integrujúcou zložkou medziodborového tímu hlavne preto, lebo môžu poskytnúť pohľad na dieťa, ktorý nemajú ostatní členovia tímu.

Aj keď časom odborníci môžu dieťa relatívne dobre poznať, poznajú ho iba z tej stránky, ktorú dieťa ukáže počas stretnutia s nimi. Napr. terapeuti alebo iní špecialisti, ktorí sa starajú o to isté dieťa, poznajú iba to správanie, ktoré dieťa prezentuje pri ich práci. Lekári zas majú skúsenosti s dieťaťom v izolovanom klinickom prostredí. Avšak všetci títo odborníci môžu poskladať z kúskov skladačky celok a tak zabezpečiť cestu a určiť smer, ako by dieťa mohlo prosperovať komfortnejšie a efektívnejšie. Plány a programy prispôsobené dieťaťu, rovnako ako priority odborníkov a ich uplatňovanie majú byť spoločným cieľom a zodpovednosťou každého člena multidisciplinárneho tímu.

Ale…

Nie je neobvyklé ani v súčasnosti, že namiesto včasnej pomoci dieťaťu a rodine postihnutého dieťaťa sa vytvárajú bariéry. Najmä v počiatočných štádiách medzi lekárom a rodičom. Stáva sa – žiaľ – že rodičia sú nahováraní na ústavnú starostlivosť dieťaťa, je im vyčítaná ich neschopnosť, vina za postihnutie a pod. Na druhej strane však ani prehnaná ľútosť zdravotníckeho personálu a zamlčovanie dôležitých faktov nepomáha pri získavaní rodičov pre ich budúcu spoluprácu. Preto by odhalenie postihnutia a pomoc rodinám mali byť vo zvýšenej miere plánované a pripravované ako „včasná pomoc rodinám".

Výskumu, ktorý sme realizovali v oblasti ranej starostlivosti, sa zúčastnilo 72 poradenských zariadení z celého Slovenska. Ako hlavný výskumný nástroj bol použitý dotazník. Spolu bolo rozoslaných 72 dotazníkov, z ktorých sa vrátilo 51 dotazníkov, čo znamenalo 70,83 percentnú návratnosť.

Okrem iného sme zisťovali, či zariadenia ŠPP poskytujú služby ranej starostlivosti klientom od narodenia do troch rokov. Na túto otázku nám 28 poradenských zariadení odpovedalo, že ÁNO a 22 zariadení NIE. Jedno zariadenie na otázku neodpovedalo. Výsledky sú zaznamenané aj v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka 1: Poskytovanie služieb ranej starostlivosti

Poskytovanie služieb ranej starostlivosti	ZŠPP
ÁNO	28
NIE	22
NEODPOVEDAL	1

Ďalšia otázka bola zameraná na zistenie skutočnosti, či dané zariadenia disponujú odborníkom na ranú starostlivosť. Kladne odpovedalo 10 poradenských zariadení a negatívne – čiže nemá odborníka na ranú starostlivosť – odpovedalo 41 zariadení. Údaje sú prehľadne znázornené v nasledujúcej tabuľke 2.

Tabuľka 2: Prítomnosť odborníka na ranú starostlivosť

Odborník na ranú starostlivosť	ZŠPP
ÁNO	10
NIE	41

V našom výskume sme tiež zisťovali, či sú služby opýtaných poradenských zariadení cielené a systematické. Na základe výsledkov výskumu môžeme skonštatovať, že cielenosť služieb ranej starostlivosti na vekovú kategóriu detí od 0 do 3 rokov je veľmi nízka aj vzhľadom na celkový počet týchto klientov v zariadeniach špeciálno-pedagogického poradenstva. Väčšina poradenských zariadení sa orientuje na deti staršieho veku. Ak chceme hovoriť o cielenosti služieb ranej starostlivosti pre klientov od 0 do 3 rokov a ich užšiemu sociálnemu prostrediu, je to priveľmi nízke percento zastúpenia týchto klientov v pomere ku všetkým klientom.

Otázky v dotazníku zamerané na zisťovanie *systematickosti* poskytovania služieb ranej starostlivosti sa týkali najmä tímu odborníkov, existencie špecialistov na ranú starostlivosť, ale aj charakteru, spektra a prístupnosti služieb. Výsledky poukázali na skutočnosť, že systém poskytovania ranej starostlivosti na Slovensku aj napriek koncepčným zámerom neexistuje.

Ďalej sme sa pýtali, čo považujú respondenti za najdôležitejšie pri poskytovaní ranej starostlivosti deťom s postihnutím od 0 do 3 rokov. Otázka bola polootvorená, s viacerými možnosťami označenia jednotlivých aktivít

a s možnosťou dopísania svojho vlastného názoru. Výsledky sú uvedené v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka 3: Najdôležitejšie aktivity pri poskytovaní ranej starostlivosti

Aktivita	**ZŠPP**	**%**
Diagnostika	43	84,31
Intervencia	35	68,62
Tvorba IVVP	12	23,52
Terénna práca	8	15,68
Spracovávanie programov rozvoja detí	16	31,37
Spolupráca s odborníkmi	19	37,25
Tímová spolupráca	23	45,09
Spolupráca s rodičmi	32	62,74
Stimulácia	28	54,90
Terapia	20	39,21
Rehabilitácia	14	27,45
iné	1	1,96

Z tabuľky môžeme vidieť, že ZŠPP považujú za najdôležitejšiu činnosť v rámci ranej starostlivosti diagnostiku (84,31 %), na druhom mieste je včasný zásah – intervencia (68,62 %) a na treťom mieste spolupráca s rodičmi (62,74 %). Jedno ZŠPP využilo možnosť INÉ a dopísalo ako dôležitú aktivitu ranej starostlivosti učenie posunkového jazyka celej rodiny a sociálno-rehabilitačné kurzy celej rodiny.

Včasná pomoc je otvoreným, holistickým a interdisciplinárnym systémom pomoci všetkých skupín profesionálov – lekárov, psychológov, špeciálnych pedagógov a iných terapeutov, ktorých spája snaha o zlepšenie fyzického a mentálneho stavu dieťaťa. Avšak ako sme už spomenuli bez partnerského vzťahu a spolupráce s rodičmi tento systém nemôže byť funkčný. Rodič je neodmysliteľnou súčasťou tímovej práce odborníkov pri integračnom procese dieťaťa do života.

Teda ďalšia oblasť výskumu bola zameraná už konkrétnejšie a chceli sme prostredníctvom dotazníka zistiť, akú funkciu plnia rodičia pri plánovaní, zostavovaní a hodnotení programov služieb ranej starostlivosti. Respondenti mohli vybrať aj viac možností. Výsledky uvádzame v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka 4: Úloha rodičov pri zostavovaní programov služieb RS

Úloha rodičov pri zostavovaní programov služieb RS	ZŠPP
Pozorovatelia	3
Poradcovia	10
Členovia tímu	37
Neparticipujú na programe	3
Iné	0
Neodpovedalo	5

Ako vidíme z výsledkov uvedených v tabuľke 4, rodič má funkciu pozorovateľa v troch zariadeniach. Funkciu poradcu majú rodičia v desiatich poradenských zariadeniach. Najčastejšie sú však rodičia v úlohe členov tímu, a to v 37 prípadoch. Zaujímavé je, že v troch zariadeniach rodičia vôbec neparticipujú na tvorbe programu služieb pre svoje dieťa. Na túto otázku neodpovedalo 5 poradenských zariadení.

Nezanedbateľnou úlohou je aj samotná pomoc medzi rodinnými členmi vo svojom súkromí, ale aj v prejavoch navonok. Odborníci by mali napomáhať pri vytváraní malých skupín rodičov, ktorých spája rovnaké postihnutie dieťaťa. V takýchto skupinách by mohli rodičia diskutovať s odborníkmi, alebo medzi sebou o rôznych špecifických témach, a tým získavať viac informácií o postihnutí, genetických konzíliách, liečbe, službách, spôsoboch výchovy ale aj o perspektívach týkajúcich sa legislatívy, ochrany ľudských práv a hlavne ako žiť s postihnutím svojho dieťaťa.

Preto sme sa vo výskume zamerali aj na zistenie, či zariadenia v rámci spolupráce s rodičmi vytvárajú tzv. rodičovské skupinky a ak áno, ako často. Odpovede boli veľmi zaujímavé. Pravidelne vytvára rodičovské skupiny len jedno zariadenie ŠPP. Občas vytvorí rodičovskú skupinku 6 poradenských zariadení. Čo je však zarážajúce, skupinky rodičov vôbec nevytvára až 44 zariadení.

Tabuľka 5: Vytváranie tzv. rodičovských skupín

Vytváranie rodičovských skupín	ZŠPP
Pravidelne	1
Nepravidelne (občas)	6
Nevytvárame	44

V systéme slovenského špeciálno-pedagogického poradenstva existujú aj fenomén nazvaný pomáhajúce rodičovské skupiny. Avšak nie všetky zariadenia o týchto skupinách vedia, a preto sa s nimi ani nekontaktujú.

V jednej z dotazníkových otázok sme chceli vedieť, či zariadenia ŠPP poznajú takéto pomáhajúce rodičovské skupiny a či majú na ne kontakty. Osem zariadení uviedlo do dotazníka, že poznajú a majú kontakty na pomáhajúce rodičovské skupiny, no až 43 zariadení tieto kontakty nemá. Výsledky sú v tabuľke 6.

Tabuľka 6: Kontakty na pomáhajúce rodičovské skupiny

Kontakty na pomáhajúce rodičovské skupiny	**ZŠPP**
ÁNO	8
NIE	43

S týmto súvisí aj organizovanie viacdňových rehabilitačných pobytov pre deti spolu s ich rodičmi. Je zarážajúce, že len 9 zariadení takéto pobyty organizuje. Žiaľ existuje väčší počet zariadení ŠPP (42), ktoré tieto pobyty neorganizujú vôbec (pozri tabuľka 7).

Tabuľka 7: Organizovanie rehabilitačných pobytov pre celé rodiny

Organizovanie rehabilitačných pobytov	**ZŠPP**
ÁNO	9
NIE	42

Problémom sa javí aj multidisciplinárny prístup ku klientovi. Aj napriek dostatku erudovaných odborníkov na Slovensku nie sú zariadenia v mnohých prípadoch schopné zostaviť fungujúce tímy vzhľadom na ich dislokálne rozmiestnenie. Namiesto služieb poskytovaných „namieste“ sú klienti posúvaní do mnohých vzdialených zariadení, čo celý proces nielen predlžuje, ale najmä finančne zaťažuje rodinu klienta. A v neposlednom rade chýba aj synchrónnosť a informovanosť celého tímu odborníkov.

Celý problém dokresľuje aj nedostatok vyškolených odborníkov pre oblasť ranej starostlivosti, ktorí by sa venovali výlučne poskytovaniu služieb v tejto oblasti.

Problém však treba chápať multidimenzionálne. Na Slovensku absentuje v ponuke vysokých škôl špecializované štúdium pre oblasť ranej starostlivosti (zložky ranej starostlivosti sú zaradené do edukačného procesu v rámci jednotlivých predmetov tvoriacich vysokoškolský študijný program Špeciálna pedagogika). Avšak, aj keby sme takýchto odborníkov vyškolili, nastáva ďalší problém – problém ich uplatniteľnosti vzhľadom na ekonomické podmienky zariadení. Mnohé zo zariadení ŠPP by chceli a potrebovali takéhoto odborníka, avšak problémy nastávajú pri jeho odmeňovaní. A tak zariadenia hľadajú náhradné riešenia, ktoré sú pre ne ekonomicky prístupnejšie, a to najmä to, že špeciálny pedagóg (prípadne iný odborník) má priamo vo svojom úväzku poskytovanie spomínaných služieb. Riešením je tiež neprijímanie klientov od narodenia do 3 rokov do zariadenia, prípadne ich výrazná selekcia. Ďalším z riešení je obmedzenie poskytovaných služieb na nevyhnutné výkony a odporúčanie klienta do iných zariadení.

Teda ak to zhrnieme, žiaľ, musíme konštatovať, že cielenosť a systematickosť poskytovania služieb ranej starostlivosti na Slovensku výrazne absentuje. A to aj napriek tomu – opakujem – že mnohé zo špeciálno-pedagogických a iných odborných aktivít sú na pomerne vysokej kvalitatívnej aj kvantitatívnej úrovni.

Náš výskum je len jeden z mála, ktorý poukazuje na závažné problémy súčasného stavu ranej starostlivosti. Cieľom však nie je kritika. Ide skôr o poukázanie na nedostatky s cieľom zlepšiť uvedený stav v prospech detí s postihnutím, v prospech ich rodičov a v neposlednom rade aj v prospech odborníkov.

V súčasnosti sa nesmieme uspokojiť len s tým, že dieťa s postihnutím bude len pod drobnohľadom lekára. Proces „liečenia“ by mal byť komplexný, systematický, cielený a v neposlednom rade kreatívny. Možno potom začne intenzívny prerod od medicínskeho poskytovania odbornej pomoci k poskytovaniu starostlivosti, ktorá bude v plnej miere saturovať všetky potreby (najmä špeciálno-pedagogické) detí s postihnutím. A ak by sme sa chceli posunúť ešte ďalej, a pevne verím, že sa to deje a sme na najlepšej ceste, naša starostlivosť je a bude zameraná najmä na užšie sociálne prostredie dieťaťa – na jeho rodinu. V rodine sú ukryté zdroje sebestačnosti, vlastnej pomoci, energie a entuziazmu, ktorý je nielen potrebný, ale hlavne nevyhnutný pri výchove, vzdelávaní a starostlivosti o dieťa s postihnutím.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BLACKMAN, J. A. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing, 2003.
2. ČECHOVÁ, O. Skavlitňovanie podporovaného integrovaného vzdelávania zrakovo postihnutých detí v základných školách v SR. In: *Quo vadis špeciálno-pedagogické poradenstvo.* Zborník. Vrútky: Advent-Orion, 2005. ISBN 80-8071-073-2.
3. GAJDOŠÍKOVÁ, A. 2003. Ukážky niektorých metód komplexnej rehabilitácie. In: Vašek, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky.* Bratislava: Sapietnia, 2003. ISBN 80-968797-0-7.
4. GAJDOŠÍKOVÁ, A. 2007. Perspektívy využitia stimulačných programov u viacnásobne postihnutých jednotlivcov predškolského veku. In: *Retrospektíva a perspektívy poslania Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave* (Zborník). Bratislava, 2007. S. 485–492. ISBN 978-80-223-2416-8.
5. GURALNICK, M. J. A Developmental Systems' Model for Early Intervention. In: *Infant and Young Children.* Aspen: ISEI, 2001 Vol. 14: 2/2001. ISSN 0896-3746.
6. LOPÚCHOVÁ, J. Včasná intervencia – špeciálna starostlivosť o zrakovo postihnuté deti. In: *Učiteľské noviny*, 1999b, roč. XLIX, č. 3, s. 8. ISSN 0139-5769.
7. LOPÚCHOVÁ, J. Včasná intervencia viacnásobne postihnutých detí. In: *Včasná intervencia zrakovo postihnutých detí na Slovensku.* Zborník. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 2001. 61 s. ISBN 80-88868-71-8.
8. LOPÚCHOVÁ, J. Včasná intervencia, jej význam a úloha v živote zrakovo postihnutého dieťaťa. In: *Efeta-otvor sa*. Martin: Osveta, 1999a, roč. IX, č. 3, s. 4–5. ISSN 1335-1397.
9. NÉMETH, O. *Slabozrakosť ako pedagogický problém*. Bratislava: Sapientia, 1999. 113 s. ISBN 80-967180-5-3.
10. RŮŽIČKOVÁ, K. *Současný stav rané péče pro rodiny se zrakovým postižením v ČR.* In: Sborník z konference Aktuální otázky rodinné výchovy, UHK, 17. 4. 2002. ISBN: 80-7041-317-4.
11. RŮŽIČKOVÁ, K. *Možnosti kvalitního zabezpečování potřeb osob se zrakovým postižením v období sénia.* Vědecká konference Trnava 4. 10. 2003. Trnava 2004. ISBN: 80-89104-44-4.
12. RŮŽIČKOVÁ, V. *Moderní trendy v péči o osoby se zrakovým postižením.* S. 49–58. In kol. autorů. Základy speciální pedagogiky. Olomouc: VUP, 2006. ISBN 80-244-1479-1.

13. RŮŽIČKOVÁ, V. *Poradenství pro osoby se zrakovým postižením. Str. 59-68 In kol. autorů Poradenství pro osoby se zdravotním postižením.* Olomouc: UP, 2007. ISBN 978-80-244-1799-8.
14. SELIGMAN, M. – DARLING, R. S.: *Ordinary families, special children*. New York, l997.
15. VÁGNEROVÁ,M.: *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha, l995.
16. VAŇO, B.: *Populačný vývoj v SR 2006.* Bratislava: INFOSTAT 2007.

KOMPETENCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA V ROVINĚ PORADENSTVÍ PRO RODINY S JEDINCEM SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.

ÚSS PdF UP Olomouc

Klíčová slova

Nové trendy, kompetence speciálního pedagoga, poradenství, rodina, osoba se zrakovým postižením.

Problematika spolupráce speciálního pedagoga s rodinou s jedincem se zrakovým postižením se může zdát z prvního pohledu velmi jednoduchou, neboť každý v kontextu soudobého poznání si jistě je vědom nutnosti velmi úzké kooperace speciálního pedagoga s rodinou minimálně na úrovni poradenské činnosti. Dnes asi již není nikdo, kdo by si neuvědomoval důležitost dostatečného množství informací rodičů ve vazbě na změněné podmínky, které jsou vázaný na skutečnost, že jejich dítě má zrakové postižení. A právě speciální pedagog je ten, který by měl zprostředkovávat tuto informovanost na dostatečně vysoké odborné úrovni.

A v tento okamžik se již dostáváme k prvnímu problému, na který narážíme v praxi. Není ojedinělé, že na pozici poradce se objevují jedinci, kteří sice o práci mají zájem, ale chybí jim odborná příprava, ale i praxe a zkušenosti s prací s jedinci se zrakovým postižením.

Uvědomíme-li si, do kterých oblastí života rodiny speciální pedagog v rámci své poradenské činnosti přímo či nepřímo vstupuje, tak si před námi otvírá velmi široké spektrum problémů, které jsou jednak vázány na skutečnost, že jedinec má zrakové postižení, ale vedle toho i na problematiku fungování rodiny se všemi existujícími vazbami.

Speciální pedagog by měl být rodině odbornou oporou od počátku, tedy zjištění a potvrzení zrakového postižení, přes období dětství, dospívání, ale i v dospělosti, přičemž každé toto údobí se sebou přináší specifické potřeby z pohledu jedince se zrakovým postižením, ale i rodiny jako celku, a na všechny tyto okolnosti by měl být právě speciální pedagog připravován.

V intencích platného legislativního rámce jsou dnes již v období raného dětství zajištěny podmínky pro poradenskou činnost, která má být zaměřena

na rodinu jako celek. Z tohoto pohledu by se mohlo zdát, že situace je již vyřešena, ale v podstatě jsme teprve na počátku cesty, kdy sice zde máme zařazení rané péče mezi sociální služby, ale dosud nemáme vysokoškolsky připravené speciální pedagogy s kompetencemi pro výkon poradenské činnosti v raném věku.

Období od tří let po dobu povinné školní docházky jsou zde v rámci Školského zákona zakotvena školská poradenská pracoviště – speciálněpedagogická centra, kde v rámci týmové práce je úloha speciálního pedagoga jasně profilována, ale v terénu tuto poradenskou činnost sice zabezpečují speciální pedagogové, kteří ale povětšině mají učitelskou přípravu, která je žádoucí v rámci poradenství v edukačním procesu směrem ke školám, ale nikoli speciální průpravu pro poradenskou činnost směrem k rodině. Někteří pracovníci speciálněpedagogických center se snaží absolvovat krátkodobé specializační kurzy, ale chybí zde ucelená koncepce.

Z pohledu spolupráce speciálního pedagoga s rodinou s dospělým klientem se zrakovým postižením jsou již několik let připravováni na vysokých školách speciálněpedagogičtí andragogové, kteří by měli mít dostatečnou průpravu, jak z pohledu práce s dospělým klientem se zrakovým postižením, tak i s jeho rodinou, neboť není možno ani u těchto dospělých klientů opomíjet vliv rodiny, komplikace, které zde vznikají apod. V praxi ale ne všechny organizace, které poskytují služby rodinám se dospělými jedinci se zrakovým postižením, jejich kompetencí využívají.

Vrátíme-li se na počátek, že rodina, vztahy v rodině, postavení rodiny ve společnosti jsou jedním ze základních pilířů, o který se opírá celkový rozvoj jedince se zrakovým postižením. V kontextu trendů dominantně vychovávat dítě se zrakovým postižením v rodině, zajistit mu podmínky pro inkluzivní vzdělávání a následné uplatnění ve společnosti a na trhu práce, tak potom pro nás musí být v rámci rozvoje speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením dominantní soustředit se na utvoření dostatečně kvalitní odborné přípravy speciálních pedagogů, kteří budou schopni nejen pracovat se samotným klientem se zrakovým postižením, ale s jeho rodinou jako celkem.

Pokud se zamyslíme nad obsahem přípravy vysokoškolsky vzdělaného odborníka-speciálního pedagoga, který by měl být schopen kvalifikovaně plnit funkci poradenského pracovníka směrem k rodině, tak jeho studium by mělo vedle tzv. klasického modelu přípravy tyflopedů, jež se zaměřuje na výstupní kompetence pro práci s jedinci se zrakovým postižením a to dle věkového

spektra a oblasti, na které je jejich studovaný obor orientován, ale rozšířeno o předměty, které jsou spjaty s poradenskými kompetencemi.

Absolventi by měli být vybaveni základními kompetencemi nejen speciálněpedagogického poradenství, ale i psychologického poradenství a psychoterapie, neboť speciální pedagog by měl být schopen při práci s rodinou posoudit, zda klient, rodiče či rodina jako celek potřebuje přímou pomoc psychologa nebo zda je schopen jim poskytnout takové odborné konzultační informace, které pozitivně posunou situaci v rodině. Takto profilovaní speciální pedagogové by měli disponovat znalostmi a dovednosti, které jim pomohou v oblasti partnerského poradenství v rámci rodinné terapie zaměřené na kritické situace v partnerských vztazích, ve sféře klimatu rodiny, v manželských a mezilidských vztazích nebo s krizovou intervenci zaměřenou na pomoc v akutních momentech kritické životní situace.

Pohlédneme-li na problém z hlediska současných trendů přípravy speciálních pedagogů, tak většina studií je v souladu s boloňským procesem strukturovaných. Bakalářská studia by měla být orientována prakticky, kdy absolventi jsou vybaveni kompetencemi pro přímou práci s klientem se zrakovým postižením a až magisterská studia by měla připravovat absolventy spíše v teoretické rovině s důrazem na kompetence k řídící či výzkumné činnosti. Profil směrem k poradenské činnosti by měl speciální pedagog získávat až na úrovni navazujícího magisterského studia. Naprosto nepostradatelnou součástí studia by měla být dlouhodobá praxe pod vedením zkušeného poradce. A následně po absolvování a vstupu do praxe je jednoznačně žádoucí, aby nový poradce pracoval pod odbornou supervizí.

Zamýšlíme-li se nad problematikou vztahu speciálního pedagoga-poradce a rodiny s jedincem se zrakovým postižením, tak opomenuta nesmí zůstat osobnost poradce. A zde se dostáváme k dalšímu problému, neboť pokud budeme se zaměřovat na absolventy prezenční formy studia, tak se jedná o poměrně mladé lidi, kteří obvykle ještě nemají vlastní rodinu, mají sice poměrně široké spektrum teoretických znalostí, ale jejich praktické zkušenosti obvykle jsou získány pouze v rámci praxe při studiu či krátkodobým působení s klienty se zrakovým postižením. Tito absolventi nejsou vždy vyzrálé osobnosti, které mají přirozenou autoritu u rodičů, což jim jejich postavení může výrazně zhoršovat. Za pozitivní lze jistě přijat jejich velké nadšení pro poradenskou činnost, díky svým ideálům se obvykle velmi angažují ve své práci, ale někdy mají problémy s komunikací, jsou příliš direktivní, příliš kritičtí k postojům

a činům rodičů. Někdy jsou až příliš otevření. V opačných případech jim chybí sebedůvěra, jsou až příliš empatičtí a potlačují svou odbornost ve snaze rodině vyhovět.

Z uvedeného vyplývá, že pro práci poradce je třeba jedince s dlouhodobější praxí a mnohem větším množství životních zkušeností, což jednoznačně nahrává skutečnosti, že by bylo vhodnější, aby studium poradenství bylo koncipováno v rámci kombinované formy studia, kdy by se po absolvování bakalářského stupně vyžadovala několikaletá praxe a potom pokračování v navazujícím magisterském studiu.

Další možností je nabízet takto orientované studium formou celoživotního vzdělávání, kdy by měli možnost absolventi magisterských stupňů oborů speciální pedagogiky, kteří působí na poli práce s klienty se zrakovým postižením již několik let získat vzdělání v oblasti poradenství. Toto studium by potom již mělo být zaměřeno pouze na rozšíření kompetencí speciálních pedagogů právě ke sféře poradenských služeb.

Výkon profese speciálního pedagoga-poradce, jenž se zaměřuje na práci s rodinou s jedincem se zrakovým postižením si jednoznačně vyžaduje, aby si systematicky doplňoval své znalosti absolvováním rozlišných odborných seminářů, kurzů a školení, aby tak předcházel nejen stagnaci, frustraci, ale i apatii a syndromu vyhoření, který se může dostavit.

V souladu s trendy celoživotního a dalšího vzdělávání, ke kterému postupně již přistupuje i naše republika, je právě jedním z úkolů, který stojí před vysokými školami, aby připravily dostatečně variabilní systém vzdělávacích projektů, které by tuto vizi naplnily.

ROLE ASISTENTA PEDAGOGA V KONTAKTU S RODIČI INTEGROVANÉHO NEVIDOMÉHO STUDENTA

The role of assistant teacher in contact with the parents of an integrated blind student

Mgr. Lenka Mitrychová

ZŠ Valašská Bystřice, USS Pdf Univerzity Palackého Olomouc

Klíčová slova

Asistent pedagoga, rodina, nevidomost, edukace, integrace.

Key words

Teacher assistant, family, blindness, education, integration.

Úvod

Systém a struktura vzdělávání nejen v České republice vychází z potřeb společnosti a mimo jiné se odvíjí od zahraničních trendů, v kterých hledá inspiraci.

Tendence k humanizaci, demokratizaci a respektování odlišností jsou vlivem integračních trendů ze světa, součástí koncepčních změn při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Možnost využití profese asistenta pedagoga, v rámci využití podpůrných asistenčních služeb, se stala záležitostí všech typů škol a školských zařízení.

Pedagogický pracovník se podílí přímo na výchovně vzdělávacím procesu žáka a má povinnost kontaktu i s jeho rodinným zázemím.

Cílem tohoto příspěvku je více přiblížit pohled na úlohu asistenta pedagoga a rodinného zázemí při výchově a vzdělávání integrovaných žáků se zdravotním postižením.

Z pozice asistenta pedagoga, kterou jsem vykonávala v letech 2005–2009 na gymnáziu ve třídě s integrovaným nevidomým žákem bych ráda shrnula některé postřehy a problémy se kterými jsem se při výkonu tohoto povolání setkala.

Rozdělení podpůrných asistenčních služeb ČR

V České republice podpůrné asistenční služby spadají podle pracovní náplně do:

- resortu MŠMT:
  - asistent pedagoga jako podpůrná služba při vzdělávání:
    - pro žáky se zdravotním postižením,
    - integrované v běžných mateřských, základních, středních a vyšších odborných školách,
    - s těžkým zdravotním postižením ve speciálních školách,
    - pro žáky se sociálním znevýhodněním(dříve označováno jako Romský pedagogický asistent),
    - v přípravných třídách běžných i speciálních škol,
    - v běžných i speciálních školách;
- resortu MPSV:
  - osobní asistent jako pracovník sociální péče – sociální služba.

Stručný náhled do historie podpůrných služeb v ČR

Do roku 1997 bylo běžnou praxí ve školách České republiky, kde se vzdělávali žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, působení jednoho pedagogického pracovníka – učitele – ve třídě. Od roku 1997, kdy vešla v platnost vyhláška č. 127/1997 Sb., o speciálních školách a speciálních mateřských školách, byla poprvé ustanovena možnost souběžného působení dvou pedagogických pracovníků v jedné třídě. Zajištěno bylo nejen efektivnější speciálně pedagogické působení na žáky, ale i jejich bezpečnost. Významnou úlohu sehrála v této době pomoc pracovníků civilní služby, kteří ve školách působili jako asistenti pedagogů.

Uvedený model byl překonán legislativními předpisy z let 2004 a 2005. Po vzoru zemí EU a na základě potřeb speciálně pedagogické praxe byla v České republice ustanovena možnost další personální podpory při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v podobě souběhu tří pedagogických pracovníků (z nichž nejméně jeden je asistentem pedagoga) ve třídě, kde jsou vzděláváni žáci s těžkým zdravotním postižením. Asistent pedagoga se stal pedagogickým pracovníkem s prioritním posláním podpořit integrované vzdělávání žáků se zdravotním postižením v hlavním vzdělávacím proudu, tzn. na běžných mateřských, základních a středních školách, a žáků

s těžkým zdravotním postižením ve školách samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením (dále jen: speciálních školách). (1)

Možnost uplatnění profese pedagogického asistenta je rozsáhlá. Pomáhají především při vzdělávání osob, které mají určitý handicap, ať už mentální, tělesný nebo sociální, dorovnávat nevýhody, které vůči intaktním mají.

Legislativní zabezpečení

Asistentem pedagoga může být osoba starší 18 let, trestně bezúhonná, s minimálně základním vzděláním, která absolvovala 40 náslechových hodin a úspěšně dokončila akreditovaný kurz pedagogického minima.

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a pracovní náplň a odborná kvalifikace asistenta pedagoga je vymezena především:

- Zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, především zákona č. 383/2005 Sb.
- Zákonem č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Dále pak nařízením vlády a doprovodnými vyhláškami zejména:

- Nařízením vlády č. 75/2005 Sb., o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické, přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků.
- Vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- Vyhláškou č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů.

Zřizování funkce asistenta pedagoga představuje v současnosti novou pedagogickou profesi ve školství. Jedná se o podpůrnou personální službu žákům se speciálními vzdělávacími potřebami při vzdělávání. Asistent pedagoga vždy pracuje pod metodickým vedením pedagoga – třídního učitele nebo učitele odborných předmětů, který zodpovídá za průběh i výsledky vzdělávání. Podporu asistentovi pedagoga poskytují i odborní pracovníci školských poradenských zařízení.

Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou:

- individuální pomoc žákům při začleňování se a přizpůsobení se školnímu prostředí,
- individuální pomoc žákům při zprostředkování učební látky,
- pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti,
- pomoc při vzájemné komunikaci pedagogů se žáky a žáků mezi sebou,
- pomoc při spolupráci se zákonnými zástupci žáka. (1)

Asistent pedagoga zastává nezastupitelnou roli ve výchovně vzdělávacím procesu, v jednom ze svých základních úkolů funguje jako spojovací článek mezi rodinou a školou.

Specifické postavení mezi jednotlivými účastníky výchovně vzdělávacího procesu souvisí s nároky, které jsou na tuto funkci kladeny.

V ideálním případě by měla být osobnost asistenta kombinací speciálního pedagoga, psychologa, diplomata a odborníka na jednotlivé vyučující předměty, aby mohl kvalifikovaně zasáhnout a poradit, kterékoli ze zúčastněných stran.

Úloha rodiny v procesu integrace

Rodina má být aktivním článkem v řetězu socializace či integrace zdravotně handicapovaných dětí. (2)

Spolu se školou se podílí na vývoji a formování jedince a má určující roli při výběru vzdělání dítěte. Instituce rodiny kromě společenského formování, poskytuje člověku pocit, že někam patří a má zásadní vliv na vývoj osobnosti jedince.

„Rodina ve svém souhrnu zajišťuje mnoho činností – zabezpečuje své členy hmotně, pečuje o zdraví, výživu a kulturní dědictví, vštěpuje jim morální postoje, ovlivňuje je, usměrňuje, chrání a podporuje. Rodina plní určité role i ve vztahu ke společnosti – je to především reprodukce obyvatelstva, a to jak reprodukce biologická, tak i kulturní.“ (3)

Vztah asistent pedagoga – rodina (rodiče) integrovaného žáka

Jednou z povinností asistenta pedagoga je zprostředkování informací o výuce rodičům integrovaného žáka. Děje se tak průběžně, kdy si žáka přebírají po skončení vyučování a také na pravidelných třídních schůzkách, kdy doprovází třídního učitele.

Rodiče by měli v asistentovi pedagoga najít osobu, která spolupracuje s učitelem, napomáhá jejich dítěti překonat komunikační bariéry, zvládat tempo výuky a mimo jiné aklimatizovat se celkově na školní prostředí.

Asistent by měl s rodiči spolupracovat dle pokynů učitelů, aby tím nepřekročil své kompetence. Rodiče totiž často kladou asistentovy dotazy, které on ze své pozice není schopen kvalifikovaně zodpovědět, např. otázky profesního poradenství. Zde by měl každý asistent vědět na kterého odborníka (třídního učitele, učitele jednotlivých předmětů, pracovníky SPC, výchovné poradce...) rodiče odkázat, aby jeho dotazy byly odborně zodpovězeny.

U těchto odborníků se může poradit i sám asistent, ale neměl by závěry a řešení prezentovat jako svá. Pouze by měl vědět možnosti, kam se mohou rodiče v případě potřeby obrátit.

Na tomto místě bych dle svých osobních zkušeností ráda upozornila na nesnáze, do kterých se může asistent pedagoga dostat, pokud žák plně neinformuje své rodiče např. o svých studijních výsledcích. Pro asistenta je to pak svízelná úloha, kdy ho žák bere jako dozorce a má strach, aby špatné výsledky rodičům neprozradil. I zde je třeba zachovat si chladnou hlavu a jednat takticky. Ideální je schůzka všech tří stran (rodičů, asistenta a žáka) a vzájemná domluva. Pokud je žák plnoletý, zodpovídá za své studijní výsledky sám.

Také se stává, že rodiče nejsou dostatečně seznámeni s náplní práce asistenta pedagoga a zahrnují ho úkoly osobní asistence. Je třeba striktně dodržet smlouvu a náplň práce asistenta pedagoga, který je zaměstnancem školy nikoli rodičů. A toto je třeba rodičům zdůraznit.

Ve výchovně vzdělávacím procesu jsou všichni zúčastnění rovnocennými partnery. Rodiče mají o svém členu rodiny cenné informace, které mohou sdělit. Častá komunikace rodiny a pedagogických pracovníků vztahující se k studentovu domovu a zkušenostem a dovednostem může usnadnit práci. Při získávání těchto důležitých poznatků může asistent, při svém častém kontaktu s rodiči stejně jako se žákem samotným, pedagogovi napomoci.

Není potřeba zdůraznit, že k výměně informací z rodinného prostředí by mělo docházet s vědomím žáka, nikoli za jeho zády.

Závěrem

Obecně lze shrnout, že náplň práce asistenta pedagoga, i když je vymezena pracovní smlouvou, se prolíná do několika úrovní vztahů – mezi pedagogickým asistentem a hlavním učitelem (učiteli), pedagogickým asistentem

a žákem, pedagogickým asistentem a intaktními spolužáky a v neposlední řadě pedagogickým asistentem a rodiči.

Je někdy problematické v těchto vztazích úspěšně vycházet i navzájem se respektovat. Velkým problémem je také zachovat si při práci s nevidomým určitý nadhled a profesní přístup a nezapojovat osobní intervenci.

Přání, zájmy a názory jednotlivých zúčastněných mohou být odlišné a je třeba, aby asistent pedagoga opatrně „kormidloval", poskytl vhodnou podporu a pomoc a současně nepřesáhl svou pravomoc.

Je ideální, pokud se asistent současně s prací sebevzdělává a je schopen pružně a rychle jednat, přistupovat k problémům s nadhledem, patřičnou mírou asertivity a empatie. To jej ochrání od nepříjemných situací, pocitů vyčerpání. Teprve pak se stane cenným a hlavně rovnocenným partnerem a pomocníkem pro všechny zúčastněné.

Literatura

(1) TEPLÁ, M., ŠMEJKOLOVÁ, H., Základní informace k zajišťování asistenta pedagoga do třídy, v níž je vzděláván žák nebo žáci se speciálními vzdělávacími potřebami č. j. 25 099/2007-24-IPPP, 2007.

(2) JESENSKÝ, J., Kontrapunkty integrace zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 1995. 175 s. ISBN 80-7184-030-0.

(3) KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V.: Člověk, prostředí, výchova. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

Zákony a vyhlášky

Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Praha: MŠMT, 2005.

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

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

OBRAZ RODINY DÍTĚTE A DOSPĚLÉHO SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ZÁVĚREČNÝCH PRACÍCH STUDENTŮ

The image of the family of the child and adult with disabilities in the theses of students

Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta UP v Olomouci

Abstrakt

Rodina jako jedna z nejbližších sociálních skupin dítěte či dospělé osoby se zdravotním postižením je velmi důležitou sociální jednotkou, která má výrazný vliv na vstup jedince do společnosti, jeho adaptabilitu, přizpůsobení se okolnostem, ale i schopnostem vycházet s ostatními. Důležitou roli rodiny v procesu socializace, integrace i pozdějšího pracovního začlenění si uvědomují nejen odborníci, ale také studenti, kteří si volí téma závěrečných, bakalářských a diplomových prací.

V rámci svého příspěvku se zaměřuji na kompilaci zmíněných závěrečných prací studentů, a to tak, aby vznikl obraz rodiny člena se zdravotním postižením z pohledu studentů speciální pedagogiky. Představované práce a výsledky byly a jsou zpracovávány pod mým vedením v předchozích 5 letech.

Klíčová slova

Rodina, dítě a dospělý se zdravotním postižením, dítě a dospělý se zrakovým postižením, závěrečné práce studentů.

Summary

Family as one of the closest social group for adult or child with disabilities is an important social unit, which has considerable influence on the entry of the individual in the society, his adaptability, adaptation to circumstances, but also to relate to other people. Important role of families in the process of socialization, integration and subsequent "work integration" are aware not only experts but also students, who choose the theme for their final, bachelor and diploma theses.

The contribution focuses to on the compilation of theses from "my" students, and so creates the image of the family with member with disabilities from the perspective of Special education students. Presented theses and the results were and are process/ed under my direction in the previous 5 years.

Key words

Family, child and adult with disabilities, child and adult with visual impairments, theses from students.

Pod pojmem rodina si každý z nás představí něco či někoho jiného – osobu/y, která/é jsou mu nejbližší, úzký počet lidí či široký okruh příbuzných nebo také někoho s kým prožil svá dětská léta, jiný někoho s kým bydlí. Rodina je jednou z institucí, kterou si minimálně jednou za život projde naprostá většina jedinců a jako taková je velmi často podrobována výzkumům a šetřením.

Specifické postavení pak v rámci psychologických, sociologických či speciálněpedagogických publikací a teoriích, či výzkumech v nich uveřejněných zaujímají rodiny se členem se zdravotním postižením. Především psychologické publikace se ve velké míře zabývají reakcí rodičů a sourozenců na narození dítěte se zdravotním postižením, nebo reakcí osob, kteří získali postižení až v dospělém věku.

Tento příspěvek má v úmyslu se zabývat jednou ze skupin osob se zdravotním postižením, a to zrakovým. Domnívám se, že není nutné polemizovat nad tím, jak důležitá je rodina a jí vytvořené zázemí či poskytovaná podpora pro dítě, či dospělého jedince se zrakovým postižením. Daná slova potvrzuje např. Finková (in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007, s. 62) ve výroku „pro vývoj jedince se zrakovým postižením jsou velmi podstatné postoje a chování rodičů. Rodiče svým chováním, reakcemi a podněty, které směřují k dítěti, pomáhají danému jedinci.“. Stejně jako jsou důležití rodiče pro dítě se zrakovým postižením, jsou pro dospělého jedince významní další členové jeho rodiny, ať již to budou stále rodiče, nebo partneři, či děti.

Rodina je tedy jednou z nejdůležitějších sociálních skupin, do kterých jedinec se zrakovým postižením patří a ve které se učí fungovat, pracovat či ve které získává prvotní informace o svých schopnostech, dovednostech, nebo také možnostech splnění přání a vizích do budoucnosti. Tuto skutečnost si uvědomují také studenti speciální pedagogiky na UP v Olomouci, a tak se v jejich seminárních, závěrečných, bakalářských i diplomových pracích tato sociální skupina objevuje. Jak často a v rámci jakých souvislostí studenti a studentky na rodinu osoby se zrakovým postižením tzv. narazí, či se jí přímo věnují, jsem se rozhodla zjistit pro účely XI. Konference k problematice osob se zdravotním postižením.

V rámci mého krátkého šetření jsem prošla 44 bakalářských a diplomových prací, u nichž jsem byla vedoucím. Nejstarší práce byly z roku 2005,

nejnovější odevzdali a obhájili jejich autoři v roce 2009. Při procházení prací jsem se rozhodla, že zmíním pouze práce, které rodinu zmínili ve své empirické části, a to především proto, že spousta studentů se teoreticky věnuje rodině a jejím vlivům a funkcím v teoretické části ze zištných pohnutek – „natáhnout" délku teoretické části práce, či doplnit informace o dětství, rozvoji schopností dítěte a vlivu rodiny na něj.

V rámci šetření, či výzkumu pak byla rodina osoby se zrakovým postižením zmíněna jen v rámci osmi obhájených prací, kdy v některých byla rodina ústředním pojmem, či jednou ze zkoumaných skupin a respondentů (2), v ostatních šesti pak bylo na vliv rodiny dotazováno nebo se objevila v odpovědích spontánně.

V prvé řadě bych se ráda zaměřila na práce Leony Chmelíkové (2009) a Aleny Neumanové 2008), které věnovaly rodině velkou část, či celý svůj výzkum/šetření. Obě práce se nezaměřily na rodinu osob se zrakovým postižením, ale na rodinu dítěte se zdravotním postižením. V rámci připravených rozhovorů, či rozdaných dotazníků (se stejnými otázkami jako byly v rozhovoru) se Bc. Neumanová zaměřila na reakci či vyrovnání/adaptaci rodiny na fakt, že vychovávají dítě se zdravotním postižením.

Studentka (Neumanová, 2008) shrnula své šetření do následující tabulky:

ČÍSLO OTÁZKY	OTÁZKY	ODPOVĚDI 10 DOTAZOVANÝCH RODIN
1.	**Věk a povolání rodičů**	**Věk** je u rodičů různorodý. Nejmladší matka má 32 let a nejstarší 58 let. Nejmladší otec má 35 let a nejstarší 50 let. Čtyři otcové z deseti odpovědí již nežije, tudíž matky se musely o dítě starat samy. Z výsledků věku matky a otce jde vidět, že zplodit postižené dítě se může stát rodičům v jakémkoliv věku. **Povolání** je záměrně vybráno od řadového zaměstnání až po vysokoškolské vzdělání. Byla jsem překvapena, že i rodiče, kteří mají vysoké postavení, si svoje dítě nechali. Důležitou roli zde hraje cit matky k dítěti a cit otce k matce a dítěti.
2.	**Věk dětí a jejich postižení**	**Věk** dětí je od 14 let do 38 let. Pohlaví dětí – z deseti odpovědí mi vyšlo 3 děvčata a 7 chlapců. **Druh postižení** – děti mají většinou kombinované postižení. Ze 7 chlapců mají ve výsledku 3 DMO, 3 MR (z toho 2 chlapci mají navíc Downův syndrom), a 1 chlapec má LMD + dyslexii. Ze 3 děvčat ve výsledku vyšlo, že 2 mají MR (z toho 1 devče má navíc DMO + vadu zraku, 2 má ještě DS + vadu zraku, a 3 děvče má DMO.
3.	**Zjištění rodičů, že je dítě postižené**	Z deseti odpovědí mi vyšlo, že 5 rodin se dovědělo o postižení dítěte po porodu, 1. rodina po 1 roku, 2. rodina po 3 týdnech, 3. rodina po 2 letech, 4. rodina po 5 letech, 1. rodina již v době těhotenství.

4.	**Příčina postižení dítěte**	Z deseti odpovědí se dodnes 4 rodiny nedověděly, jaký byl důvod postižení dítěte. 2 rodiny uvedly důvod protahovaný porod, 1 maminka, že to bylo věkem, 1 maminka měla předčasný porod a 2 rodiny uvedly důvod – genetická vada.
5.	**Kdo Vám řekl první, že bude dítě postižené a jak jste to prožívali?**	Tato otázka mě velmi zaujala, jaký přístup měli doktoři k rodičům. 6 rodinám doktor řekl hned po porodu, že dítě je postižené, další 4 rodiny se o postižení dítěte dozvěděly až po různých vyšetřeních.
6.	**Kdo Vám nejvíce pomáhal v této situaci?**	Obdivuji, že z 10 odpovědí rodina zůstala pohromadě a nejvíce pomáhal manžel, myslím si, že podpora od manžela hraje velkou roli na psychiku matky. 3 rodiny měly podporu od rodičů a 1 matka na to byla úplně sama.
7.	**Jaký druh výchovy a vzdělání jste si zvolili v rámci možnosti postižení Vašeho dítěte?**	**Školní docházka** – ve 4 rodinách vyšlo, že děti byly zbaveny školní docházky a 6 rodin mělo dítě vzdělavatelné (1 dítě bylo integrované v běžné škole, 5 dětí vzděláváno ve Speciální škole). **Výchova** – 6 rodin z 10 si dítě nechaly a samy ho vychovávají, což velmi obdivuji, 4 rodiny zvolili ústavní péči – rozhodli se buď samy, nebo jim to doporučil lékař vzhledem k postižení dítěte a věku rodičů.
8.	**Má Vaše dítě sourozence? Jak se staví k postižení sourozence?**	Z deseti rodin nemají 2 matky už žádné dítě. Ve zbylých 8 rodinách mají sourozence a je mezi nimi vytvořen velmi dobrý vztah, dokonce i jeden sourozence se chce zabývat problematikou speciální pedagogiky, aby mohl svému sourozenci více rozumět a pomáhat.
9.	**Má Vaše dítě nějaké koníčky?**	1 dítě z 10 nemá žádné koníčky kvůli jeho postižení. Byla jsem překvapena, že vzhledem k tomu, jaké mají děti postižení (většinou těžké, kombinované postižení), mají koníčky a to rozmanité, od cestování, domácí práce, PC, hudba, tanec, až po nadání pro hudbu a tanec.
10.	**Co byste sdělily rodičům, kteří mají také postižené dítě?**	3 rodiny z 10 odpověděly, že neví, že je velmi těžké sdělovat něco ostatním rodičům. 7 rodin odpovědělo, že důležitá je odborná péče, která jim v nejtěžších chvílích společně s rodinou hodně pomohla a vysvětlila mnoho informací, které nevěděli. A rodina také, protože dnes existují jak špatní doktoři, tak i dobří. Heslo rodičů: „Nejste v tom sami.“
11.	**Jakou máte představu o budoucnosti Vašeho dítěte?**	Z 10 rodin odpovědělo 5 rodin, že neví anebo nemají žádnou představu. Dalších 5 rodin má přání, aby zůstaly spolu a nepotřebovaly již nikdy ústavní péči, a aby byly hlavně šťastní.

Nejzajímavější, z mého pohledu, je/byla poslední položená otázka rozhovoru/dotazníku, která byla kladena všem dotazovaným rodičům – „Jakou máte představu o budoucnosti Vašeho dítěte?“. Odpovědi zněly:

a) Žádnou.
b) Nevím.
c) Abychom zůstali pořád spolu ve zdraví a nepotřebovali ústavní péči.
d) To je těžké. Dřív jsem si myslela, že M... má úplně zničený život, ale nyní se již na to tak nedívám. Snažím se, aby něco uměla, a aby z ní něco bylo. To, že nevidí, neznamená, že je nesamostatná. Ale uvidíme. Je moc šikovná a snaživá.

e) Vůbec nevím. Časem se uvidí.
f) F... je šikovný chlapec, ve škole má dobré výsledky. Až jednou nebudeme moct, tak až dospěje, představovali jsme si pro něho chráněné bydlení.
g) Těžko říct.
h) Zatím žijeme současností, řešíme vše za pochodu, současný stav věcí přijímáme a respektujeme, budoucnost budeme řešit až na ni přijde čas, každý rodič si přeje, aby jeho dítě bylo šťastné, v případě lidí, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých, aby o ně bylo postaráno a prožili život šťastně, což zatím je.
i) Žádnou, ústavní péče.
j) Nebylo odpovězeno.

Dvě velice pesimistické odpovědi jsou doplněny odpověďmi neutrálními, přecházejícími až po určitou naději a někdy si řekněme i radost. Právě při hodnocení těchto odpovědí je vidět výrazný posun v přístupech k rodinám a rodin dítěte se zdravotním postižením od pesimismu, který zde v minulosti existoval, až po současnou, řekněme, naději.

Obtížnému tématu se věnovala také Bc. Chmelíková (2009), která se zaměřila na dítě s těžkým onemocněním a jeho rodinu, lékaře a učitele. Leona Chmelíková pracuje na hematoonkologickém oddělení FN Olomouc jako speciální pedagog, a tak měla výbornou možnost pozorovat chování pracovníků ve zdravotnictví k rodičům a naopak. Z výzkumu vyplynul jeden velmi důležitý závěr, který naše bývala studentka předpokládala již při formulování hypotézy práce – přístup zdravotníků k rodinám s dlouhodobě nemocným dítětem je z pohledu rodičů vysloveně kladný a rodiče si jej pochvalují. Druhotně si pak zdravotníci i učitelé v nemocnici pochvalují, přítomnost a tím i přínos rodiče v nemocnici. Všechny tři dotazované skupiny viděly v rámci vzájemné spolupráce východisko jak pro zlepšení/ovlivnění zdravotního stavu dítěte, tak pro jeho lepší náladu.

Dvě předchozí práce, které jsem zmínila, se věnovaly rodinám dítěte se zdravotním postižením, všech zbývajících šest bylo zaměřeno na rodiny s členem se zrakovým postižením či přímo na osoby se zrakovým postižením. Rodina se zde však již vyskytovala jen jako jedna z veličin, na niž bylo dotazováno, nebo jako jedna z možných odpovědí na otázku.

Je zajímavé, že ve třech případech se rodina objevila v bakalářských pracích zaměřených na zvířecí terapii nebo přítomnost zvířete v rodině, při

pohybu v prostoru, či canisterapii (práce Moniky Ušalové, Zuzany Pípové a Nikoly Vágnerové). Většinou jsou zde rodinní příslušníci původcem a příčinou zvířete v rodině či při terapii (viz práce Zuzany Pípové), ale někde také jako příčina toho, že si vodícího psa nevidomý nepořídil (viz práce Moniky Ušalové). Ve všech třech pracích se poté většinou prokázalo, že přítomnost zvířete měla na dítě velký vliv v rámci jeho rozvoje či vnímání podnětů. U dospělých osob splnil většinou vodící pes představu, kterou o něm respondent měl – tedy alespoň podle informací, které se podařilo studentkám v rámci jejich prací získat.

V dalších dvou případech byli rodiče iniciátory, rádci a motivačním prvkem při výběru střední, případně vysoké školy pro žáky se zrakovým postižením (práce Lenky Mitrychové, Lady Štantejské). Je specifické, že při výběru budoucí školní kariéry, či povolání dali žáci základních a středních škol více na mínění a radu rodičů, než na radu pracovníků SPC či lékařů, nebo výchovných poradců.

Poslední práce, ve které jsem nalezla zmínku o rodinných příslušnících, byla práce Terezy Mačákové, která se zabývala využíváním technických prostředků seniory. Rodina, zde byla jednou ze skupin, které seniorům přinášely informace o nových technických pomůckách, a také jim pomáhali při práci s nimi a učily je s nimi pracovat.

Při plánování tohoto příspěvku jsem si říkala, že v 50 % případů, kdy vedenou práci procházím, narazím na téma rodina, a proto bude velice zajímavé zprostředkovat informace z prací, kde se rodina či některý z rodinných příslušníků objevuje. Bylo pro mě překvapením, že počet prací, které mají rodinu zpracovanou v empirické části, je relativně málo. Na druhou stranu si však myslím, že i toto bylo pozoruhodné zjištění, neboť mnou zmíněné práce ukázaly, že pohled na rodinu s dítětem či dospělou osobou se zrakovým postižením, je možné ještě stále zkoumat a přicházet k novým ujištěním a informacím.

Použité zdroje a literatura

1. FINKOVÁ, D. LUDÍKOVÁ, L. RŮŽIČKOVÁ, V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením.* Olomouc: UP, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.
2. CHMELÍKOVÁ, L. Postoje pracovníků ve zdravotnictví k potřebám zdravotně postižených. Olomouc: PdF UP, 2009 (bakalářská práce).

3. LOPÚCHOVÁ, J. *Pedagogika zrakovo postihnutých. Vybrané kapitoly.* Bratislava: Malag, 2008. ISBN 978-80-89113-53-8.
4. MAČÁKOVÁ, T. *Možnosti využití tyflotechniky u osob seniorského věku.* Olomouc: PdF UP, 2009 (bakalářská práce).
5. MITRYCHOVÁ, L. *Výběr povolání zrakově postižených žáků středních škola s ohledem na zvolenou formu vzdělávání.* Olomouc: PdF UP, 2009 (diplomová práce).
6. NEUMANOVÁ, A. *Psychologické aspekty přijetí postiženého dítěte rodiči.* Olomouc: PdF UP, 2008 (bakalářská práce).
7. PÍPOVÁ, Z. *Rozvoj zrakově postižených dětí pomocí canisterapie.* Olomouc: PdF UP, 2005 (bakalářská práce).
8. ŠTANTEJSKÁ, L. *Volba povolání osob se zrakovým postižením s ohledem na stupeň a typ zrakové vady.* Olomouc: PdF UP, 2009 (diplomová práce).
9. UŠALOVÁ, M. *Vodící pes jako pomocník a společník nevidomého*. Olomouc: PdF UP, 2008 (bakalářská práce).
10. VÁGNEROVÁ, N. *Vliv přítomnosti domácího zvířete na rozvoj zrakově postiženého dítěte.* Olomouc: PdF UP, 2008 (bakalářská práce).

SPOLUPRÁCE S RODINAMI KLIENTŮ

Mgr. Marie Schifferová

Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s.

Klíčová slova

Rehabilitace, rekvalifikace, pracovní uplatnění, spolupráce s rodinami.

Úvod a základní informace o středisku

Ztráta zraku v pozdějším věku znamená, že takto postižený člověk náhle nemůže vykonávat téměř žádné činnosti tak, jak na to byl doposud zvyklý. Nemůže se orientovat a pohybovat ve svém bytě a jeho okolí, nemůže vykonávat téměř žádné činnosti v domácnosti, nemůže číst a psát a co je zvlášť důležité, takřka vždy ztrácí i své původní zaměstnání. Aby i člověk, který ztratí zrak v průběhu svého života, mohl nadále žít v co největší míře plnohodnotně a nezávisle, je třeba, aby se naučil provádět základní pro život nezbytné úkony náhradním způsobem, bez použití zraku. Je třeba, aby získal takové dovednosti, které mu umožní nalézt a soustavně vykonávat povolání, jež mu dodá pocit životního naplnění, pomůže odbourat některé společenské bariéry a předsudky a v neposlední míře také zlepší jeho ekonomickou situaci.

Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina je umístěno v Praze 6 na sídlišti Dědina ve Šmolíkově ulici číslo 866 v objektu, který je po rekonstrukci upraven z budovy bývalých jeslí. Vznik a rekonstrukce střediska byly umožněny především díky finanční dotaci MPSV ČR, kterou byla pokryta rozhodující část nákladů. Na rekonstrukci se dále podílel Magistrátní úřad hlavního města Prahy a nadace Care For Czech Republic z Holandska.

Středisko bylo zřízeno Českou unií nevidomých a slabozrakých (zakládací listina ze dne 15. 9. 1994), posléze po reorganizaci provozováno Sjednocenou organizací nevidomých a slabozrakých. Od 1. 1. 2001 funguje jako samostatná obecně prospěšná společnost, jejímž zřizovatelem je SONS.

Původní kapacita střediska byla 25 lůžek. Z důvodu velkého zájmu klientů byla v roce 1998 navýšena na 37 lůžek, z toho 2 bezbariérová. Každý rok může služeb střediska využít až 80 klientů, z nichž cca 30 je připravováno na vykonávání konkrétního povolání, ostatní procházejí rehabilitačními pro-

gramy. Poměr mezi jednotlivými programy je dán zájmem klientů o ně a má vliv na celkový počet klientů střediska za rok.

Klienti střediska

Klienty sociálně rehabilitačních programů se mohou stát zrakově postižení občané od narození, nebo kteří ztratili zrak v průběhu života a z důvodu nespolupracující rodiny, zvýšení motivace či zintenzivnění a zrychlení procesu rehabilitace je pro ně vhodnější provádět jejich sociální rehabilitaci pobytovou formou. Jsou to zejména:

- diabetici typu A,
- lidé po operacích mozku,
- lidé s progresivní,
- zrakovou vadou,
- lidé po úrazech.

Mnozí z klientů jsou v důsledku onemocnění kombinovaně postižení.

Klienty rekvalifikačních programů se mohou stát:

a) občané, kteří ztratili své původní zaměstnání v důsledku ztráty nebo vážného poškození zraku v produktivním věku;
b) občané s dlouhodobým těžkým zrakovým postižením, kteří již vykonávali své původní povolání za zvlášť upravených podmínek, toto zaměstnání však ztratili a nyní se snaží nalézt nové;
c) občané, kteří ztratili zrak v průběhu studia nebo přípravy na povolání;
d) občané těžce zrakově postižení od mládí, kteří se připravovali na speciální povolání, ale z důvodu rozporu mezi zaměřením vzdělávacích zařízení a potřebami trhu práce své zaměstnání nenalezli.

Věková hranice je nastavena na produktivní věk 16–64 let.

Sociální rehabilitace nevidomých a slabozrakých

Proces, jehož cílem je aby se nevidomí nebo slabozrací občané naučili v maximální míře samostatně zvládat dovednosti nutné k běžnému životu, jako je samostatná chůze a orientace v prostoru, vykonávání sebeobslužných činností (péče o osobní hygienu, oděvy a domácnost), čtení a psaní bodového slepeckého písma, zvládnutí klávesnice psacího stroje se nazývá sociální rehabilitace (někdy též základní rehabilitace).

Ambulantně provozuje tuto službu ve 12 střediscích rozmístěných na území ČR Tyfloservis, o.p.s. Středisko Dědina metodicky spolupracuje s Tyfloservisem a společně koordinují potřeby zrakově postižených v oblasti poskytování sociálně rehabilitační péče.

Doba adaptace na podmínky života bez možnosti zrakového vnímání a zvládnutí základních dovedností náhradním způsobem je u různých klientů rozdílná. Závisí na jejich individuálních vlastnostech, zkušenostech a schopnostech. V průměru lze říci, že trvá 5–10 měsíců. S narůstajícím věkem klienta se mnohdy prodlužuje a úroveň zvládnutí jednotlivých dovedností klesá.

Kurz sociální rehabilitace trvá 5 měsíců a může se opakovat. V období mezi pobyty klient rozvíjí a ověřuje získané dovednosti ve svém domácím prostředí.

Plán prvního pobytového bloku bývá pro všechny klienty téměř totožný. Zahrnuje především ty výcvikové jednotky, které rozvíjejí prostorovou představivost, vnímání zachovalými smysly (zejména hmatové a sluchové) a nacvičují neurosvalovou a motorickou koordinaci, která je limitující podmínkou pro dobré zvládnutí prostorové orientace a samostatného pohybu. Vzhledem k tomu, že prostorová orientace a samostatný pohyb je prvotním a základním předpokladem pro samostatný život, je první úsek pobytu ve středisku Dědina zaměřen právě na tuto oblast. V oblasti sebeobsluhy je první pobyt zaměřen na provádění osobní hygieny a zvládnutí samostatného stravování. Jak ukazují dlouhodobé zkušenosti z praxe střediska, stanovení tohoto cíle není podhodnocené. Současně probíhá výuka čtení a psaní slepeckého Braillova písma a nácvik psaní na klávesnici elektrického psacího stroje.

Program pobytových bloků je připravován pro každého klienta individuálně tak, aby v nich bylo věnováno nejvíce prostoru zvládání těchto dovedností, které klient pro svůj život s výhledem následné rekvalifikace nejvíce potřebuje.

Pracovní rehabilitace těžce zrakově postižených

Cílem pracovní rehabilitace těžce zrakově postižených klientů je vybavit je dovednostmi a návyky, jejichž zvládnutí je nezbytné pro jejich zařazení do konkrétních rekvalifikačních kurzů nebo do zaměstnání, k jehož výkonu není speciální rekvalifikační příprava nutná. Tato výuka probíhá v sociálně terapeutických dílnách.

Prvním a nejzákladnějším předpokladem pro to, aby klient střediska Dědina byl úspěšný v pracovním uplatnění je, že všechny základní dovednosti

nutné k životu bez možnosti používat zrak zvládá na takové úrovni, aby jej nadměrně nezdržovaly, nevyčerpávaly a neomezovaly jej při výkonu jeho práce. Je zřejmé, že člověk, že člověk, pro kterého je cesta do zaměstnání nesmírným vypětím, nebude v práci podávat takový výkon, jako člověk, který jí zvládá v pohodě

Z uvedeného vyplývá, že programy pracovní rehabilitace velmi těsně navazují na sociální (základní) rehabilitaci, že mnohé prvky sociální rehabilitace jsou její součástí. Ne však na úrovni získávání základních znalostí, ale rozvíjení, prohlubování a automatizace těchto činností.

Jednou z oblastí, kterou řešíme v rámci programu pracovní rehabilitace je zvládání obsluhy elektronických kompenzačních pomůcek pro zpřístupnění informací. Klienti absolvují 50hodinový zácvik na PC a obdrží osvědčení o jeho zvládnutí.

V rámci pracovní rehabilitace mají klienti možnost seznámit se blíže s jednotlivými obory, ve kterých středisko zajišťuje rekvalifikační přípravu.

Cílem je, aby výběr budoucího povolání i konkrétního rekvalifikačního kurzu byl prováděn maximálně kvalifikovaně s tím, že zvolený obor chce a může klient skutečně vykonávat. V rámci tohoto bloku je jako doplňkový program, který má rozvíjet manuální zručnost klienta, zařazován nácvik základů práce s dřevem, keramikou, proutím a textilním materiálem.

V tomto období se klient zaeviduje na příslušném ÚP v místě bydliště jako nezaměstnaný žadatel o rekvalifikaci.

Psycholožka střediska provede s klientem test pracovního uplatnění, ve kterém zjišťuje pracovní potenciál klienta, úroveň jeho mentálních schopností i manuálních dovedností. Na základě zhodnocení všech hledisek je vytipován s klientem nejvhodnější pracovní obor. O rekvalifikaci v tomto oboru je potom jednáno s ÚP.

Rekvalifikace

Proces rekvalifikace je smysluplný pouze tehdy, je-li na jeho konci zaměstnaný klient.

Možnosti uplatnění nevidomého nebo slabozrakého občana na trhu práce jsou horší ve srovnání s možnostmi občanů bez zdravotního postižení resp. s postižením méně omezujícím škálu činnosti. Proto je rekvalifikace ve středisku realizována formou individuálních rekvalifikačních programů,

při jejichž přípravě jsou v maximální míře zohledněny požadavky budoucího zaměstnavatele i schopnosti klienta

Srovnáme-li možnost pracovního uplatnění těžce zrakově postižených občanů v intelektuálních a manuálních oborech, docházíme k jednoznačnému závěru, že podstatně horší situace je v oblasti manuálních oborů. Díky pokroku ve vývoji kompenzačních pomůcek lze handicap zrakového postižení podstatně lépe kompenzovat v intelektuálních oborech. Ne každý člověk je však díky svým schopnostem, znalostem a vzdělání schopen se v těchto oborech uplatnit.

Do jednotlivých rekvalifikačních programů je klient zařazen po uzavření příslušné dohody o rekvalifikaci s úřadem práce v místě jeho bydliště. Vzhledem k délce trvání kurzů, k nutnosti individuální výuky i nákladnosti speciálních zařízení na nichž je rekvalifikační výuka realizována, jsou ceny rekvalifikačních kurzů ve středisku řádově vyšší, než ceny rekvalifikačních kurzů pro zdravé nebo jinak postižené občany

Středisko má akreditace MŠMT pro realizování těchto rekvalifikačních kurzů:

- Tkalcovská výroba.
- Košíkářská výroba.
- Keramická výroba.
- Telefonista – specialista call centra.
- Obsluha osobního počítače se speciální úpravou pro zrakově postižené občany při práci v intelektuálních profesích.

Akreditace MZ:

- Nevidomý a slabozraký masér.

Rekvalifikace ve středisku končí závěrečnou zkouškou před komisí, v níž je zastoupen odborný garant příslušného rekvalifikačního kurzu, ředitelka střediska a zástupce příslušného úřadu práce z místa bydliště klienta.

O výsledku zkoušky obdrží klient písemné osvědčení tak, jak vyžadují akreditační podmínky rekvalifikačního programu.

Středisko Dědina je zapojeno do projektu International Edukation Society, má rating Kvalitní instituce na velmi dobré profesionální úrovni a umožňuje tak absolventům získat mezinárodní certifikát

Vyhledávání pracovních míst

Při hledání pracovního místa pro klienta středisko velmi intenzivně spolupracuje s úřady práce v místě jeho bydliště. Při této činnosti rovněž velmi intenzivně spolupracuje s regionálními pracovníky Středisek integračních aktivit SONS a Tyflocenter kteří v jistém slova smyslu tvoří regionální síť doplňující služby poskytované střediskem samotným.

Mnozí zaměstnavatelé se obávají zaměstnat občany s těžkým zrakovým postižením zejména proto, že nemají reálnou představu o jejich možnostech a schopnostech. Nereálnost představ o možnostech nevidomých a slabozrakých občanů se projevuje v obou směrech, a to jak tím, že zaměstnavatelé nevěří, že by takto postižení lidé mohli některé činnosti vykonávat, tak tím, že některé důsledky zrakového postižení podcení. Důsledky při zařazování na konkrétní pracovní místo jsou však v obou případech stejné, těžce zrakově postižený pracovník má výrazně ztíženou možnost obstát v konkurenci jiných pracovníků.

Rekvalifikace ve vztahu ke klientovi ve středisku nekončí tím, že obdrží potvrzení o vykonané zkoušce ani tím, že je zařazen na pracovní místo. V prvních týdnech po nástupu na nové pracoviště se mohou vyskytnout problémy nebo nutnost doučit se vykonávání nějaké dílčí činnosti. V dalších dnech a týdnech se klient v případě potřeby může se střediskem Dědina nebo se Středisky integračních aktivit SONS dohodnout na konzultaci nebo jiné pomoci, která mu zajistí řešení jeho problémů.

Pomoc spočívá především v tom, že zaměstnavateli je nabídnuta škála pomůcek, které jsou pro určitou činnost zaměstnaného pracovníka vhodné. Pokud si zaměstnavatel pomůcku vybere, je zprostředkován kontakt s prodejcem.

Úprava pracoviště však neznamená pouhý nákup hotových pomůcek. Pracovníci střediska ve spolupráci s metodickým centrem pro odstraňování architektonických bariér SONS a jeho spolupracovníky mohou zaměstnavateli poradit, jak nejefektivněji odstranit architektonické bariéry na pracovišti.

Zaměstnavatel je informován rovněž o právních normách, které mu umožňují získat příspěvek na řízení chráněného pracoviště nebo dílny, obecně prospěšného pracovního místa a daňových úlevách.

Nejúčinnější metodou působení na zaměstnavatele je zveřejňování pozitivních příkladů úspěšného začlenění nevidomých a slabozrakých občanů na konkrétní pracovní místa. Tímto způsobem lze nejúčinněji odstraňovat

bariéru nevědomosti a strachu ze zaměstnávání těžce zrakově postižených občanů a pozitivně motivovat další zaměstnavatele.

Spolupráce s rodinami

První kontakt se střediskem vykonává náš budoucí klient většinou v doprovodu rodinného příslušníka, přítele či přítelkyně, někdy sociální pracovnice nebo pracovníka z jiné organizace. Z uvedeného vyplývá, že ne každý má rodinné zázemí. Jsou časté případy, že partner neunese změnu zdravotního stavu a s tím související ztrátu zraku a dochází k rozvodu. Nevidomý přichází o byt a děti, které soud určí do výchovy zdravého partnera. Ztráta zraku v těchto případech znamená i ztrátu sociálních jistot. Středisko Dědina poskytuje klientům sociální poradenství i v této oblasti. V jejich regionech jim pomáháme při hledání zaměstnání i s bytovým problémem. Většinou získávají bydlení v domech s pečovatelskou službou nebo v bytech zvláštního určení. Po znovunalezení práce a bydlení dochází i ke zlepšení vztahů v rodině, zejména kontaktů s dětmi.

Jiná situace je u klientů, kterým zůstává funkční rodina, funguje partnerský nebo rodičovský vztah. Zde se setkáváme často s postojem přepéče o nevidomého. Klienti nám sdělují, že to co se ve středisku naučí, zejména se to týká sebeobslužných činností a samostatného pohybu s bílou holí, to při pobytu doma nemohou vykonávat z důvodu obavy jejich blízkých, aby si neublížili. Proto středisko Dědina s rodinami spolupracuje, psycholožka střediska individuálně dle potřeby řeší vzniklé problémy a nedorozumění. Pro rodiny nebo i přátele kteří projeví zájem pořádáme kurzy víkendové terapie. Blízcí našeho klienta přijedou na víkend do střediska,jsou instruováni jak se k nevidomému chovat při doprovázení, jak a v jaké míře mu pomáhat. Dostanou i klapky na oči a zažijí si při práci ve cvičné kuchyňce zvládání jednoduchých činností bez zrakové kontroly za podpory různých drobných pomůcek se kterými se zároveň seznamují. Pomáháme jim vytvořit správnou míru empatie a tím přispíváme ke znovuvytváření rovnoprávných vztahů vůle společného směřování k integraci.

Středisko Dědina jako jediné v republice poskytuje komplexní služby začínající sociální rehabilitací, vedoucí přes pracovní rehabilitaci (práce v sociálně terapeutických dílnách a zácvik na práci s kompenzačními pomůckami) až ke konkrétní rekvalifikaci a následnému pracovnímu uplatnění. Tato služba je

dostupná všem zrakově postiženým občanům z celé České republiky, protože středisko Dědina poskytuje i ubytování a stravování. Těm, kteří se dostanou do svízelné sociální situace je poskytována krizová pomoc.

Námi poskytované služby jsou kladně hodnoceny odbornou i laickou veřejností nejen u nás, ale i v zahraničí.

Kontaktní adresa
Mgr. Marie Schifferová
ředitelka střediska
Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina
Šmolíkova 866
160 00 Praha 6
tel.:(420) 235 301 194, 235 325 353
fax: (420) 235 325 876
e-mail: dedina@dedina.cz

RODINA V KONTEXTU KVALITY ŽIVOTA DĚTÍ S RETINOPATIÍ NEDONOŠENÝCH

The family in the context of quality of life in children with retinopathy of prematurity

Mgr. Kateřina Stejskalová

Ústav speciálněpedagogických studií PdF Univerzity Palackého v Olomouci

Klíčová slova

Kvalita života, kvalita života související se zdravím, zrakové postižení, retinopatie nedonošených, rodina, socializace, sociální integrace.

Key words

Quality of life, health related quality of life, visual impairment, retinopathy of prematurity, family, socialization, social integration.

Fenomén kvality života představuje aktuálně velmi diskutovanou a široce pojímanou problematiku, kterou reflektuje řada vědních oborů (filozofie, sociologie, psychologie, medicína, ekonomie, ekologie, pedagogika aj.). Každé z těchto odvětví samozřejmě volí specifický úhel pohledu, z čehož plynou i různá teoretická východiska. Široká aplikovatelnost se projevuje v multidimenzionálním charakteru této problematiky. Zájem o kvalitu života není moderním trendem – jeho kořeny sahají až do řecké a římské mytologie, novodobý zájem je pak datován do 30. let 20. století, kdyby byl pojem kvalita života zaveden do oblasti psychologie (Mühlpacher, Vaďurová in Pipeková, 2006). Původně politologický a ekonomický koncept kvality života nakonec velmi pevně zakotvil ve sféře společenských věd, lékařství, ošetřovatelství a v neposlední řadě také pedagogiky.

Je patrné, že vědecký zájem odborníků o sféru kvality života je eminentní. Tomu odpovídá poměrně široké spektrum konceptů a definic. Multidimenzionalita, širokospektrálnost a rozmanitá aplikovatelnost pojmu kvalita života do sféry působení řady vědních oborů představují aspekty, které mimo jiné způsobují terminologickou roztříštěnost a výraznou variabilitu při definičním vymezení. K základním charakteristikám koncepce kvality života dále patří interdisciplinarita, rozmanitá interpretovatelnost, koncepční roztříštěnost,

široká aplikovatelnost a multifaktoriální podmíněnost. Naznačený výčet velmi výmluvně odráží složitost, variabilitu i nepřehlednost celého konceptu skrývajícího se pod pojmem kvalita života.

Aktuálně preferované a frekventovaně užívané vymezení koncipovala Světová zdravotnická organizace – kvalita života v jejím pojetí představuje jedincovu percepci vlastní pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept, multifaktoriálně podmíněný fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Vaďurová, 2006). Kvalita života v sobě v tomto kontextu reflektuje definici zdraví tak, jak ji vymezila Světová zdravotnická organizace – „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absence choroby".

Východiskem měření kvality života je tedy pojetí člověka v kontextu jeho bio-psycho-sociální dimenze. Patrná je snaha o komplexní pohled v několika různých úrovních odrážejících celkovou kvalitu života s akcentem na subjektivní hledisko a jeho preferenci před objektivně měřitelnými atributy. V intencích tematického zaměření tohoto příspěvku budeme sledovat zejména charakteristiky psychosociální dimenze kvality života a její indikátory.

Z naznačených skutečností od roztříštěnosti celého konceptu kvality života až po její subjektivní specifičnost vyvstává zásadní otázka – Proč by měl být tento atribut vlastně zkoumán? Spilker (1990) uvádí, že na individuální úrovni je odpověď zřejmá – smyslem je zkvalitnění intervence směřované ke konkrétnímu jedinci. V současné době je akcentována zejména problematika hodnocení kvality života specifických klientských skupin směrem k adekvátní míře poskytování podpory a komplexně pojaté intervence.

V tomto smyslu jsme zaměřili pozornost směrem ke kvalitě života dětí s retinopatií nedonošených. Ta v současné době zaujímá čelní místo mezi příčinami nevidomosti u dětí ve vyspělých zemích světa, díky čemuž zůstává i nadále v popředí zájmu neonatologů a oftalmologů na celosvětové úrovni. Současný rozvoj v oblasti oftalmologie podstatně zlepšil prognózu zrakových funkcí u dětí s ROP, přesto může mít její vliv fatální následky v podobě úplné ztráty zrakové percepce. S ohledem na úroveň zachovaných zrakových funkcí, které se pohybují v rozmezí od slabozrakosti až po stav úplné nevidomosti a v souvislosti s dalšími přidruženými komplikacemi vyplývajícími ze stupně nezralosti vznikl koncept zaměřený na kvalitu života dětí s ROP.

V kontextu nárůstu populace extrémně nezralých novorozenců, která je současně vyznačuje nejvyšší incidencí ROP a jejích atypických agresivních forem, lze předpokládat neustále se zvyšující výskyt kategorie osob s tímto specifickým typem zrakového postižení. V tomto smyslu je tedy žádoucí identifikace a komplexní analýza specifik dané cílové skupiny a jejich hloubková deskripce směrem k optimalizaci komplexně pojatého intervenčního procesu. Teoretická základna speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením se v tomto kontextu vyznačuje přetrvávající absencí relevantních výzkumných studií.

Základním ideovým pilířem naší koncepce je subjektivní evaluace vlivu retinopatie nedonošených na komplexně pojímanou oblast subjektivně pociťované kvality života. Výsledné poznatky by se měly odrazit v několika rovinách – v teoretické ve smyslu obohacení teoretické báze speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením o jeden z významných vědeckých fenoménů, i v praktické sféře směrem k optimalizaci speciálněpedagogické intervence. V nejširším kontextu by jednotlivé aspekty měly být reflektovány v rámci komplexně zaměřené intervence zahrnující veškerou odbornou péči. Výsledná zjištění by se hypoteticky mohla promítnout do procesu tvorby specifického generického nástroje měření kvality života u kategorie osob s retinopatií nedonošených, který by umožnil její hodnocení na kvantitativní bázi.

Již výše byla naznačena orientace příspěvku směrem k psychosociální dimenzi kvality života a jednomu z jejích klíčových indikátorů – rodině. Prohlédnete-li si, byť jenom zběžně, uvedený přehled indikátorů kvality života (viz Přehled domén a facet WHOQOL-100 v komparaci se specificky modifikovanými facetami směrem k výzkumu kvality života dětí s ROP), rodina a její vliv je víceméně determinuje všechny bez rozdílu. Vezmeme-li v potaz již modifikované facety směrem k populaci dětí s ROP, postoj a očekávání rodičů bude klíčový pro socializaci jedince s postižením, bude spoluurčovat úroveň jeho sociální integrace, bude modifikovat obsah rolí dítěte s postižením, bude maximalizovat nebo naopak minimalizovat dopady zdravotního postižení do běžného každodenního života, bude významně ovlivňovat úroveň specifických dovedností ve smyslu sebeobsluhy, prostorové orientace a komunikačních kompetencí, bude úzce souviset s jedincovou percepcí sama sebe, významně se promítne do subjektivního pocitu nezávislosti a soběstačnosti, zásadním způsobem bude determinovat akceptaci, respektive nonakceptaci zdravotního postižení či oblast sociálních vztahů... Výčet samozřejmě není

konečný, nicméně velmi výmluvně ilustruje systematický vliv rodiny na vývoj osobnosti jedince s postižením a jeho život, respektive kvalitu jeho života. Samozřejmě bereme v potaz interakci s dalšími činiteli sociálního prostředí, somatickými faktory a vlastní aktivitou jedince. Nicméně v případě vrozeného, v našem případě velmi ranně získaného, postižení považujeme vliv rodinného prostředí ve smyslu výchovného postoje a celkového přístupu za naprosto dominující.

Ani v tomto případě není situace černobílá, i zde dochází k interakci mnoha aspektů a to nejen ve smyslu vnějších činitelů, ale zejména těch vnitřních, psychických s akcentem na reakci rodičů na postižení dítěte, adaptaci na tuto situaci s možností výskytu obranných mechanismů až po reálné zpracování a akceptaci situace. Postižení dítěte s sebou přináší změnu rodičovských postojů, očekávání a přístupů k dítěti, jehož role dostává zcela novou dimenzi. „Roli postiženého dítěte lze definovat jako komplex očekávaného chování. Takové očekávání bude působit ve smyslu regulace požadavků rodiny na dítě. Obsah role handicapovaného dítěte vychází z hodnotícího stereotypu, tj. souhrn vlastností a projevů, které jsou postiženým připisovány na základě jejich příslušnosti k této skupině. Stereotyp nediferencuje individuální rozdíly a navíc bývá mnohdy značně nepřesný a neodpovídá skutečnosti. Přesto významně ovlivňuje chování laické veřejnosti, především chování rodičů." (Vágnerová, 2000, s. 159).

Jsme si vědomi, naprosto respektujeme a chápeme, že „Výchova je největší a nejtěžší problém, který je možno člověku uložit." (Immanuel Kant), nicméně intuitivní výchovný postoj rodičů může být v ledasčem pro běžný samostatný, nezávislý a soběstačný život zhoubný, přestože primární úmysl je bezpochyby dobrý, respektive nejlepší (příkladem za všechny může být hyperprotektivita či perfekcionismus, které ve svém důsledku mohou vyústit v nonakceptaci postižení, nesamostatnost a neadekvátní závislost na sociálním okolí, nepřiměřené a nereálné aspirace vedoucí k častým frustracím a zklamáním apod.).

Zdá se, že situace působí jako začarovaný kruh – tím kdo by ho mohl, a měl, přerušit jsme my speciální pedagogové, respektive poradenští pracovníci – jejich intervence v raném období vývoje dítěte s postižením by měla být orientována i směrem k rodičům. Samozřejmě, že to půjde jen velmi pomalu, ztěžka a mnohdy ani to ne, ale z vlastní zkušenosti můžeme pouze potvrdit, že je to více než žádoucí a to nejen v kontextu zvýšení kvality života.

Design výzkumu

Záměrem koncipovaného výzkumu je postihnout subjektivní vliv a dopady ROP do oblasti běžného každodenního života a míru determinace jeho kvality. Naší snahou bude posoudit, do jaké míry ROP, respektive její důsledky a další aspekty s ní spojené, determinuje kvalitu života – fyzický a psychický stav, způsob života a pocit životní spokojenosti atd. Výše uvedený záměr by měl směřovat k optimalizaci procesu speciálněpedagogické intervence.

Přestože aktuálně dominuje trend měření kvality života kvantitativními metodami ve formě generických a specifických dotazníků, je připravovaný výzkum koncipován jako kvalitativně orientovaný s kvantitativními prvky. Odborníci dosud jednoznačně nevyřešili otázku, zda je kvalitu života vůbec možné hodnotit kvantitativně a do jaké míry jsou využívané dotazníky relevantní vzhledem k jejich záměru. Kvalitativní přístup preferujeme zejména z hlediska charakteristik výzkumného souboru – populace dětí s retinopatií nedonošených. Vzhledem k záměru výzkumu považujeme za efektivnější a přínosnější využít kvalitativní metody, které jsou z našeho pohledu relevantnější. Současné pojetí kvality života preferuje subjektivní hledisko před objektivně měřitelnými atributy a právě v tomto kontextu vnímáme jako informačně přínosnější a validnější kvalitativně orientovaný výzkum.

Původní výzkumný soubor tvořilo 141 dětí narozených v rozmezí let 1996–2000 s porodní hmotností pod 1 250 gramů ve Fakultní nemocnici Olomouc. Z hlediska gestačního věku se jednalo o děti narozené v rozmezí mezi 26.–32. týdnem těhotenství. Tato kritéria odpovídají vysokému procentu incidence retinopatie nedonošených vzhledem k výskytu dominantních etiologických faktorů pro vznik a vývoj ROP. Ve 44 případech ze sledovaného souboru došlo k úmrtí. Celkem 28 dětí podstoupilo nějakou operaci, v 50 % případů se jednalo o oční operaci, přičemž převážnou většinu (78,57 %) představovala kryoterapie sítnice. S uvedenými údaji koresponduje incidence ROP, která byla diagnostikována v 80 % případů dětí se zrakovým postižením v daném výzkumném souboru.

Z hlediska efektivity a zároveň zvýšení validity výzkumu využijeme triangulaci (vzájemné prostupování a kombinovaní metod uplatňovaných při zkoumání určitého fenoménu) (Hendl, 1999) – reprezentovanou kombinací získávání dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku, který bude zaměřen zejména na faktické údaje o zdravotním stavu dítěte a bude tudíž distribuován pouze mezi rodiči. Tím se dostáváme k otázce hodnotitele

kvality života. Zdrojem mohou být pacienti (klienti), pečovatelé, zdravotníci. Každá z těchto skupin pak nesporně poskytuje jiný úhel pohledu na kvalitu života a interpretuje situaci z vlastní perspektivy. Pouze nepřímé měření (proxy rating), kdy je kvalita jedincova života hodnocena na základě informací druhé osoby, nepovažujeme v tomto případě za dostatečně relevantní způsob. Úhel pohledu rodičů na kvalitu života dítěte nemusí být relevantní, může být zkreslen například pod vlivem odlišné percepce současného stavu dítěte a anticipace jeho budoucnosti a výrazně determinován emocionálními vlivy. Salajka (2006, s. 68, 69) v tomto kontextu upozorňuje na fakt, že „nástroje hodnotící HRQOL dětí byly až donedávna prakticky bez výjimky založeny na údajích získaných od příbuzných, obvykle matky. U velmi malých dětí je to nepochybně jediný možný způsob. Ovšem již u dětí předškolního a především školního se jeví být velmi žádoucí a prospěšné zahrnout do hodnocení i údaje získané od samotných dětí. Zprávy od rodičů se stávají se zvyšujícím se věkem a samostatností dětí stále méně přesně. Navíc měření založené na zprávách od rodinných příslušníků může spíše odrážet důsledky choroby přenesené na rodiče než na samotné dítě. U malých dětí mohou být velmi cenné údaje o zdravotním stavu dítěte získané od příbuzných, zejména jsou-li kombinovány s údaji získanými od nemocného dítěte. Ovšem příbuzní nejsou při hodnocení dostatečně schopni vzít do úvahy subjektivní povahu měření kvality života. V ideálním případě by u dětí školního věku měly být použity údaje získané z obou zdrojů – od rodičů i dětí."

V případě našeho výzkumu hodláme použít smíšenou metodu hodnocení kvality života, tak, jak ji vymezuje Křivohlavý (in Vaďurová, 2006), tzn. sebeposuzovací hodnocení, kdy hodnotitelem bude sám účastník (dítě s ROP) a současně i jeho pečovatel (rodič), který bude skutečnost interpretovat z odlišné perspektivy. U obou cílových skupin bude aplikována metoda polostrukturovaného rozhovoru, přičemž ve skupině rodičů bude navíc předkládán dotazník. Ke kombinovanému hodnocení jsme přistoupili se záměrem získat relevantní údaje a přitom respektovat charakteristiky kvality života – multifaktoriální podmíněnost, subjektivnost, individualitu každého jedince, interpretaci z různých perspektiv. Hodláme respektovat požadavek subjektivnosti, tzn. individuálního vnímání dopadů onemocnění v závislosti na vnitřních osobních normách a hodnotách, životní zkušenosti a schopnosti adaptace. Preferovanou formou je v tomto smyslu sebeposouzení, nikoli hodnocení jinou osobou.

V potaz budou brána i specifika dětského věku, respektive specifika měření kvality života u dětí s postižením. Robinson et al. (in Vaďurová, 2006) zdůrazňuje, že vnímání kvality života u dětí je ovlivněno několika faktory: fyzickým vývojem, vyvíjejícím se pojetím QOL, kognitivním vývojem dítěte a také obsahem samotného nástroje, který by měl reflektovat zásadní oblasti života v dětství – sociální vazby, rodina, vztah s rodiči a sourozenci, škola, školní prospěch, vztah s vrstevníky. I vzhledem k těmto skutečnostem považujeme za efektivnější metodu polostrukturovaného rozhovoru, která může být v mnoha aspektech přínosnější právě v kontextu identifikování subjektivně důležitých stránek každodenního dětského života. „Význam jednotlivých aspektů pro život dítěte musí být zohledněn doma, ve škole, ve volném čase, a to nejen v současnosti, ale i do budoucna, zejména co se týká dopadu na jeho fyzický, rozumový a citový vývoj." (Aaronson et al. in Vaďurová, 2006, s. 109) Cennou inspirací mohou být v kontextu našeho výzkumu rovněž oblasti kvality života vymezené u dětí s vývojovým postižením – Sebeuvědomění dítěte a schopnost sebekontroly (vědomí dítěte o postižení a osobních potřebách, vědomí dítěte, kdo jej podporuje, osobní kontrola chování a rozhodování, autonomie, zapojení do vlastního života, sebevědomí a respekt k sobě samému); Povaha interakce dítěte a okolí (úroveň sociální interakce – úzký a širší rodinný kruh, přátelé, odborníci, komunita, škola; charakter sociální interakce: jak se dítě chová k druhým lidem, jak se lidé chovají k němu, vliv dítěte na prostředí a naopak); Úvahy o životě (plány do budoucna, plány a obavy z budoucnosti); Uznání a ovlivnění osobnosti dítěte druhými (identita jako dítě s postižením, identita jako „postižený", identita jako součást komunity) (Vaďurová, Mühlpacher, 2005).

Zdrojem pro naše hodnocení kvality života u dané cílové skupiny byly předchozí zkušenosti s hodnocením kvality života formou generických dotazníků a dalších specifických nástrojů. „Všeobecné (generické) dotazníky jsou použitelné pro jakýkoli soubor pacientů nebo zdravé populace. Většinou pokrývají oblast zdraví, prožívání, mezilidských vztahů, životních podmínek a prostředí, případně i spirituální stránku života." (Dragomirecká, 2006, s. 10). Orientačně budou oblasti hodnocené v kontextu kvality života čerpány z generických dotazníků kvality života související se zdravím (HRQOL) – jako klíčový zdroj uvažujeme dotazník WHOQOL-100, WHOQOL-BREF a další, v našich podmínkách nejfrekventovanější, nástroje pro měření kvality života vztažené ke zdraví, specificky zaměřené na dětskou populaci a reflek-

tující problematiku zrakového postižení. Důvodem k čerpání oblastí kvality života z již zavedených a ověřených dotazníků byl fakt, že jejich jednotlivé položky byly formulovány s využitím kvalitativní metody řízených skupinových rozhovorů, jejichž výsledky sloužily k modifikaci oblastí a podoblastí a formulaci jednotlivých položek. Z tohoto hlediska považujeme navržené oblasti za dostatečně relevantní i pro naše výzkumné šetření.

Nicméně námi navržené oblasti nemusí odrážet subjektivní náhled každého jedince a nemusí tedy být relevantní vzhledem k individuálnímu prožívání postižení. Jednotlivé položky by měly reflektovat oblasti, které jsou subjektivně považovány za klíčové z hlediska kvality života dětí s ROP, čímž je současně zvyšována validita nástroje. Předpokládáme, že tyto oblasti se mohou vynořit až v průběhu rozhovorů s oběma cílovými skupinami. V návaznosti na uvedené informace se nám metoda polostrukturovaného rozhovoru jeví jako optimální.

Přehled domén a facet WHOQOL-100 (Dragomirecká, 2006) v komparaci se specificky modifikovanými facetami směrem k výzkumu kvality života dětí s ROP

Domény WHOQOL 100	Facety WHOQOL 100	Specificky modifikované facety
Fyzické zdraví	**bolest a nepříjemné pocity**	**bolest a nepříjemné pocity** (zdravotní komplikace způsobené ZP – migréna, bolesti zad, astenopické obtíže apod., využitelná úroveň zrakových funkcí, přidružená onemocnění) (částečně proxy rating)
	energie a únava	**energie a únava** (zvýšená unavitelnost, subjektivní nedostatek energie, rychlá zraková únava)
	spánek a odpočinek	**spánek a odpočinek** (subjektivně zvýšená potřeba)
Prožívání	**pozitivní pocity**	**pozitivní pocity**
	myšlení, učení, paměť a soustředění	**myšlení, učení, paměť a soustředění** (úroveň vyšších kompenzačních činitelů)
	sebedůvěra	**sebedůvěra** (sebepojetí, sebehodnocení, akceptace × nonakceptace ZP, osobní aspirace a perspektiva, frustrační tolerance)
	vnímání těla a vzhledu	**vnímání těla** (postižení) **a vzhledu**
	negativní pocity	**negativní pocity**
Nezávislost	**pohyblivost**	**prostorová orientace a samostatný pohyb**
	každodenní činnosti	**sebeobsluha** (oblékání, hygiena, péče o vzhled, nakupování, vaření, úklid atd., další každodenní aktivity)
	závislost na lécích nebo na léčbě	**závislost na lécích nebo na léčbě** (související se ZP, pocit osobní nezávislosti a soběstačnosti)
	pracovní výkonnost	**pracovní výkonnost**

Sociální vztahy	**osobní vztahy**	**osobní vztahy** (rodina – pozice dítěte v rodině, postoje a očekávání rodičů, vrstevníci, partnerství)
	sociální podpora	**sociální podpora** (sociální akceptace)
	sexuální život	**socializace,** **sociální integrace,** **participace na sociálních aktivitách**
Prostředí	**osobní bezpečí**	**osobní bezpečí** (při každodenních aktivitách, POSP a sebeobsluze)
	domácí prostředí	**domácí prostředí** (zázemí, „bariérovost" prostředí)
	finanční situace	**finanční situace** (dávky, příspěvky, mimořádné výhody) (proxy rating)
	zdravotní a sociální péče	**potřeba zdravotní a sociální péče** (úroveň spokojenosti se zdravotní péčí, interdisciplinarita, spolupráce s odborníky) (proxy rating)
	nové informace a dovednosti	**nové informace a dovednosti** (informační deficit, úroveň kompenzace, kompenzační pomůcky)
	volný čas a záliby	**volný čas a záliby** (dostatek volného času a jeho organizace, hra, sport, umění – recepce, produkce, TV, divadlo, kino, pocit omezení v kontextu ZP, kontraindikace směrem k ROP (proxy rating)
	životní prostředí	**postoje intaktní společnosti**
	doprava	**doprava** (dostupnost, dostupnost informací týkajících se dopravy – jízdní řády, přístup personálu dopravních podniků)
Spiritualita	**spiritualita, náboženství, osobní víra**	**spiritualita, náboženství, osobní víra** (proxy rating)
Celkové hodnocení	**celková kvalita života a zdravotní stav**	**celková kvalita života a zdravotní stav** (dominující proxy rating)

Použitá literatura

1. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace.* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
2. HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu.* Praha: Univerzita Karlova, 1999. ISBN 80-246-0030-7.
3. PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
4. SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.

5. SPILKER, B. (ed.) *Quality of Life Assessments in Clinical Trials.* New York: Raven Press Ltd, 1990. ISBN 0881675903.
6. VAĎUROVÁ, H. Sociální *aspekty kvality života v onkologii.* 1. vyd. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-60.
7. VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHER, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
8. VÁGNEROVÁ, M. a kol. *Psychologie handicapu.* Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.

E-PEDAGOGIUM

Nezávislý časopis určený pedagogickým pracovníkům všech typů škol

Ročník 2010, 2. mimořádné číslo
Reg. č. MK ČR E 13459

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.upol.cz/vup
IČO 61989592
Olomouc 2010

Adresa redakce:
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Žižkovo nám. 5, 771 40 Olomouc
tel.: 585 635 012
e-mail: helena.grecmanova@upol.cz

Vychází čtyřikrát ročně

Adresa on-line časopisu: http://www.upol.cz/fakulty/pdf/e-pedagogium/

ISSN 1213-7758 tištěná verze
ISSN 1213-7499 elektronická verze