

# Speciální pedagogika

Libuše Ludíková a kolektiv



**OSTRAVSKÁ**  
UNIVERZITA

**Ostrava 2025**

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

# **SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA**

LIBUŠE LUDÍKOVÁ A KOLEKTIV

Ostrava 2025

## KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Ludíková, Libuše, 1957-

Speciální pedagogika / Libuše Ludíková a kolektiv. -- První vydání. -- Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2025. -- 233 stran  
Obsahuje bibliografie, bibliografické odkazy a rejstřík

ISBN 978-80-7599-496-7 (online; pdf)

\* 376 \* 316.344.6-056.26/.3 \* 616.1/.9-028.67 \* 37.043.2 \* 34 \* (048.8:082)

- speciální pedagogika
- osoby se zdravotním postižením
- mezinárodní klasifikace nemocí
- integrovaná výchova a vzdělávání -- právní aspekty
- kolektivní monografie

376 - Výchova a vzdělávání zvláštních skupin osob [22]

### Recenze:

Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Mgr. Eva Martinková, Ph.D.

prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

Na konečných textových a grafických úpravách se podíleli:

Ing. Pavel Vavruška, Mgr. Veronika Vavrušková (editace a úpravy textu)

Vladimír Vašků (grafické zpracování obálky)

Mgr. Eva Svátková (jazyková korektura)

Název: Speciální pedagogika  
Autor: Libuše Ludíková a kolektiv  
Rok vydání: 2025  
Počet stran: 233  
ISBN: 978-80-7599-495-0 (brožováno)  
978-80-7599-496-7 (online; pdf)  
DOI 10.15452/978-80-7599-496-7.2025

CC BY-NC 4.0 Uveďte původ-Neužívejte komerčně

© Libuše Ludíková a kolektiv

© Ostravská univerzita

## Obsah

---

Úvod.....	4
Speciální pedagogika .....	6
Legislativní rámec inkluzivního vzdělávání .....	17
Speciální pedagogika osob s poruchou vývoje intelektu .....	46
Speciální pedagogika osob s tělesným postižením, nemocí a zdravotním oslabením.....	60
Vzdělávání a doprovázení vážně nemocných dětí, žáků a studentů s život limitujícími onemocněními.....	87
Speciální pedagogika a logopedie .....	108
Speciálně pedagogická péče o osoby se sluchovým postižením.....	125
Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením .....	139
Speciální pedagogika osob s poruchami chování, problémovým a rizikovým chováním.....	153
Speciální pedagogika osob s poruchou autistického spektra .....	178
Speciální pedagogika osob s vývojovými poruchami učení .....	197
Úloha speciální pedagogiky v práci s osobami s nadáním .....	213

## Úvod

---

V souladu se světovými trendy se i v naší zemi snažíme vytvářet nejen ve školách inkluzivní prostředí, ve kterém se každý cítí být jeho součástí, má přístup ke stejným příležitostem, může svobodně vyjadřovat své názory a plně se zapojovat do všech aspektů pracovního života. Vytváření inkluzivního prostředí má klíčovou roli při zajišťování kvality života osob s postižením. Pro úspěšnost tohoto procesu je bezpodmínečně nutné, aby došlo k pochopení tohoto přístupu a ztotožnění se s ním u celé společnosti, aby se principy promítly do přípravy budoucích pedagogických pracovníků, ale i v praxi již působících pedagogů na všech stupních vzdělávání.

Jedním z důležitých faktorů úspěšného procesu inkluze je znalost specifík, potřeb a vhodných přístupů k jednotlivým skupinám osob s postižením.

Cílem monografie v žádném případě není nahrazení učebnic speciální pedagogiky, ale poskytnutí uceleného pohledu na možnosti přístupu k osobám s postižením s důrazem na současnou situaci zabezpečení podpory těmto jedincům, včetně odkazů na platnou legislativu, která danou oblast vymezuje.

První dvě kapitoly jsou východisky pro všechny následující pasáže. První kapitola se věnuje teoretickým východiskům, definičnímu vymezení a struktuře oboru speciální pedagogiky. Legislativní rámec inkluzivního vzdělávání je obsahem druhé kapitoly.

V následujících kapitolách vedle standardně prezentovaných kategorií osob s postižením smyslovým, tělesným, poruchami vývoje intelektu a s narušenou komunikační schopností publikace přináší nové téma, které dosud ve speciálněpedagogické teorii ani praxi nebylo řešeno, a to vzdělávání a doprovázení vážně nemocných dětí, žáků a studentů s život limitujícími onemocněními. Samostatné kapitoly jsou věnovány i problematice, která je stále poměrně hodně diskutována, a to přístupy k dětem s poruchami autistického spektra, s vývojovými poruchami učení a s poruchami chování a problémovým či rizikovým chováním. Opomenuta není ani problematika práce s žáky s nadáním či mimořádným nadáním, které se dosud speciální pedagogika věnovala jen okrajově.

Každá z oblastí vychází ze specifického speciálněpedagogického teoretického zázemí a představuje zcela svébytné typy pohledů a přístupů k té které skupině osob s postižením. Toto pojetí s sebou nese odraz heterogenity celé problematiky, což přináší i terminologické komplikace, vycházející i z prolínání řady oborů, které mají své vlastní termíny. Přes snahu autorů najít společnou terminologii, nebylo to v některých případech možné a někdy ani pro zachování srozumitelnosti pro čtenáře žádoucí.

Svým obsahovým zaměřením je tato publikace určena širokému okruhu čtenářů, a to jak z řad studentů a odborníků, tak i laické veřejnosti.

## **Speciální pedagogika**

**Prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.**

Svět, ve kterém žijeme, se vyznačuje obrovskou různorodostí, a to ze všech možných úhlů pohledu. Tato pestrost se netýká jen prostředí, přírody, ale i lidského společenství.

Lidská společnost je základním a neoddělitelným prvkem našeho života. Lidská společnost zahrnuje skupinové interakce a vztahy mezi jednotlivci, kteří sdílejí určité hodnoty, normy a tradice. Lidská společnost tvoří různorodé skupiny, počínaje rodinami, komunitami až po státy. Každý z nás tak má své místo v této široké síti vzájemných vztahů, které jsou důležité pro náš osobní i společenský rozvoj. Lidská společnost je velmi složitý systém, který se skládá z různých vrstev, skupin a komunit. Struktura lidské společnosti se vyvinula v průběhu dlouhého období a postupně se měnila a přizpůsobovala novým podmínkám a vlivům.

Hodnoty a normy jsou klíčovými prvky lidské společnosti. Jedná se o určité postupy, zvyklosti a představy, které jsou sdíleny v rámci skupiny jedinců. Tyto hodnoty a normy mají vliv na naše chování, komunikaci a rozhodnutí v každodenním životě. V lidské společnosti jsou např. respekt k druhým lidem, vzájemná důvěra, odpovědnost za vlastní činy nebo vzájemná pomoc považovány za pozitivní hodnoty. Bez těchto hodnot a norem by byla lidská společnost chaotická, nepřehledná a nesoudržná. Je tedy důležité si uvědomovat jejich důležitost a dodržovat je pro utváření stabilního prostředí pro nás samotné i pro ostatní.

Naše společnost je nesmírně různorodá, jak s ohledem na pohlaví, rasu nebo náboženské vyznání jejích členů, tak i další faktory. Každý z nás má řadu společných charakteristik s ostatními, ale současně všichni disponujeme specifickými dovednostmi a schopnostmi bez ohledu na věk, pohlaví, rodinu či zdravotní situaci. Pro rozvoj společnosti i nás samotných je důležité, aby tato různorodost, rozmanitost byla okolím akceptována, abychom měli respekt k jedinečnosti každého z nás. Stejně tomu tak musí být i u skupiny osob, která má nějaké zdravotní postižení, znevýhodnění.

Osoby se zdravotním postižením jsou ve všech částech světa a na všech úrovních každé společnosti, přičemž příčiny i následky postižení jsou v jednotlivých oblastech různé. Rozdíly

jsou výsledkem zejména odlišné sociálně-ekonomické, kulturní situace a míry rozličných opatření, kterými jednotlivé země zabezpečují blaho svých občanů.

Otázkami spjatými s výchovou, vzděláváním a osobnostním rozvojem osob s postižením se zabývá speciální pedagogika. Jedná se o poměrně mladou disciplínu, jejíž formování ale předznamenal velmi dlouhý vývoj přístupů, forem péče a podpory osob s postižením.

Pro objekty zájmu speciální pedagogiky a dalších oborů, již se podílejí na podpoře těchto osob, nebylo a dosud není ve světě a ani u nás jednotné ustálené označení.

Současné pojetí speciální pedagogiky definuje základní termíny, jako je vada, porucha, postižení, znevýhodnění.

**Vada, porucha** (impairment) je narušení nebo abnormalita psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce.

**Postižení** (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopnosti vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.

**Znevýhodnění** (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům normální.

S uvedenými pojmy ale není vždy důsledně pracováno, někdy se objevují i starší pojmy, které již dnes nemají opodstatnění. Terminologická nejednotnost často vede k nejasnostem, se kterými se potýkají jak odborníci z různých vědních oblastí, tak pochopitelně i laická veřejnost. Terminologie se liší i v rámci resortů, které do podpory těchto jedinců vstupují, tak např. zdravotnictví hovoří o pacientech, školství o dětech a žácích se speciálními vzdělávacími potřebami a s potřebou podpůrných opatření, ve sféře sociální se pracuje s pojmem handicapovaný jedinec, osoba zdravotně znevýhodněná, v pracovněprávní oblasti i s označením invalida či osoba se změněnou pracovní schopností. Laická veřejnost nejčastěji mluví o handicapovaných, zdravotně postižených či postižených lidech. Toto zdůrazňování a předsouvání problému před označení člověk je ale dnes již nepřijatelné, neboť každý z nás je osobnost, která má své silné a slabé stránky, a jinakost je tedy zcela běžný jev. Jinakost může, ale také nemusí člověka znevýhodňovat, proto by i v běžné komunikaci měl na prvním místě být člověk, potom až případné postižení, např. osoba se sluchovým postižením.

Při vědomí si jisté míry nepřesnosti, ale z důvodů významové obecnosti a vyhnutí se poměrně pestré a v historii nejednotné terminologii, která byla v dalších etapách často vnímána jako pejorativní, bude v následující části kapitoly nejčastěji používáno označení osoby s postižením či znevýhodněním.

V minulosti tato skupina lidí povětšinou stála na okraji společnosti, nedostávalo se jí rovného přístupu, a tudíž neměla ani podmínky k plnohodnotnému zapojení se.

Názor na postavení postižených jedinců ve společnosti a na vztah společnosti k nim se vyvíjel a měnil s rozvojem společenského bytí a vědomí.

Celý tento proces lze rámcově dle charakteristických a převládajících tendencí v postojích společnosti v konkrétních historických obdobích vymezit do několika etap, na kterých se povětšinou shoduje většina autorů, kteří se zajímají o tuto problematiku (např. Kocurová, 2002; Lechta, 2010; Slowík, 2016; Titzl, 2000).

## **Přístupy a období**

---

**Represivní období** je obvykle spojováno s tezí, že tito odlišní jedinci jsou pro společnost zátěží, že nemají životní perspektivu, jsou neschopní, nežádoucí, nepotřební. V prvobytně pospolné společnosti vztah k těmto lidem určovaly existenční zřetele. Pro zachování kmene jako celku bylo mnohdy vyžadováno vyloučit slabé a nemocné, kteří snižovali zdatnost a životaschopnost skupiny, proto se jich společnost zbavovala přímou likvidací, vyloučením či opuštěním. V otrokářské společnosti vedle zmíněného přístupu se objevuje prvek zotročování, kdy někteří jedinci, kteří toho byli schopni, byli využíváni k nejtěžším pracím. S nástupem feudalismu a pod vlivem některých náboženských proudů – inkvizice – byli někteří lidé s postižením označováni za zplozence d'ábla a byli upalováni. V některých částech světa byla běžnou formou přístupu segregace, tedy vyloučení ze společnosti, a to tak, že byli tito jedinci např. zanecháváni na okrajích osídlení, což bez pomoci vedlo k jejich brzkému úmrtí. Z literárních pramenů jsou ale známy i jiné přístupy, kdy dokonce existovaly zákony, které zajišťovaly těmto lidem povinnou ochranu a péči, kterou měl poskytovat nejen stát, ale i rodina. Bylo tomu tak např. v Mezopotámii, v Babylonu, ale i Řecku či Římě.

**Charitativní období** je spjato se změnou společenského paradigmatu, kdy začíná převažovat pohled na člověka s postižením jako na objekt milosrdenství. Lidé s postižením jsou vnímáni jako ubožáci, kteří se nedovedou o sebe postarat, a proto potřebují pomoc. Pro období křesťanského středověku je typický rozmach vlivu církve a její propojení se státem, což se projevuje i vznikem institucí, které se zaměřují na pomoc těmto potřebným. Zakládány jsou první útulky, špitály a hospice, a to právě často při církevních objektech. Kupříkladu to byly klášterní špitály, které poskytovaly alespoň nejnutnější zaopatření. Úroveň těchto zařízení byla velmi odlišná, od bazální podpory až po první pokusy o výchovu postižených.

**Humanistické období** již s příchodem renesance a osvícenství přináší nový pohled na potřeby společnosti, a to se odráží i v přístupu k jedincům s postižením. Humanistický přístup si za

základní východisko staví nejvýše přirozený princip důstojnosti každého člověka. Z tohoto principu se odvíjí práva na možnost rozvoje jako individuality i jako člena společnosti, na přijetí člověka takového, jaký je. V tomto období se začal veřejně vyslovovat požadavek na vzdělávání i postižených. S postupem vědeckého poznání, jak v medicíně, ale i v psychologii a pedagogice, dochází postupně k budování ucelenější péče o postižené a postupně se formují speciální přístupy k jednotlivým typům postižení. Cíleně jsou zakládány instituce, ať to byly ústavy, či školy, které přijímají do péče osoby s postižením a poskytují jim ucelenější podporu, která vychází z principu, že u každého člověka je třeba rozvíjet jak stránku fyzickou, tak psychickou, sociální, ale i duchovní.

**Rehabilitační období** se váže zejména na přelom 19. a počátky a 1. polovinu 20. století. Postupně dochází ještě k intenzivnějšímu propojení mezi lékařskými a edukačními přístupy s cílem o „znovuuschopnění“ jedince s postižením a zapojení do běžného života. Tato vize však mohla být naplňována pouze u některých osob, ale u řady dalších, zejména s těžším postižením, tohoto cíle nemohlo být dosaženo. Místo možnosti žít v rodině, ve vrstevnické skupině, byli povětšinou umisťováni do institucionální péče, která sice odborně bývala často i na dobré úrovni, ale žili tak mimo možnosti zapojení se do hlavního proudu. V řadě případů docházelo kvůli narušení vazeb s majoritní společností až k jejich segregaci.

**Integrační tendence** představují přelom v pohledu na řešení přístupu, péče a zabezpečení osob s postižením v rámci majoritní společnosti. Snahy o změnu jsou spjaty zejména s úsilím vyspělých západoevropských a zámořských států v období po 2. světové válce a v průběhu 2. poloviny 20. století. Postupně dochází k přehodnocení důrazu na specializovanou institucionální péči, která je sice dále poskytována, ale je realizována v menších kolektivech a s důrazem na podporu těch aktivit, které mají pomoci osobám s postižením zapojovat se, integrovat se do společnosti. Současně lékařské vědy přicházejí s novými diagnostickými a léčebnými postupy, které řadě osob s postižením pomáhají s návratem do běžného života či výrazně zkvalitňují život. Souběžně s tím se ale výrazně prosazují snahy o cílenou prevenci, která by vedla k předcházení vzniku postižení, popřípadě k zamezení zhoršování stavu. Vzhledem ke skutečnosti, že většina osob s postižením do této doby žila mimo majoritní společnost, tak i tato se musí postupně seznamovat s tím, jak přijímat osoby s postižením a jak s nimi žít, jak se k nim chovat, co od nich očekávat, jak odstraňovat bariéry, ať architektonické, nebo mezilidské, což je spjato i s řešením celé řady etických otázek.

**Inkluzivní přístup** je soudobý trend, který se i ve většině vyspělých zemí světa realizuje zhruba od posledních dekád 20. století. Inkluze v podstatě znamená zahrnutí do nějakého celku. Při budování inkluzivní společnosti se staví na konceptu, jenž se zaměřuje na vytvoření a podporu

společnosti, která respektuje a hodnotí rozmanitost a zajišťuje rovné příležitosti pro všechny její členy. Tento koncept klade důraz na začlenění a účast všech lidí, bez ohledu na jejich pohlaví, rasu, etnický původ, náboženství, sexuální orientaci, zdravotní postižení nebo sociální status. Směrem k osobám s postižením to znamená výrazný posun k přirozenému začleňování do většinové společnosti s tím, že v této společnosti jsou jim poskytována rovná práva a příležitosti, přičemž je brán ohled na jejich specifické potřeby. Inkluzivní přístup vychází ze skutečnosti, že všichni jsme součástí jedné společnosti, každý z nás je jedinečný a odlišnosti jsou přirozené a obohacující. V širším slova smyslu inkluze pokrývá všechny aspekty života, od vzdělávání a zaměstnání přes volnočasové aktivity po základní životní jistoty.

Na pozadí výše uvedených přístupů společnosti k osobám s postižením se postupně formovala speciální pedagogika jako vědní disciplína.

Cílem následující pasáže není dát detailní a ucelený pohled na utváření tohoto oboru, ale pouze prezentovat klíčová období a nastínit hlavní myšlenkové směry a osobnosti, které jsou spjaty s působením na našem území.

V podstatě až do konce 18. století to byly jen jednotlivé děti s postižením, kterým se individuálně dostávalo základní výchovně-vzdělávací péče. Ještě před vznikem prvních odborných vzdělávacích ústavů a zařízení můžeme hovořit o neformálním zájmu některých významných osobností o život osob s postižením (Renotiérová, 2004).

Velký význam v šíření opravdu lidského vztahu k postiženým mělo filozoficko-pedagogické dílo J. A. Komenského. Komenský prosazoval právo všech dětí na vzdělání, bez rozdílu pohlaví a schopností. Vize této významné osobnosti, které se týkaly všech dětí, tedy i těch s postižením, ale mohly být realizovány až po značně dlouhém časovém úseku.

Jako teoretická disciplína začala být speciální pedagogika na našem území uznávána koncem 19. a začátkem 20. století (Renotiérová, 2004).

Pojem speciální pedagogika se v jednotlivých zemích postupně měnil a specifikoval. Různé pojetí se ovšem také promítalo do základní terminologie.

Důležitou roli v počátcích formování oboru speciální pedagogika měl **Ludwig Adolf Heinrich von Strümpell**, který v letech 1871 až 1899 působil na univerzitě v Lipsku a v roce 1890 vydal knihu *Pedagogická patologie aneb nauka o dětských chybách*. Zabýval se mimo jiné zjišťováním, tříděním a celkovou diagnostikou různých vad a odchylek, jejich příčinami, profylaxí a terapií.

V roce 1911 **Adolf Dannemann** společně s **H. Schoberem** a **E. Schulzem** přichází s označením léčebná pedagogika. Název jasně deklaruje důraz na úlohu lékařských věd na odborném přístupu k osobám s postižením, ale současně přiznává důležitou roli výchovného

působení na uzdravování jedince. Označení léčebná pedagogika se u nás neujalo, ale jak v západních zemích, tak např. i na Slovensku, se používá dodnes.

Výrazným impulzem k dalšímu rozvoji teorie výchovy a vzdělávání bylo na počátku 20. století vyhlášení tzv. století dítěte. Teoretickou platformou nových pedagogických tendencí byla nová vědní disciplína – pedologie. Jedním z hlavních představitelů tohoto směru u nás byl profesor **František Čáda**, který vycházel z myšlenky, že každé dítě má nárok na vlastní právo, dětskou svéráznost a dětské hodnoty. Dítě není „zmenšenina“ dospělého, ale je jinou lidskou kvalitou se svými vlastnostmi, způsobem myšlení a prožívání. V období 1. světové války, v důsledku válečných útrap a prohlubování sociálních rozdílů, se do velmi tíživé situace dostávaly „abnormální děti“. Profesor Čáda si uvědomoval, že je třeba, aby se propojovaly biologické vědy s psychologií „abnormálního“ dítěte, což se propisovalo do nového směru označovaného jako pedopatologie. Ve svých tezích zdůrazňoval, že je třeba vývojového pohledu na děti s postižením a že je potřebné jejich vnitřní členění. Přichází s novým označením „děti úchylné“. Dalším významným impulzem pro vývoj speciální pedagogiky byly tzv. Čádovy sjezdy pro péči o slabomyslné a školství pomocné, uspořádané mezi lety 1909 a 1913. Cílem sjezdů bylo na jedné straně propagovat potřebnost a prospěšnost pomocných škol, na straně druhé zabývat se vědeckými otázkami spojenými s výchovou a vzděláváním slabomyslných, přičemž daly základ pro formování organizační struktury péče o lidi s mentální retardací.

Od roku 1925 začal vycházet první samostatný odborný časopis „Úchylná mládež“, kde byly prezentovány statě stran přístupu k osobám s postižením.

Ač směr pedopatologie posunul přístup k osobám s postižením, tak byl ale stále vnímán jako příliš zdůrazňující medicínské hledisko. Protiváhou tohoto pojetí se měla stát nápravná pedagogika, se kterou přichází **Jan Mauer** a která se u nás rozvíjela v období první republiky. Původně byl tento směr spjat s přístupem k osobám s mentálním postižením, ale postupně se orientoval na všechny skupiny osob s postižením. Významných úspěchů nápravná pedagogika dosáhla v přístupu v oblasti výchovy a vzdělávání jedinců s tělesným postižením, byly položeny základy komplexní rehabilitační péče, vznikaly školy při nemocnicích a je zaváděna léčebná tělesná výchova. V průběhu let 1922–1933 bylo zorganizováno pět sjezdů, jejichž praktickým výstupem bylo postupné vybudování sítě „pomocného školství“. O rozvoj tohoto segmentu školství se výrazně zasloužila další osobnost, kterou byl **Josef Zeman**.

Po 2. světové válce se v letech 1945–1950 **František Štampach** pokusil vymezit obecnou teorii pro nápravu „vad a chorob mládeže“. Zavádí tzv. sociální pedagogiku, která je orientována na oblast ochranné, nápravné a léčebné výchovy mládeže tělesně, duševně a tzv. mravně narušené. Rozlišoval 4 podobory – psychopedii, logopedii, ortopedii a okulopedii.

Název oboru se následně několikrát v poměrně krátkém období měnil. V roce 1953 **prof. Miloš Sovák** zavádí označení defektologie. V roce 1954 přichází **František Ludvík** s názvem zvláštní péče. Následně v roce 1957 **Bohumil Popelář** používá název speciální pedagogika. O další změnu se pokusil **Ludvík Edelsberger** v roce 1965, kdy přichází s označením speciální pedagogika defektologická. Definitivně se k názvu speciální pedagogika vrátil v roce 1972 prof. Miloš Sovák. Pojetí oboru a jeho strukturu popsal v publikaci *Nárys speciální pedagogiky*. Toto pojetí dlouhou dobu udávalo směr, kterým se speciální pedagogika u nás ubírala.

Od přelomu 20. a 21. století se do zorného pole speciální pedagogiky dostává celá řada nových jevů. Dochází ke komplexnějšímu chápání podpory a významu pomáhajících profesí. Vystupují do popředí témata, jako je multikulturalita či celoživotní učení. Dochází k dynamickému rozvoji moderních technologií, zejména informačních technologií směrem k využití v oblasti kompenzačních pomůcek. Tyto a další změny staví speciální pedagogiku před řešení řady nových otázek a úkolů.

V současnosti již speciálněpedagogická teorie pracuje s novými atributy. Rozpracovává a prakticky aplikuje řadu nových paradigmat, postulátů a postupů.

Paradigmata nového systému speciální pedagogiky se v různém rozsahu promítají do jednotlivých kategorií a pojmů.

## **Současné vymezení speciální pedagogiky**

---

**Speciální pedagogika** patří mezi pedagogické vědy, tudíž se jedná o společenskovední obor. Speciální pedagogika je vědní disciplína zabývající se zákonitostmi rozvoje, péče, výchovy a vzdělávání lidí s nějakým druhem postižení či znevýhodnění, jejich socializací, a to od jejich narození do konce života.

Pojem speciální pedagogika lze chápat

- a) v širším smyslu jako označení každé pedagogiky vzhledem k pedagogice obecné, která je speciálně zaměřená např. podle věku dítěte, podle vyučovacího předmětu atd.,
- b) v užším smyslu je speciální pedagogika věda o zákonitostech speciální výchovy a speciálního vzdělávání jedince, který z důvodu znevýhodnění vyžaduje při vzdělávání speciálně pedagogický přístup, podporu při pracovním a společenském uplatnění (Pipeková, 2006).

Slowík vymezuje speciální pedagogiku jako disciplínu orientovanou na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění (Slowík, 2016, str. 15).

V minulosti byla speciální pedagogika úzce zaměřena jen na problematiku výchovy, vzdělávání a profesní přípravy. Současné pojetí se zaměřuje na celé široké spektrum potřeb osob s postižením, od narození po stáří. Se změnami v celé společnosti se projevuje a prohlubuje snaha o jejich inkluzi, a to nejen v oblasti školství, ale i v rámci celé společnosti.

Předmětem speciální pedagogiky je zkoumání podstaty výchovy, vzdělávání a rozvoje osob s postižením z aspektu etiologie, symptomatologie, možnosti využití speciálněpedagogických metod a profylaxe neadekvátního vyrovnání se s postižením, narušením nebo různými specifickými omezujícími faktory.

## **Cíl speciální pedagogiky**

---

Cíl speciální pedagogiky rovněž prošel vývojem, a to v kontextu měnícího se paradigmatu (míry poznání, vývoje společnosti jako celku, pohledu na kategorii osob s postižením atd.).

Cílem speciální pedagogiky je maximální rozvoj jedince s postižením či znevýhodněním s dosažením maximální úrovně jeho socializace. Jde tedy o snahu o všestranný rozvoj s ohledem na potenciál toho kterého jedince při zohlednění specifík, jež vyplývají zejména z typu a hloubky postižení, při využití adekvátních přístupů, metod a podpory tak, aby nedocházelo k dlouhodobému systematickému přetěžování, nebo naopak k nevyužití jeho možného potenciálu.

V pojetí Fischera a Škody základním cílem speciální pedagogiky je dosažení maximálně možné socializace znevýhodněných osob s ohledem na charakter, rozsah a závažnost znevýhodnění v oblasti fyzické, psychické nebo sociální. S tímto obecným cílem souvisí vytváření nezbytných podmínek a předpokladů k jeho dosažení. Charakter, rozsah a závažnost postižení je definováno v jednotlivých oborech speciální pedagogiky. Dílčí cíle speciální pedagogiky pak spočívají např. v dosažení určitého stupně edukace či postupného rozvoje v některé oblasti u konkrétního znevýhodněného jedince. Jedním z důležitých a v moderní době nezanedbatelných cílů speciální pedagogiky je také dosažení změny v postojích některých členů a skupin společnosti vůči znevýhodněným spoluobčanům (Fischer, Škoda, 2008).

## **Struktura speciální pedagogiky**

---

Na strukturu oboru speciální pedagogika lze nahlížet z několika hledisek:

1. Členění podle předmětu péče (jedná se o strukturu podle konkrétních skupin lidí s určitým druhem postižení či znevýhodnění)
  - psychopedie – speciální pedagogika osob s vývojovými poruchami intelektu

- somatopedie – speciální pedagogika osob s tělesným postižením, nemocí či zdravotním oslabením
  - logopedie – speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností
  - surdopedie – speciální pedagogika osob se sluchovým postižením
  - oftalmopedie (tyflopédie) – speciální pedagogika osob se zrakovým postižením
  - etopedie
  - speciální pedagogika osob s kombinovaným postižením (kombinovanými vadami, s více vadami)
  - speciální pedagogika osob se specifickými poruchami učení (s parciálními nedostatky, s vývojovými poruchami učení) nebo chování
  - speciální pedagogika osob s poruchami autistického spektra
  - speciální pedagogika osob s nadáním či mimořádným nadáním
2. Členění podle věku
- speciální pedagogika osob raného věku
  - speciální pedagogika předškolního věku
  - speciální pedagogika školního věku
  - speciální pedagogika dospělých – speciálněpedagogická andragogika
  - speciální pedagogika seniorů – speciálněpedagogická gerontagogika
3. Členění z všeobecného hlediska
- všeobecné základy speciální pedagogiky – termíny, pojmy, předmět, systém
  - historiografie speciální pedagogiky – oboru, institucí, vzdělávání speciálních pedagogů
  - metodologie speciální pedagogiky – metodologie výzkumu, diagnostika
  - filozofie speciální pedagogiky – teoretická východiska speciální pedagogiky
  - teorie komunikace osob s postižením
  - výchovná rehabilitace – zásady, metody edukace, metodiky předmětů
  - nauka o školách a zařízeních určených pro osoby s nějakým druhem postižení či znevýhodnění
  - komparativní speciální pedagogika
  - speciální pedeutologie
4. Členění podle světonázorově filozofických náhledů (kde se rozdíly mezi jednotlivými interpretacemi speciální pedagogiky týkají zejména oblasti kauzálních vztahů)
- speciální pedagogika humanistická

- speciální pedagogika křesťanská
- speciální pedagogika materialistická
- speciální pedagogika antroposofistická
- speciální pedagogika psychoanalyticky orientovaná
- speciální pedagogika behavioristická
- speciální pedagogika kognitivistická
- speciální pedagogika konstruktivistická
- speciální pedagogika pragmatická

Speciální pedagogika, pokud má přicházet s takovými výstupy, které mají vést k adekvátnímu zapojení kteréhokoli člověka s postižením do společnosti, si nevystačí jen s poznatky ze zkoumání uvnitř svého oboru, ale musí velmi úzce spolupracovat s odborníky z širokého spektra vědních disciplín.

Speciální pedagogika, již z principu svého začlenění v soustavě věd, má velmi úzkou vazbu na pedagogiku, ze které čerpá základní principy, zásady, metody organizační formy, a tyto přizpůsobuje směrem ke své klientele. Rovněž bez poznatků ze spolupráce s psychologickými disciplínami – obecnou, vývojovou, pedagogickou, sociální a patopsychologií – nemůže speciální pedagogika nacházet adekvátní individuální přístup k jednotlivým lidem s postižením. Poznatky ze sociologie napomáhají v procesu socializace, zařazování do sociálních skupin a utváření rolí u osob s postižením. Široké spektrum lékařských oborů poskytuje poznatky stran etiologie, fyziologie, patologie. Jedná se zejména o neonatologii, pediatrii, chirurgii, neurologii, ortopedii, oftalmologii, ORL, psychiatrii, geriatrii a další. Vzhledem ke skutečnosti, že vysoké procento osob s postižením využívá nejrůznější pomůcky, je nasnadě i propojení s technickými obory – optika, akustika, mechanika, informatika, kybernetika atd. Z širšího pohledu je třeba uvést, že významně rozvoj oboru ovlivňuje také filosofie, etika, logika, právo, ekonomie, estetika, bionika, psycholingvistika, sémiotika.

Uvnitř samotného oboru speciální pedagogika, mezi jejími jednotlivými disciplínami, rovněž existuje velmi úzká spolupráce, kdy podle typu postižení převažuje některá z disciplín a ostatní jsou jí jakousi podporou. Bez této vzájemné spolupráce je např. nemyslitelný přístup ke kategorii osob s kombinovaným postižením.

## Literatura

---

- Fischer, S., & Škoda, J. (2008). *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Triton.
- Kocurová, M. (2002). *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. Západočeská univerzita.
- Lechta, V. ed. (2010). *Základy inkluzivní pedagogiky*. Portál.
- Pipeková, J. ed. (2006). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Paido.
- Renotierová, M., Ludíková, L. a kol. (2004). *Speciální pedagogika*. Univerzita Palackého.
- Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika*. Grada.
- Titzl, B. (2000). *Postižený člověk ve společnosti*. Univerzita Karlova.

## **Legislativní rámec inkluzivního vzdělávání**

**Mgr. Edita Satinská, Ph.D.**

**PaedDr. Renata Kovářová, Ph.D.**

Legislativa týkající se osob se speciálními vzdělávacími potřebami a osob s postižením hraje klíčovou roli v zajišťování rovných příležitostí a inkluzivního vzdělávání. K úpravám závazných postupů jsou využívány jak mezinárodní, evropské a národní dokumenty, tak také strategické a koncepční dokumenty.

### **Hierarchie a význam právních předpisů pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami**

---

**Význam mezinárodních a národních úmluv,** legislativních předpisů a strategických dokumentů spočívá ve vytvoření základního schématu pro ochranu práv těchto osob a podporu jejich plného zapojení do společnosti. Mezinárodní úmluvy stanovují globální standardy a závazky, které mají jednotlivé státy dodržovat, a zdůrazňují nutnost zajistit přístup ke kvalitnímu vzdělání a sociálnímu, hospodářskému a politickému životu.

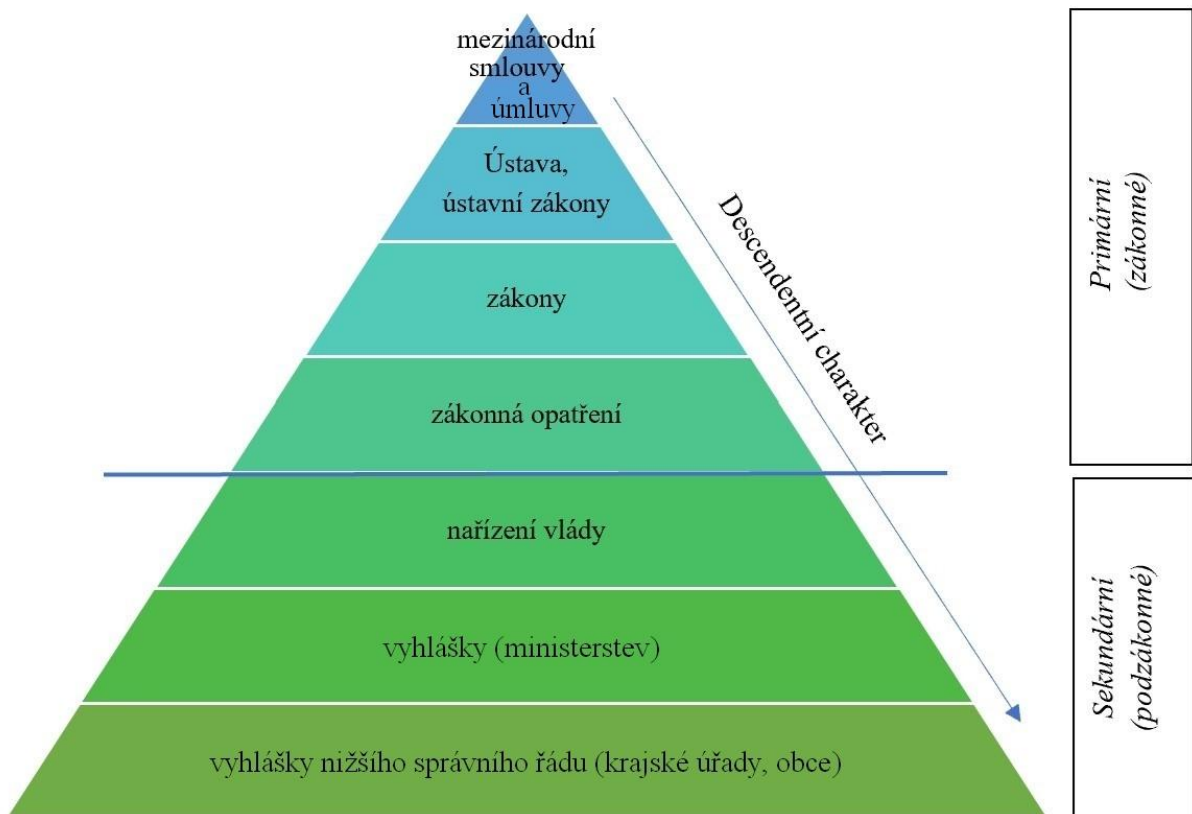
**Na národní úrovni** jsou pak uvedené závazky implementovány prostřednictvím konkrétních **legislativních předpisů, strategických a koncepčních dokumentů.**

V České republice je právo na vzdělání zakotveno v Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavního pořádku. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy pak prostřednictvím nařízení, metodických pokynů a vyhlášek garantuje rovný přístup ke vzdělávání všem žákům včetně žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

**Zákony a vyhlášky** tvoří právní rámec, který podporuje a umožňuje realizaci cílů stanovených ve strategických dokumentech (např. školský zákon obsahuje povinnost škol poskytovat podporu žákům se speciálními vzdělávacími potřebami).

Vyhlášky, nařízení vlády a metodické pokyny pak poskytují konkrétní návody a postupy pro implementaci zákonů v praxi.

Mezi legislativními dokumenty existují vazby a závaznost v **závislosti na jejich právní síle** (viz Obr. 1), přičemž platí, že by předpisy neměly být ve vzájemném rozporu. Pokud dojde ke kolizi, právní norma nižší síly neplatí.



Obr. 1 schéma hierarchie právních předpisů v závislosti na jejich právní síle

## Strategické a koncepční dokumenty

Česká republika se řídí **vzdělávací politikou**, stanovuje **strategie** zakotvené ve **strategických, koncepčních dokumentech a plánech**. Strategické a koncepční dokumenty (viz Obr. 2) stanovují dlouhodobé cíle, priority ve vzdělávání a zároveň opatření a iniciativy k jejich dosažení, čímž rozvoj a implementaci inkluzivní politiky akcentují. Uvedené mají zajistit, aby každý jedinec měl možnost dosáhnout svého plného potenciálu, začlenit se a aktivně se podílet na životě ve společnosti.

V souhrnu lze říct, že strategické, koncepční dokumenty a národní plány *určují směr a cíle* vzdělávací politiky, zatímco legislativní předpisy, zákon a vyhlášky *poskytují konkrétní nástroje pro jejich dosažení*. Zajišťují, že stanovené cíle a opatření mají právní závaznost, a jsou proto vymahatelné.

Společně jsou tyto dokumenty vzájemně propojeny, společně tvoří komplexní rámec pro vzdělávací systém a zabezpečují jeho koordinovaný a efektivní rozvoj. Přehled základních koncepčních dokumentů (viz tab. 1).

Zastřešující strategické dokumenty	<b>Politika</b>	Vrcholný dokument zastřešující celou oblast. Stanoví směrování, hlavní priority, cíle, základní nástroje k jejich dosažení. Dále je realizována prostřednictvím strategických dokumentů.
	<b>Strategický rámec</b>	Řešitelsky se zaměřuje na <b>širší problematiku</b> . Zdůrazňuje analytickou a strategickou část. <b>Nastavuje rámcovou implementaci</b> . Realizuje se prostřednictvím koncepcí a strategií.
Strategické dokumenty	<b>Koncepce</b>	Řeší konkrétní <b>problematiku</b> . Zdůrazňuje analytickou a strategickou část. Fokus na <b>implementaci je okrajový, protože je prováděcího dokumentu - implementačního plánu</b> .
	<b>Strategie</b>	Je <b>dlouhodobý dokument pro konkrétní problematiku</b> , pro které se strategie vytváří s ohledem na všechny tematické oblasti, jejich možné komplikace a dopady. Součástí je vyváženě zastoupena část analytická, strategická a implementační.
	<b>Plán</b>	Konkretizuje opatření na základě konkrétních cílů, zdůrazněna je zde především implementační část, např. v podobě projektů, nebo aktivit. Má časový harmonogram a plán financování.

Obr. 2 schéma strategických a koncepčních dokumentů

V následující tabulce uvádíme stručný přehled nejdůležitějších strategických a koncepčních dokumentů.

Název dokumentu	Stručná charakteristika
<p>Dlouhodobé záměry vzdělávací politiky ČR</p> <p>Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy ČR 2023–2027</p>	<p>Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky na období 2023–2027 je implementačním dokumentem Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2030+ a má za úkol naplňovat jí stanovené cíle:</p> <p>Prioritní oblasti Dlouhodobého záměru:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitní a dostupné předškolní vzdělávání</li> <li>• Moderní základní vzdělávání pro 21. století</li> <li>• Odborné vzdělávání a uplatnitelnost na trhu práce</li> <li>• Podpora a rozvoj kapacit pedagogů</li> <li>• Vzdělávání v celoživotní perspektivě</li> <li>• Rovný přístup a efektivní podpora pro všechny žáky</li> </ul> <p>Mezi nástroje plnění opatření patří:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inovace ve vzdělávání: zahrnují např. nové formy učení (projektovou a zážitkovou výuku, vzdělávání mimo budovu školy např. v paměťových institucích, ekocentrech, science centrech a dalších vzdělávacích organizacích, ale i přímo</li> </ul>

	<p>v přírodě, situační učení, místně zakotvené učení, zážitkovou pedagogiku nebo angažované učení),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mezinárodní spolupráce: prostřednictvím programů Erasmus+, Evropský sbor solidarity nebo např. síť eTwinning, realizace výjezdů do zahraničí na stáže, stínování, pozvání odborníků ze zahraničí nebo spolupráce se zahraničními školami,</li> <li>• Komunikace vzdělávacího systému s rodiči a širokou veřejností: důraz na roli rodičů a její podpora v oblasti vzdělávání, jejich angažovanost a participace na rozvoji škol a jejich komunitním aspektu.</li> </ul> <p>(Dlouhodobý záměr rozvoje vzdělávací soustavy České republiky)</p>
<p>Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2030+</p>	<p>Má vést k vytvoření a rozvoji otevřeného vzdělávacího systému, který reaguje na měnící se vnější prostředí a poskytuje relevantní obsah vzdělávání v celoživotní perspektivě. Zaměřuje se na modernizaci vzdělávacího systému, snížení nerovností v přístupu ke kvalitnímu vzdělání a podporu pedagogických pracovníků.</p> <p>Obsahuje dva strategické cíle:</p> <p>Strategický cíl 1 – Zaměřit vzdělávání více na získání kompetencí potřebných pro aktivní občanský, profesní i osobní život.</p> <p>Strategický cíl 2 – Snížit nerovnosti v přístupu ke kvalitnímu vzdělávání a umožnit maximální rozvoj potenciálu dětí, žáků a studentů.</p> <p>Dále je ve strategii stanoveno 5 strategických linií:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategická linie 1: Proměna obsahu, způsobů a hodnocení vzdělávání</li> <li>• Strategická linie 2: Rovný přístup ke kvalitnímu vzdělávání</li> <li>• Strategická linie 3: Podpora pedagogických pracovníků</li> <li>• Strategická linie 4: Zvýšení odborných kapacit, důvěry a vzájemné spolupráce</li> <li>• Strategická linie 5: Zvýšení financování a zajištění jeho stability</li> </ul> <p>(Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2030+)</p>
<p>Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027</p>	<p>Preventivní působení ve školách je nástrojem, kterým lze pozitivně působit na postoje a hodnoty dětí a mladistvých, umožňuje chránit jedince v období významném při formování osobnosti a postojů dětí a mladistvých.</p> <p>Hlavním cílem Národní strategie 2019-2027 je</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zabezpečit efektivní systém primární prevence, který funguje na základě komplexního působení všech na sebe vzájemně navazujících subjektů,</li> <li>• snížit míru rizikového chování u dětí a mládeže a minimalizovat jeho vznik.</li> </ul> <p>(Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027)</p>

Z DOKUMENTŮ JEJICHŽ PLATNOST BYLA SKONČENA PŘÍJETÍM A NABYTÍM ÚČINNOSTI NOVĚ PLATNÝCH STRATEGICKÝCH DOKUMENTŮ STOJÍ ZA ZMÍNKU:	
Národní program rozvoje vzdělávací soustavy (Bílá kniha) AKTUÁLNĚ JIŽ NENÍ PLATNÁ	
CELOŽIVOTNÍ UČENÍ	
Světová deklarace vzdělávání pro všechny	Světová deklarace vzdělání pro všechny (tzv. Jomtienská deklarace) byla přijata na Světové konferenci o výchově a vzdělávání v Thajsku (Jomtien, 1990). V této deklaraci se prohlašuje: <i>„Každý člověk – děti, mladí i dospělí – bude mít prospěch z možností, které nabízí vzdělání a které budou vytvořené uspokojením základních vzdělávacích potřeb.“</i> (Světová deklarace vzdělávání pro všechny)
Memorandum o celoživotním učení	Memorandum o celoživotním učení stanovilo budoucnost celoživotního učení. Byly v něm determinovány a zdůrazněny dva základní úkoly celoživotního učení: <ul style="list-style-type: none"> <li>- podporovat aktivní občanství</li> <li>- podporovat zaměstnatelnost</li> </ul> A definovalo také tři základní kategorie učení: formální, neformální a informální
Strategie celoživotního učení s operačními programy ČR pro období 2007-2013.	Je zde definováno samotné pojetí celoživotního učení. Hlavní strategické směry představují prioritní oblasti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uznávání a propustnost vzdělávání</li> <li>• Rovný přístup – dostupnost a rovnost v přístupu ke vzdělávacím příležitostem během celého života</li> <li>• Funkční gramotnost – rozvíjení funkční gramotnosti, dalších kompetencí včetně schopnosti učit se v průběhu celého života</li> <li>• Kvalita – podporovat zajišťování kvalitní nabídky vzdělávacích příležitostí</li> <li>• Poradenství – rozvoj informačních a poradenských služeb</li> </ul> (Dokumenty o dalším vzdělávání a celoživotním učení)

*Tab. 1 přehled strategických a koncepčních dokumentů*

Podrobnější informace o vývoji strategických, koncepčních a kurikulárních dokumentů jsou rozpracovány v následující kapitole.

## Legislativní předpisy a normy

Na strategické a koncepční dokumenty navazují legislativní předpisy. V případě zajišťování rovných příležitostí a vytváření podmínek pro uskutečňování komplexní rehabilitační péče je

nutné zmínit legislativní předpisy a normy nejen z oblasti vzdělávání, ale i z jiných sfér (např. sociální, pracovní apod.) Dále uvádíme přehled základních mezinárodních, evropských a národních předpisů v souladu s hierarchií podle právní síly. Následně se bude kapitola podrobněji věnovat legislativním předpisům a normám v oblasti školství.

## **Mezinárodní legislativní dokumenty**

---

Klíčovými mezinárodními dokumenty jsou Základní listina práv a svobod, Úmluva o právech dítěte, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením).

### ***Základní listina práva a svobod (ZLPS)***

---

Zakotvuje základní lidská práva, včetně práva na vzdělání a rovnosti před zákonem. Zajišťuje výchozí rámec ochrany lidských práv, včetně práv osob se speciálními potřebami.

ZLPS je základním kamenem ochrany lidských práv v České republice a je závazná pro všechny orgány veřejné moci. Byla přijata v roce 1991 v době ČSFR a následně po vzniku České republiky byla vyhlášena Usnesením č. 2/1993 předsednictva České národní rady. Listina je podle čl. 3 součástí ústavního pořádku České republiky.

Hlavní oblasti ZLPS

- Lidská důstojnost a rovnost: Zaručuje rovnost před zákonem a zákaz diskriminace.
- Osobní svobody: Zahrnuje právo na život, osobní svobodu, bezpečnost a ochranu soukromí.
- Politická práva: Zahrnuje svobodu projevu, právo na informace, svobodu shromažďování a sdružování.
- Sociální práva: Zahrnuje právo na práci, spravedlivé pracovní podmínky, sociální zabezpečení a ochranu zdraví.
- Kulturní práva: Zahrnuje právo na vzdělání a účast na kulturním životě.

ZLPS je rozdělena do několika hlavních kapitol:

1. **Obecná ustanovení:** Definuje základní principy a hodnoty.
2. **Lidská práva a základní svobody:** Specifikuje jednotlivá práva a svobody.
3. **Práva národnostních a etnických menšin:** Zajišťuje ochranu práv menšin.
4. **Hospodářská, sociální a kulturní práva:** Upravuje práva v oblasti práce, sociálního zabezpečení a kultury.

5. **Právo na soudní a jinou právní ochranu:** Zajišťuje právo na spravedlivý proces a právní ochranu.

(Usnesení č. 2/1993 Sb. Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod)

### *Úmluva o právech dítěte*

---

Stanovuje, že všechny činnosti týkající se dětí musí brát ohled na jejich nejlepší zájem. Jedná se o mezinárodní smlouvu přijatou Organizací spojených národů (OSN) v roce 1989.

Jménem ČSFR byla úmluva podepsána 30. 9. 1990 a v platnost vstoupila 6. 2. 1991 Sdělením federálního ministerstva zahraničních věcí 104/1991 Sb. o sjednání Úmluvy o právech dítěte.

Úmluva o právech dítěte je klíčovým dokumentem pro ochranu a prosazování práv dětí na celosvětové úrovni.

Hlavní cíle Úmluvy o právech dítěte

- **Zajištění základních práv:** Každé dítě má právo na život, přežití a rozvoj.
- **Ochrana před diskriminací:** Děti mají právo na ochranu před jakoukoli formou diskriminace.
- **Zajištění nejlepšího zájmu dítěte:** Všechny činnosti týkající se dětí by měly být prováděny s ohledem na nejlepší zájem dítěte.
- **Účast dětí:** Děti mají právo vyjádřit svůj názor ve všech záležitostech, které se jich týkají, a tyto názory by měly být brány v úvahu.

Vybrané klíčové oblasti pokryté Úmluvou

- **Právo na vzdělání:** Zajišťuje přístup ke kvalitnímu vzdělání pro všechny děti.
- **Právo na zdraví:** Zajišťuje přístup ke zdravotní péči a výživě.
- **Právo na ochranu:** Ochrana před zneužíváním, zanedbáváním a vykořisťováním.
- **Právo na rodinný život:** Podpora rodinného prostředí a ochrana před neoprávněným oddělením od rodičů.

Implementace a monitorování

- **Státní strany:** Země, které ratifikovaly úmluvu, jsou povinny přijmout opatření k jejímu naplnění.
- **Výbor pro práva dítěte:** Tento výbor monitoruje implementaci úmluvy a poskytuje doporučení státům.

(Sdělení č. 104/1991 Sb. Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte)

## *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (z anglického Convention on the Rights of Persons with Disabilities) – CRPD*

---

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (CRPD) je mezinárodní smlouva přijatá Organizací spojených národů (OSN) v roce 2006. CRPD definuje závazky států k podpoře rovnosti, důstojnosti a plného zapojení osob s postižením. Pro speciální pedagogiku je klíčová podpora inkluzivního vzdělávání a odstranění bariér.

### **Hlavní cíle** Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením CRPD

- **Rovnost a nediskriminace:** Zajišťuje, že osoby se zdravotním postižením mají stejná práva a příležitosti jako ostatní lidé.
- **Účast a začlenění:** Podporuje plnou účast osob se zdravotním postižením ve společnosti, včetně přístupu ke vzdělání, zaměstnání a veřejným službám.
- **Respekt k důstojnosti:** Uznává a respektuje důstojnost, autonomii a nezávislost osob se zdravotním postižením.

### Klíčové oblasti pokryté CRPD

- **Vzdělávání:** Zajišťuje inkluzivní vzdělávací systémy na všech úrovních a celoživotní učení.
- **Zdravotní péče:** Zajišťuje přístup k zdravotní péči, včetně rehabilitace.
- **Zaměstnání:** Podporuje zaměstnávání osob se zdravotním postižením na otevřeném trhu práce.
- **Přístupnost:** Zajišťuje přístupnost fyzického prostředí, dopravy, informací a komunikací.

### Monitorování

- Zajišťuje **Výbor pro práva osob se zdravotním postižením**. Tento výbor monitoruje implementaci úmluvy a poskytuje doporučení státům.

(Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy právech osob se zdravotním postižením)

## **Evropské legislativní dokumenty**

---

Evropské legislativní dokumenty mají pro členské státy EU, včetně České republiky, zásadní význam, neboť vytvářejí společné standardy a zajišťují jednotný právní rámec pro ochranu práv a podporu rovného zacházení. Celkový význam evropských legislativních dokumentů spočívá v:

- **Harmonizaci právních rámců:** V oblasti ochrany osob se speciálními potřebami v členských státech EU.

- **Podpoře inkluze:** Evropské normy kladou důraz na začlenění osob se speciálními vzdělávacími potřebami do společnosti, trhu práce a vzdělávacích systémů.
- **Jednotném přístupu:** Členské státy musí implementovat směrnice a nařízení do svých právních rádu, což zajišťuje minimální standardy ochrany a podpory. Mezi významné evropské dokumenty patří z pohledu speciální pedagogiky.

---

### *Směrnice EU o rovném zacházení v zaměstnání a povolání 2000/78/ES*

---

Ta má za cíl zajistit rovné zacházení v oblasti zaměstnání a povolání a zakazuje diskriminaci na základě náboženství, víry, zdravotního postižení, věku nebo sexuální orientace.

### *Základní cíle*

---

- **Zajištění rovného zacházení:** Směrnice usiluje o to, aby všichni lidé měli rovné příležitosti v zaměstnání a povolání bez ohledu na jejich osobní charakteristiky.
- **Prevence diskriminace:** Směrnice zakazuje přímou i nepřímou diskriminaci na základě výše uvedených kritérií.
- **Podpora inkluze:** Směrnice podporuje začlenění osob, které mohou být znevýhodněny, do pracovního procesu.

### *Klíčové body*

---

1. **Rozsah působnosti:** Směrnice se vztahuje na všechny osoby, veřejné i soukromé sektory, pokud jde o podmínky přístupu k zaměstnání, pracovní podmínky, odměňování, propouštění a profesní vzdělávání.
2. **Definice diskriminace:**
  - **Přímá diskriminace:** Když je s osobou zacházeno méně příznivě než s jinou osobou ve srovnatelné situaci.
  - **Nepřímá diskriminace:** Když by zdánlivě neutrální opatření, kritérium nebo praxe mohly znevýhodnit osoby určitého etnika, víry, zdravotního postižení, věku nebo sexuální orientace.
3. **Ochranná opatření:** Směrnice stanoví ochranná opatření proti odvetným opatřením vůči osobám, které si stěžují na diskriminaci nebo se účastní řízení týkajícího se diskriminace.
4. **Přiměřené úpravy:** Zaměstnavatelé jsou povinni provést přiměřené úpravy pro osoby se zdravotním postižením, aby jim umožnili přístup k zaměstnání a jeho výkon.

5. **Právní prostředky a sankce:** Členské státy musí zajistit, aby osoby, které se cítí být diskriminovány, měly přístup k právním prostředkům a aby byly stanoveny účinné, přiměřené a odrazující sankce za porušení směrnice.

### ***Nařízení (EU) 2016/697 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů***

---

Tento dokument se zaměřuje na ochranu osobních údajů fyzických osob a jejich volný pohyb. Ochrana osobních údajů stanovuje pravidla pro zpracování osobních údajů, aby byla chráněna práva a svobody jednotlivců a povinnosti správců a zpracovatelů. Nařízení pak dále definuje tzv. zvláštní kategorii osobních údajů, které jsou považovány za citlivé. Některé osobní údaje jsou takového charakteru, že mohou subjekt samy o sobě poškodit ve společnosti, v zaměstnání, ve škole či mohou zapříčinit jeho diskriminaci. Patří sem např. informace o rasovém nebo etnickém původu, o politických názorech, náboženském nebo filozofickém přesvědčení, členství v odborech, genetických či biometrických údajích, dále o zdravotním stavu, sexuálním životě nebo sexuální orientaci fyzické osoby. Zpracování těchto citlivých údajů je zakázáno, pokud nejsou splněny specifické podmínky v podobě souhlasu subjektu nebo je zpracování nezbytné pro ochranu životně důležitých zájmů daného jedince. Organizace, které osobní údaje zpracovávají, musí dodržovat přísná pravidla a povinnosti, včetně zajištění bezpečnosti údajů, vedení záznamů o zpracování a oznamování případů o porušení zabezpečení údajů. V případě nedodržení nařízení mohou být ukládány vysoké sankce.

Na tento evropský dokument navazuje v **České republice zákon č. 110/2019 Sb. zákon o zpracování osobních údajů**. (Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů)

### **Národní legislativní dokumenty**

---

Obsahem této části jsou všechny důležité dokumenty.

### ***Nařízení vlády č. 211/2010 Sb. o soustavě oborů vzdělávání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání***

---

Tento dokument stanovuje soustavu oborů vzdělávání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání a vychází z kurikulární reformy vzdělávací soustavy.

V příloze č. 1 Nařízení je přehled oborů a kategorií dosaženého vzdělání. **Z pohledu vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami je klíčová příloha č. 2, která**

**stanovuje zdravotní způsobilost uchazeče ke vzdělávání** a v numerických kategoriích 1–28 podrobně doplňuje informace k jednotlivým oborům v kolonce Zdravotní omezení.

*Ke zdravotní způsobilosti se v rámci přihlášky ke vzdělávání na SŠ v lékařském posudku vyjadřuje lékař.* (Nařízení vlády č. 211/2010 Sb. Nařízení vlády o soustavě oborů vzdělání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání)

### ***Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání (školský zákon)***

---

Zákon zajišťuje rovný přístup ke vzdělávání pro všechny občany bez diskriminace na základě rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, víry, náboženství, národnosti, etnického nebo sociálního původu, majetku, rodu, zdravotního stavu nebo jiného postavení. Vychází ze strategických dokumentů ČR, je v něm zakotvena podpora inkluzivního/společného vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP). Školský zákon také definuje podpůrná opatření, jejichž cílem je zajistit dětem se SVP adekvátní podporu. Nejpodstatnější je zde §16, 17, 18 a další (dále viz podkapitola 4.2.).

Zákon je dále upravován prováděcími vyhláškami (zákon č. 561/2004 Sb. zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

### ***Klíčové prováděcí vyhlášky vztahující se ke Školskému zákonu:***

---

**Vyhláška č. 27/ 2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných** upravuje podmínky vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Tento právní předpis konkretizuje pravidla pro poskytování podpůrných opatření, která umožňují přizpůsobit vzdělávací proces individuálním potřebám žáků.

**Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních** definuje pravidla, organizaci a obsah činnosti poradenských služeb, které zajišťují podporu žákům, studentům, rodičům a pedagogickým pracovníkům. Tato vyhláška upravuje působení školních poradenských pracovišť, jako jsou pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra, a stanovuje role jednotlivých odborníků, včetně výchovných poradců, školních psychologů a speciálních pedagogů.

Další vyhlášky specificky upravující Školský zákon:

- vyhláška č.14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání
- vyhláška č. 48/2005 Sb. o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky
- vyhláška č. 13/2005 Sb. o středním vzdělávání a vzdělávání na konzervatoři
- vyhláška č. 10/2005 Sb. o vyšším odborném vzdělávání

- vyhláška č. 422/2023 Sb. o přijímacím řízení ke střednímu vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři
- vyhláška č. 47/2005 Sb. o ukončování vzdělávání ve středních školách závěrečnou zkouškou a o ukončování vzdělávání v konzervatoři absolutoriem
- vyhláška č. 177/2009 Sb. o bližších podmínkách ukončování vzdělávání ve středních školách maturitní zkouškou

**Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících**, ve znění pozdějších předpisů, vymezuje kvalifikační požadavky pedagogů a poradenských pracovníků škol.

Nařízení vlády č. 75/2005 Sb. pak stanovuje rozsah přímé vyučovací, výchovné, speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků.

### ***Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů***

Zákon upravuje poskytování sociálních služeb v České republice. Předmětem úpravy je stanovení podmínek pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci. Nepříznivou sociální situací se rozumí oslabení nebo ztráta schopností z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, v případě dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, pro zdravotní postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení.

- **Základní zásady:**

1. Každá osoba má nárok na bezplatné základní sociální poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace.
2. Pomoc a podpora respektuje lidskou důstojnost, vychází z individuálních potřeb osob, podporuje jejich samostatnost a začleňování do společnosti.

- **Upravuje podmínky sociálních benefitů (např. příspěvek na péči)**

- **Stanovuje druhy sociálních služeb:**

1. sociálně právní poradenství,
2. služby sociální péče (např. osobní asistence, pečovatelské služby, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, respitní služby a další),
3. služby sociální prevence (raná péče, krizová pomoc, sociálně terapeutické dílny, tlumočnické služby) (zákon č. 108/2006 Sb. zákon o sociálních službách).

Prováděcí vyhláškou je **vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách**. A další související předpisy jsou **vyhláška č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory**, ve znění vyhlášky č. 156/1997 Sb. a vyhlášky č. 62/2008 Sb.

## ***Zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních***

---

Zákon č. 109/2002 Sb. je klíčovým nástrojem pro zajištění adekvátní podpory dětem v ústavní nebo ochranné výchově. Pro speciální pedagogy představuje základní rámec pro poskytování vzdělávacích, terapeutických a výchovných služeb, přičemž zdůrazňuje význam prevence, multidisciplinární spolupráce a respektu k právům a individuálním potřebám dětí.

**Účel a působnost:** Zákon stanovuje, že školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a preventivně výchovnou péči musí zajistit základní právo každého dítěte na výchovu a vzdělávání.

**Školská zařízení** (diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav) mají za úkol poskytovat preventivně výchovnou péči, působit preventivně zejména proti vzniku a rozvoji negativních projevů chování nebo narušení zdravého vývoje jedince, zmírňovat nebo odstraňovat příčiny nebo důsledky již vzniklých poruch chování a přispívat ke zdravému osobnostnímu vývoji dítěte. Umožňují tak aktivní účast ve společnosti.

**Cílová skupina:** Nezletilé osoby ve věku 3–18 let, případně do 19 let, na základě rozhodnutí soudu o ústavní nebo ochranné výchově. Nedílnou součástí je také spolupráce s rodinou: školské zařízení s rodinami spolupracují, poskytují jim pomoc, vč. rodinné terapie a nácviku rodičovských dovedností.

Charakter činnosti zařízení je **mj. preventivní**. Střediska výchovné péče (SVP) poskytují preventivně výchovnou péči, aby předcházela vzniku negativních projevů chování, a orientují se na podporu jeho zdravého vývoje (zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, 2002).

Na zákon navazuje vyhláška 458/2005 Sb., **kteřou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně-vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče**.

Střediska výchovné péče poskytují pomoc dětem, žákům a studentům, jejich rodinám, školám a také školským zařízením. Cílovou skupinu tvoří:

- Děti a žáci ve věku od 3 let do ukončení přípravy na povolání, nejdéle do 26 let věku (za specifických podmínek o rok déle). Jedná se o děti s rizikem poruch chování nebo s již rozvinutými projevy poruch chování.
- Dále jsou cílovou skupinou také rodiče, pedagogové a další osoby podílející se na výchově apod. Tito jsou chápáni jako partneři ve spolupráci.
- Do gesce střediska výchovné péče nespádají klienti s předběžným opatřením, nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovou.

Vyhláška 458/2005 Sb. Rovněž stanovuje obsah péče nabídkou služeb:

- *diagnostické* – např. diagnostika osobnosti, poruch chování, sociální diagnostika podmíněnosti etiologie,
- *preventivně výchovné* – např. činnosti zaměřená na předcházení, nápravu poruch, vč. zpracování individuálního výchovného plánu, terapeutické činnosti s dítětem, skupinou, rodinou; vypracování a realizace speciálně pedagogických a terapeutických programů vč. cílených programů pro třídní kolektivy,
- *poradenské – intervence* vč. telefonické intervence a psychologická podpora v obtížné životní situaci; poradenská činnost zaměřená na prevenci vzniku sociálně patologických jevů, na řešení problémů vzniklých již v důsledku poruch chování; poradenství poskytuje informace také směrem k volbě a zvládnutí profesní přípravy.

Dále vyhláška stanovuje kritéria přijetí a propouštění atd.

### ***Zákon č. 218/2003 Sb. zákon o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže a změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže)***

---

Zákon č. 218/2003 Sb. představuje výchozí dokument pro práci s mládeží, která se dostala do konfliktu se zákonem. Pro speciální pedagogy představuje základní rámec pro výchovnou práci, podporu prevence a reintegraci mladistvých do společnosti. Pro speciální pedagogiku představuje tento předpis podporu individuálního přístupu k mladistvým s poruchami chování nebo z rizikového prostředí, zdůrazňuje prevenci a rehabilitaci a umožňuje pedagogům aktivně spolupracovat se soudy a dalšími institucemi na návrzích výchovných opatření. Zákon také chrání práva mladistvých a umožňuje jejich začlenění do společnosti prostřednictvím vzdělávacích a výchovných programů, což odpovídá principům inkluze a speciálně pedagogického přístupu.

#### **Zákon upravuje:**

- **Odpovědnost mládeže za protiprávní činy:** Stanovuje podmínky a pravidla, podle nichž jsou děti a mladiství (osoby mladší 18 let) odpovědní za své protiprávní jednání.
- **Specifický přístup k mládeži:** Zdůrazňuje potřebu individuálního, citlivého a výchovně zaměřeného přístupu při řešení protiprávních činů mládeže.
- **Soudnictví ve věcech mládeže:** Zajišťuje specializované řízení, kde se uplatňuje prioritní hledisko výchovy a sociální rehabilitace místo čistě represivních opatření.
- **Ochranná opatření:** Definuje možnost ukládat mladistvým výchovná, ochranná a trestní opatření, jako je dohled probačního pracovníka, ochranná léčba či výchovné povinnosti.

- **Práva a ochranu mladistvých:** Zajišťuje, aby bylo s mladistvými nakládáno důstojně, s ohledem na jejich věk a potřeby.

Zákon č. 65/2017 Sb. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek upravuje opatření k ochraně před škodami působenými užíváním návykových látek. Ve vztahu ke školám a školským zařízením stanovuje zákaz:

- konzumace alkoholických nápojů a užívání tabákových výrobků ve vnějších i vnitřních prostorách všech typů škol a školských zařízení,
- vstupu a zdržování se ve školách a školských zařízeních osobě, která je zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky a je ve stavu, v němž ohrožuje sebe nebo jinou osobu, majetek nebo veřejný pořádek.

### *Zákon č. 155/1998 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob*

---

Tento zákon zajišťuje, že neslyšící a hluchoslepé osoby mají právo svobodně si zvolit komunikační systém, který nejlépe vyhovuje jejich potřebám. Jsou zde **definovány základní pojmy a komunikační systémy** – český znakový jazyk a systémy vycházející z českého jazyka (znakovaná čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda, daktylografika, Braillovo písmo s využitím taktilní formy, taktilní odezírání a vibrační metoda Tadoma).

Zákon zajišťuje, že volba komunikačního systému musí být respektována, aby se osoby neslyšící a osoby hluchoslepé mohly plnohodnotně zapojit do všech oblastí života a společnosti. Upravuje také právo rodičů na bezplatnou výuku v kursech komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob (zákon č. 155/1998 Sb. zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob).

### *Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů*

---

Tento zákon obsahuje několik důležitých ustanovení týkajících se zaměstnávání **osob se zdravotním postižením (OZP)**. Tato pravidla jsou navržena tak, aby podporovala začlenění osob se zdravotním postižením na trhu práce a zajišťovala jim rovné příležitosti. Uvádíme zde vybrané body části zákona. Zaměstnávání OZP tvoří samostatnou kapitolu zákona, je upravována v části III v § 67–§ 84.

Zákon zajišťuje **ochranu rovného zacházení a ochranu proti diskriminaci** na základě zdravotního postižení v době profesní přípravy, při přístupu k práci nebo rekvalifikaci, a to např. nabídkou specializovaných rekvalifikačních kurzů a nárokem na pracovní rehabilitaci.

Dále zákon stanovuje Příspěvky na zřízení pracovního místa, příspěvek na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním OZP a možnosti pro splnění povinnosti zaměstnávání osob se zdravotním postižením (zaměstnáním adekvátního počtu OZP, odvodem tzv. finančního plnění nebo náhradního plnění).

V závěru jsou uvedené podmínky chráněného pracovního trhu a práva a povinnosti spolupráce s Úřadem práce.

## **Vývoj inkluzivního vzdělávání v kontextu vzniku a implementace koncepčních, legislativních a kurikulárních dokumentů v ČR**

---

Události roku 1989 v České republice vnesly do oblasti vzdělávání zcela nové pohledy. Došlo k výrazným změnám v politické, hospodářské a ekonomické situaci, které se postupně odrážely i ve vzdělávání. Informace, které se k nám dostávaly ze zahraničí, vedly ke změnám v náhledu na vzdělávání žáků obecně i žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Začleňování těchto žáků v české legislativě prošlo od 90. let 20. století významnými změnami, které měly za cíl podporovat integraci žáků do běžných škol. Výraznou změnu přinesla vyhláška MŠMT č. 291/1991 o základní škole, která umožnila vzdělávání žáků se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a vadami řeči v běžných třídách základních škol, přičemž stanovila jasné podmínky zařazení žáka (§ 3 odst. 4, 5). Dalším krokem k naplnění integrovaného vzdělávání byla možnost zřizování speciálních tříd pro žáky se smyslovým, tělesným, mentálním postižením, vadami řeči a autismem. Pro žáky se specifickými poruchami učení byly zřizovány specializované třídy. Kromě toho vyhláška uváděla možnost zřizování vyrovnávacích tříd pro žáky s opožděným vývojem, u kterých hrozila školní neúspěšnost. Zakládání těchto tříd bylo v kompetenci ředitele školy. Protože stále platil školský zákon z roku 1984, který primárně nepodporoval integraci, bylo v průběhu 90. let a těsně po roce 2000 vydáno několik metodických pokynů a směrnic, které upravovaly vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v běžném vzdělávacím proudu.

V roce 2001 vychází Národní program rozvoje vzdělávání v České republice (dále Bílá kniha). Zde se poprvé objevují termíny jako Rámcové vzdělávací programy (dále RVP) a Školní vzdělávací programy (dále ŠVP), které se následně uplatňují ve školském zákoně.

### **Kurikulární dokumenty**

---

Rámcový vzdělávací program je centrální kurikulární dokument, který stanovuje závazné požadavky pro jednotlivé stupně a obory vzdělávání a stanovuje pravidla pro tvorbu školních vzdělávacích programů. Rámcové vzdělávací programy prošly svým vývojem a byly několikrát

modifikovány a doplňovány. V tabulce č. 2 uvádíme přehled vybraných RVP pro jednotlivé stupně škol:

Stupeň školy	Aktuální platnost od
RVP pro předškolní vzdělávání	1. 9. 2021
RVP pro základní vzdělávání	1. 9. 2023
RVP pro obor vzdělávání základní škola speciální	1. 9. 2008
RVP pro gymnázia	1. 9. 2022
RVP pro základní umělecké vzdělávání	1. 9. 2010

*Tab. 2 přehled rámcových vzdělávacích programů*

Pro jednotlivé typy odborných středních škol existují samostatné RVP, které lze dohledat na webových stránkách MŠMT (Databáze RVP SOV od 1. 9. 2023, edu.cz). Pro praktické školy, které vzdělávají primárně žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (dále SVP), jsou určeny RVP pro obor vzdělávání praktická škola jednoletá a RVP pro obor vzdělávání praktická škola dvouletá.

V jednotlivých RVP (kromě RVP pro speciální vzdělávání) je samostatná část věnovaná vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Na základě pravidel stanovených v rámcových vzdělávacích programech si jednotlivé školy vytvářejí svůj školní vzdělávací program, který musí být v souladu s daným RVP, přičemž respektuje specifika dané školy.

## **Vzdělávání žáků a studentů se speciálními potřebami na různých úrovních školství: legislativní aspekty a jejich dopady**

Vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je jedním z klíčových prvků inkluzivního vzdělávacího systému. Tato podkapitola se zaměřuje na specifika vzdělávání na úrovni základních, středních a vysokých škol v kontextu platných právních předpisů. Popisuje, jak legislativa podporuje přístupnost, rovné příležitosti a individuální přístup k potřebám jednotlivých žáků a studentů, a zároveň reflektuje praktické dopady těchto úprav na organizaci vzdělávání v českém školském systému.

1. **Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) č. 561/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů** stanovuje podmínky výchovy a vzdělávání v předškolních, základních, středních a vyšších odborných a některých jiných školách a školských zařízeních. Vymezuje základní práva a povinnosti fyzických a právnických osob při vzdělávání, stanovuje působnost orgánů,

kteří vykonávající státní správu a samosprávu ve školství. Mezi základní zásady vzdělávání patří *zásada rovného přístupu každého státního občana České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace a zohledňování jeho vzdělávacích potřeb*. Z výše uvedeného plyne, že také žáci se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na maximální rozvoj svých schopností. K tomu však slouží soubor opatření, který je možno využívat. Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných upravují § 16–19 školského zákona. V § 16 je jasně definován jedinec se speciálními vzdělávacími potřebami. Specifikace žáka se speciálními vzdělávacími potřebami prošla vývojem. V původním školském zákoně platném od 1. 1. 2005 byla stanovena klasifikace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami:

- *žák se zdravotním postižením,*
- *zdravotním znevýhodněním,*
- *sociálním znevýhodněním.*

2. Novela školského zákona č. 82/2015 Sb., občas nazývána jako „inkluzivní novela“, přinesla změnu v chápání osob se speciálními vzdělávacími potřebami. V současné době je tedy označení specifikováno následovně: *„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.“* Podpůrná opatření se dělí do 5 stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti, přičemž stanovení 1. stupně podpůrných opatření je zcela v kompetenci pracovníků školy a nastavení 2.–5. stupně podpůrných opatření je v gesci školských poradenských zařízení. Podpůrná opatření využívají děti a žáci se speciálními vzdělávacími potřebami dle svých aktuálních potřeb (např. zdravotního stavu, životních podmínek apod.). Školský zákon v § 16 odst. b uvádí přehled podpůrných opatření:

- poradenská pomoc školy a školského poradenského zařízení,
- úprava organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče

a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky,

- úprava podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání,
- použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob, Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů,
- úprava očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy,
- vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu,
- využití asistenta pedagoga,
- využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících dítěti, žákovi nebo studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů,
- poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených.

Bližší specifikaci jednotlivých podpůrných opatření uvádí ve svých přílohách vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných č. 27/2016 Sb.

Přestože je v současné době preferováno inkluzivní vzdělávání, je stále určitá skupina dětí a žáků, kterým tato forma vzdělávání nevyhovuje a jejich zdravotní stav vyžaduje speciální vzdělávání. Tato skupina žáků je legislativně ošetřena v § 16 odst. 9 školského zákona, kde je uvedeno, že je možné zřizovat samostatné školy, třídy, oddělení a studijní skupiny pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem. Zařazení do takovéto školy (třídy, oddělení a skupiny) lze pouze tehdy, jestliže podpůrná opatření nepostačují, popř. by nepostačovala k naplnění jejich vzdělávacích potřeb. Doporučení k zařazení vydává školské poradenské zařízení a je nezbytná písemná žádost zákonného zástupce nebo zletilého žáka / studenta.

Výraznou podporou dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami může být vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (dále IVP). Tato možnost je uvedena v § 18 školského zákona, kde je řečeno, že ředitel školy může s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit IVP nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi nebo studentovi

se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na jeho žádost o vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. Ve vyhlášce č. 27/2016 Sb. je specifikováno, že *„individuální vzdělávací plán zpracovává škola, vyžadují-li to speciální vzdělávací potřeby žáka. Individuální vzdělávací plán se zpracovává na základě doporučení školského poradenského zařízení. Individuální vzdělávací plán školského poradenského zařízení zpravidla nedoporučuje, pokud jsou všechny informace podstatné pro vzdělávání žáka uvedeny v doporučení podle § 15“*. Pokud je IVP zpracován, vychází ze ŠVP a je závazným dokumentem pro zajištění speciálních potřeb žáka, který je součástí dokumentace žáka ve školní matrice.

Vyhláška č. 27/2016 Sb. specifikuje celkové nastavování podpůrných opatření 1. stupně (§ 10) a 2.–5. stupně (§ 11). Důležitou informací, kterou vyhláška předkládá, jsou počty žáků ve třídách. *„Ve třídě, oddělení nebo studijní skupině se může vzdělávat zpravidla nejvýše 5 žáků se speciálními vzdělávacími potřebami s přiznanými podpůrnými opatřeními druhého až pátého stupně, a to s přihlédnutím ke skladbě těchto podpůrných opatření a povaze speciálních vzdělávacích potřeb žáků“*, přičemž počet žáků s SVP nesmí přesáhnout jednu třetinu žáků ve třídě. (§ 17. odst. 1, 2). Pokud se jedná o třídu zřízenou podle § 16 odst. 9 školského zákona, je situace jiná. Zde je možné vzdělávat 6–14 žáků s přihlédnutím k věku a jejich speciálním vzdělávacím potřebám. *„Pokud z doporučení školského poradenského zařízení vyplývá, že by počet žáků nepostačoval k naplňování jejich vzdělávacích možností a k uplatnění jejich práva na vzdělávání, má třída, oddělení a studijní skupina nejméně 4 a nejvíce 6 žáků“* (§ 25 odst. 1). Samostatná škola zřízená podle § 16 odst. 9 školského zákona má nejméně 10 žáků.

## **Průběh předškolního vzdělávání**

---

Předškolní vzdělávání je koncipováno tak, aby podporovalo všestranný rozvoj osobnosti dítěte a připravilo dítě na úspěšný vstup do základní školy. Do mateřské školy je možné zapsat dítě od 2 let věku, přičemž dítě mladší 3 let nemá na přijetí do mateřské školy právní nárok (§ 34 ŠZ). Od školního roku 2017/2018 je v ČR poslední rok předškolního vzdělávání povinný. Povinné předškolní vzdělávání má formu pravidelné denní docházky v rozsahu 4 hodin (§ 1c vyhlášky č. 14/2005 Sb.). V § 24a odst. 5 stanovuje školský zákon i jiné formy plnění povinného vzdělávání:

- individuální vzdělávání, které se realizuje bez pravidelné docházky do mateřské školy,
- vzdělávání v přípravné třídě základní školy a v přípravném stupni základní školy speciální,

- vzdělávání v zahraniční škole na území České republiky, ve které ministerstvo povolilo plnění povinné školní docházky dle § 38a ŠZ.

Třída mateřské školy se naplňuje do počtu 24 dětí (§ 2 odst. 3 vyhlášky č. 14/2005 Sb.). Je-li ve třídě dítě s priznanými podpůrnými opatřeními 4. a 5. stupně, popř. 3. stupně u dítěte s mentálním postižením, snižuje se celkový počet o 2 děti. Pokud je ve třídě dítě s priznanými podpůrnými opatřeními 3. stupně a nejedná se o dítě s mentálním postižením, snižuje se celkový počet o 1 dítě. Celkově lze snížit počet dětí o 5 (§ 2 odst. 5 vyhlášky č. 14/2005 Sb.). Děti se zdravotním oslabením a děti dlouhodobě nemocné se mohou vzdělávat v mateřské škole při zdravotnickém zařízení. K zařazení do této mateřské školy se vyžaduje doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce dítěte (§ 1b odst. 1 a 2 vyhlášky č. 14/2005 Sb.).

## **Průběh povinné školní docházky**

---

Školní docházka v České republice je povinná po dobu 9 let. Dítě nastupuje do základního vzdělávání, pokud v daném roce dosáhne 6 let nejpozději 31. 8. Školský zákon stanovuje výjimky, kdy žák může nastoupit do základního vzdělávání dříve. Podmínky dřívějšího nástupu jsou uvedeny v § 36 odst. 3. V dané věkové kategorii se však vyskytují i děti, které nejsou pro vstup do základního vzdělávání připraveny. Těmto dětem je umožněn odklad, popř. dodatečný odklad povinné školní docházky (§ 37 ŠZ). Žák může plnit povinnou školní docházku v základní škole, střední škole, popř. zahraniční škole (§ 36, 38, 39 ŠZ). Povinná školní docházka je splněna po 9 letech, nejpozději do konce školního roku, v němž žák dosáhne 17 let (§ 36 odst. 1 ŠZ), výjimečně do 18 let (§ 55 ŠZ). Po ukončení vzdělávacího programu základního vzdělávání získá žák *základní vzdělání* (§ 45 ŠZ).

Přestože se v současné době se upřednostňuje inkluzivní přístup ve vzdělávání, existují žáci, jejichž zdravotní stav vyžaduje jiné formy vzdělávání. Jedná se zejména o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří jsou specifikováni v § 16 odst. 9 školského zákona. Pro zmíněné žáky je možné zřízovat samostatné třídy a školy s upraveným vzdělávacím programem (§ 46 odst. 3). Žák může být převeden do školy zřízené podle § 16 odst. 9 ŠZ na základně písemného doporučení školského poradenského zařízení a s předchozím souhlasem zákonného zástupce (§ 49 odst. 2 ŠZ). Specifika ve vzdělávání se objevují u žáků s mentálním postižením (§ 48 ŠZ), kteří mohou navštěvovat základní školu speciální. Základní škola speciální má 10 ročníků a její součástí může být i přípravný stupeň (§ 48a ŠZ). U žáků vzdělávajících se ve vzdělávacím programu základní školy speciální může ředitel školy se souhlasem zřizovatele povolit pokračování v základním vzdělávání do dvacátého šestého roku věku. (§ 55 odst. 2 ŠZ). Po ukončení vzdělávacího programu základní školy speciální žák získá *základy vzdělání*. Kromě

výše uvedených forem stanovuje školský zákon i jiný způsob plnění školní docházky. Jedná se o individuální vzdělávání, které nevyžaduje pravidelnou účast ve vyučování ve škole, a vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením. Bližší specifikaci těchto forem najdeme v § 41 a 42 ŠZ.

## **Specifika vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na středních školách**

---

Možnosti vzdělávání žáků na středních školách je upraveno školským zákonem ve čtvrté části. Cílem vzdělávání je rozvíjet „*vědomosti, dovednosti, schopnosti, postoje a hodnoty získané v základním vzdělávání důležité pro osobní rozvoj jedince. Poskytuje žákům obsahově širší všeobecné vzdělání nebo odborné vzdělání spojené se všeobecným vzděláním a upevňuje jejich hodnotovou orientaci. Střední vzdělávání dále vytváří předpoklady pro plnoprávný osobní a občanský život, samostatné získávání informací a celoživotní učení, pokračování v navazujícím vzdělávání a přípravu pro výkon povolání nebo pracovní činnosti*“ (§ 57 odst. 1).

Středoškolské vzdělání má 3 stupně (§ 58 ŠZ):

- střední vzdělání,
- střední vzdělání s výučním listem,
- střední vzdělání s maturitou.

„*Ke vzdělávání ve střední škole lze přijmout uchazeče, který splnil povinnou školní docházku nebo úspěšně ukončil základní vzdělávání, pokud tento zákon nestanoví jinak, a který při přijímacím řízení splnil podmínky pro přijetí prokázáním zdravotní způsobilosti, stanoví-li tak nařízení vlády upravující soustavu oborů vzdělání, a vhodných schopností, vědomostí a zájmů*“ (§ 59 odst. 1 ŠZ). Podmínky přijímacího řízení upravuje vyhláška o přijímacím řízení ke střednímu vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři č. 422/2023 Sb. V § 24 je podrobně

charakterizováno uzpůsobení podmínek pro uchazeče se speciálními vzdělávacími potřebami.

„*Uchazeči se speciálními vzdělávacími potřebami ředitel školy upraví podmínky přijímacího řízení a uzpůsobí konání přijímací zkoušky podle doporučení školského poradenského zařízení.*“ (§ 24 odst. 1) Uchazeči se speciálními vzdělávacími potřebami se dělí do kategorií

podle druhů znevýhodnění, které jsou uvedeny v příloze 1 vyhlášky č. 422/2023 Sb. U uchazeče se speciálními potřebami může být na základě doporučení školského poradenského zařízení přítomna u přijímací zkoušky podporující osoba. Výčet konkrétních činností je uveden v § 25 odst. 2 vyhlášky č. 422/2023 Sb. V průběhu vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami ve střední škole se řídíme doporučením příslušného školského poradenského

zařízení. Pracovníci ŠPZ vystavují také doporučení k uzpůsobení podmínek maturitní zkoušky. Ty jsou podrobně uvedeny ve *Vyhlášce o bližších podmínkách ukončování vzdělávání ve středních školách maturitní zkouškou č. 177/2009 Sb.* „Doporučení k přiznání uzpůsobení podmínek pro konání maturitní zkoušky vydané školským poradenským zařízením obsahuje uvedení kategorie a skupiny podle přílohy č. 2 k této vyhlášce. Doporučení je platné nejdéle 2 roky od data vydání.“ (§ 20 odst. 1 vyhlášky 177/2009 Sb.) Kategorizace žáků je uvedena v příloze 2 vyhlášky. „Žáci s přiznaným uzpůsobením podmínek pro konání maturitní zkoušky mají podle závažnosti svého znevýhodnění právo na úpravu prostředí, navýšení časového limitu, obsahové a formální úpravy zadání zkoušek společné a profilové části maturitní zkoušky, odlišnosti v hodnocení, použití kompenzačních pomůcek, tlumočení a technickou nebo speciálně pedagogickou asistenci a přepis řešení zkoušek do záznamových archů v souladu s doporučením podle odstavce 1. Podrobnější vymezení těchto služeb je uvedeno v příloze č. 3 k této vyhlášce.“ (§ 20 odst. 5 vyhlášky 177/2009 Sb.)

## **Poradenský systém v základním a středním vzdělávání**

---

Významnou roli v legislativních dokumentech, které zajišťují efektivní vzdělávání žáků se SVP, má *vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních č. 72/2005 Sb.* Pro žáky s rizikem chování nebo již rozvinutými poruchami chování jsou poradenské služby poskytovány střediskem výchovné péče, které jsou specifikovány ve vyhlášce č. 458/2005 Sb. Poradenské služby ve školách a školských poradenských zařízeních jsou poskytovány bezplatně, a to nejen dětem, žákům a studentům, ale také jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Ve škole jsou poradenské služby zajišťovány pracovníky školního poradenského pracoviště, což upřesňuje vyhláška č. 72/2005 Sb. v § 7: „Ředitel základní, střední a vyšší odborné školy zabezpečuje poskytování poradenských služeb ve škole školním poradenským pracovištěm, ve kterém působí zpravidla výchovný poradce a školní metodik prevence, kteří spolupracují zejména s třídními učiteli, učiteli výchov, případně s dalšími pedagogickými pracovníky školy. Poskytování poradenských služeb ve škole může být zajišťováno i školním psychologem nebo školním speciálním pedagogem.“ Obsahová náplň práce jednotlivých pracovníků je uvedena v přílohách vyhlášky. Do budoucna je možné, že se poradenské pracoviště rozšíří o další pracovníky, např. o školského logopeda, který je již uveden v *Zákoně o pedagogických pracovních č. 563/2004 Sb. § 18a.* Již v současné době v některých základních školách působí sociální pedagog, který je zde zařazen v rámci nejrůznějších projektů. Rozsah jeho činností byl na základě dosavadních zkušeností specifikován do následujících oblastí: prevence rizikového a problémového chování, sociálně

pedagogická činnost, spolupráce se sítí podpory, terénní sociální práce, podpora žáků ohrožených školním neúspěchem, krizová intervence ve škole, metodická podpora pedagogů, informační činnost a vedení dokumentace. Na rozdíl od stávajících poradenských pracovníků je žádoucí, aby sociální pedagog pracoval i jako terénní pracovník (Červeňáková et al., 2019). Mezi základní školská poradenská zařízení řadíme pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. Ve vyhlášce č. 72/2005 Sb. v § 7 odst. 1 a 2 je uvedeno: „*Poradna poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou a speciálně pedagogickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků. Činnost poradny se uskutečňuje ambulantně na pracovišti poradny a návštěvami zaměstnanců právnické osoby vykonávající činnost poradny ve školách a školských zařízeních.*“ Naproti tomu speciálně pedagogická centra mají užší specializaci a poskytují „*poradenské služby zejména při výchově a vzdělávání žáků s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem*“ (vyhláška č. 72/2005 Sb. § 6 odst. 1). Přestože obě tato zařízení mají odlišné cílové skupiny, obsahová náplň jejich činností je obdobná. Jedná se o zjišťování připravenosti žáků na povinnou školní docházku, zjišťování speciálně pedagogických potřeb žáků, vystavování zpráv a doporučení, poskytování poradenských služeb a metodické podpory. Konkrétní obsahová náplň jednotlivých školských poradenských zařízení je uvedena v přílohách vyhlášky č. 72/2005 Sb.

## **Podpora osobám se specifickými potřebami v průběhu vysokoškolského vzdělávání**

---

V průběhu 90. let 20. století se i na vysoké školy hlásili uchazeči, kteří měli zdravotní postižení, a vysoké školy se s tímto faktem musely nějakým způsobem vyrovnat. Na jednotlivých vysokých školách tedy vznikala různá centra podpory, která v rámci svých možností poskytovala podporu studentům s postižením. Financování pracovníků, kteří podporu studentům poskytovali, bylo různé, a realizovalo se zejména prostřednictvím projektů. Po opakovaných diskusích, které probíhaly mezi odborníky vysokých škol a pracovníky ministerstva školství, byl vydán Metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. j. 23 728/2011-30 pro financování zvýšených nákladů na studium studentů se specifickými potřebami vyplývajících ze zdravotního postižení (dále Metodický pokyn). Ten vychází také z úkolů, které byly stanoveny v Národním plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014. Zde byla v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením zdůrazněna nutnost vytváření jasných podmínek na vysokých

školách, které by nabízely možnosti studia zdravotně postiženým studentům. Primárním úkolem při řešení dané problematiky bylo dosažení jistého konsensu týkajícího se jednotné terminologie. V současné platné legislativě ČR vedeme studenty se zdravotním postižením jako studenty se specifickými potřebami, kteří jsou zařazováni podle nutné podpory do kategorií. V průběhu uplynulých 20 let se i tato klasifikace postupně upravovala. V současné době již výše uvedený Metodický pokyn neplatí, podpora studentům se specifickými potřebami je ukotvena v *Pravidlech pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy*, která jsou vydávána pro každý kalendářní rok. Přílohu 3 tvoří Metodický pokyn k financování zvýšených nákladů na studium studentů se specifickými potřebami. Zde jsou uvedeny základní kategorie studentů se specifickými potřebami a přehled servisních opatření, které jim lze poskytnout.

Kategorie	Podkategorie	Charakteristika	Servisní opatření
A	A 1	Uživatel zraku Student, jehož zraková vada stále umožňuje práci zrakem (a to i s textem), s běžnými formáty dokumentů, včetně vizuálních. Úprava obrazu spočívá ve zvětšování nebo jiných změnách optického charakteru, není třeba využívat odečítače obrazovky.	Zpracování studijní literatury Individuální výuka Osobní asistence Prostorová orientace Časová kompenzace
	A 2	Uživatel hmatu/hlasu Student, který pracuje buď s hmatově tištěnými dokumenty, nebo s odečítači obrazovky (v kombinaci s hmatovým displejem nebo hlasovým výstupem), a tedy vyžaduje editovatelný formát textového dokumentu, příp. dokument obsahově i formálně adaptovaný.	Zpracování studijní literatury Individuální výuka Studijní asistence Osobní asistence Prostorová orientace Časová kompenzace
B	B 1	Uživatel mluveného jazyka Student se sluchovým postižením, který v interpersonální komunikaci preferuje mluvený jazyk (tzn. nejčastěji češtinu) v mluvené nebo psané podobě.	Přepisovatelský zapisovatelský servis Individuální výuka Studijní asistence Časová kompenzace

	B 2	Uživatel znakového jazyka Student se sluchovým postižením, který v interpersonální komunikaci preferuje znakový jazyk (tzn. nejčastěji český znakový jazyk).	Přepisovatelský zapisovatelský servis Tlumočnický servis Individuální výuka Studijní asistence Časová kompenzace
C	C 1	Student s postižením dolních končetin Student, který, s ohledem na své pohybové postižení, ke svému samostatnému pohybu nezbytně potřebuje a využívá dalších osobních zařízení, ať už se jedná o opěrné hole, nebo mechanické či elektrické vozíky.	Individuální výuka Osobní asistence Prostorová orientace
	C 2	Student s postižením horních končetin Student, který je schopen horními končetinami vykonávat jen v omezené míře nebo za použití speciálních pomůcek či modifikovaných postupů činnosti, které se se studiem běžně spojují, jako je pořizování poznámek vlastní rukou, příp. i na klávesnici, manipulace s předměty a zařízeními, které jsou nezbytné pro plnění studijních povinností (fyzické knihy, psací potřeby, přístrojová technika atd.), příp. manipulace s předměty běžné denní potřeby.	Zpracování studijní literatury Individuální výuka Studijní asistence Osobní asistence Časová kompenzace
D		Student se specifickými vývojovými poruchami učení Student, kterému dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, příp. často souběžně se vyskytující poruchy pozornosti objektivně brání standardním způsobem plnit studijní povinnosti.	Zpracování studijní literatury Individuální výuka Studijní asistence Časová kompenzace

E		Student s poruchou autistického spektra Student, kterému neurovývojová porucha autistického spektra, včetně Aspergerova syndromu, objektivně brání standardním způsobem plnit studijní povinnosti.	Individuální výuka Studijní asistence Osobní asistence Prostorová orientace Časová kompenzace
F		Student s jinými obtížemi Student, kterému jiná psychická porucha či obtíže, včetně neautistických neurovývojových poruch, tj. narušených jazykových, řečových a jiných komunikačních schopností, nebo chronické somatické onemocnění objektivně brání standardním způsobem plnit studijní povinnosti	Individuální výuka Osobní asistence Prostorová orientace Časová kompenzace

Tab. 3 kategorie studentů se specifickými potřebami a jednotlivá servisní opatření

## Závěr

Legislativní úprava podpory osob se speciálními potřebami je nezbytná na všech úrovních (zdravotní, sociální, vzdělávací, pracovní). Postupné změny v českých právních normách jsou odrazem mezinárodních a evropských koncepčních, strategických a legislativních dokumentů, které se zabývají naplňováním potřeb osob se speciálními potřebami a jejich maximálním začleněním do běžného života. Úprava českých právních norem reaguje na aktuální sociální a politické změny. Respektujícím faktorem při novelizacích zákonů by měla být také reflexe, kterou poskytuje konkrétní praxe. Pro speciální pedagogy je proto nezbytné sledovat návrhy změn zákonů a vyhlášek a aktivně se zapojit do jejich připomínkování tak, aby konečné znění zákona bylo pro aplikaci v praxi optimální.

## Literatura

Červeňáková, A., Figelová, J., Nováková, M., Pinterová, K., Svačinová, E., Pecková Svitáková, L., Šidlovská, J., & Tobola, K. (2019). *Metodika pro školní sociální pedagogy*. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (n.d.). *Dlouhodobý záměr rozvoje vzdělávací soustavy České republiky*. Dostupné z <https://msmt.gov.cz/file/61987/>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (n.d.). *Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2030+*. Dostupné z <https://msmt.gov.cz/file/61987/>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (n.d.). *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027*. Dostupné z [https://msmt.gov.cz/uploads/narodni\\_strategie\\_primarni\\_prevence\\_2019\\_27.pdf](https://msmt.gov.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (n.d.). *Světová deklarace vzdělávání pro všechny*. Dostupné z <https://msmt.gov.cz/file/3797>

Centrum pro zjišťování výsledků vzdělávání. (n.d.). *Úpravy podmínek zkoušky*. Dostupné z <https://maturita.ceremat.cz/menu/upravy-podminek-zkousky>

Evropský parlament a Rada Evropské unie. (2016). *Nářízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)*. Dostupné z <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

Federální ministerstvo zahraničních věcí. (1991). *Sdělení č. 104/1991 Sb. Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte*. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-104>

*Metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. j. 23 728/2011-30 pro financování zvýšených nákladů na studium studentů se specifickými potřebami vyplývajícími ze zdravotního postižení*. Dostupné z [https://msmt.gov.cz/uploads/narodni\\_strategie\\_primarni\\_prevence\\_2019\\_27.pdf](https://msmt.gov.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (n.d.). *Dokumenty o dalším vzdělávání a celoživotním učení*. Dostupné z <https://msmt.gov.cz/vzdelavani/dalsi-vzdelavani/dokumenty-o-dalsim-vzdelavani-a-celozivotnim-uceni-1>

*Národní program rozvoje vzdělávání v České republice*. Dostupné z <https://msmt.gov.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/bila-kniha-narodni-program-rozvoje-vzdelani-v-cr>

*Rámcové vzdělávací programy pro speciální vzdělávání*. Dostupné z <https://www.edu.cz/rvp-ramcove-vzdelavaci-programy/ramcove-vzdelavaci-programy-pro-specialni-vzdelavani/>

*Vyhláška č. 177/2009 Sb. o bližších podmínkách ukončování vzdělávání ve středních školách maturitní zkouškou*. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-177>

*Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

*Vyhláška č. 291/1991 Sb. o základní škole.* Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-291>

*Vyhláška č. 422/2023 Sb. o přijímacím řízení ke střednímu vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři.* Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2023-42>

*Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.* Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

*Zákon č. 109/2002 Sb. Zákon o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních.* Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>

*Zákon č. 561/2004 Sb. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).* Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

*Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících.* Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563>

# Speciální pedagogika osob s poruchou vývoje intelektu

doc. PaedDr. Petr Franiok, Ph.D.

Pro oblast speciální pedagogiky osob (dětí, žáků, dospělých osob) s poruchou vývoje intelektu je v České republice vžitý název psychopedie. Jakkoliv se nám tento název může jevit v současné době jako zastaralý, má i dnes určité opodstatnění zejména pro svou jednoslovnost a flexibilitu v hovorovém jazyce. Text obsahuje **základní poznatky** z oblasti problematiky osob s poruchami vývoje intelektu, charakterizuje klíčové termíny a podává elementární informace nezbytné pro orientaci v dané oblasti. Tvoří tak **teoretickou základnu** jednotlivých témat, se kterými se studenti a studentky budou v průběhu výuky setkávat.

## Charakteristika

Speciální pedagogika osob s poruchami vývoje intelektu – psychopedie je jedna ze **speciálně pedagogických subdisciplín**. Pokud se ji pokusíme charakterizovat, musíme nutně vyjít z faktu, že se jedná o speciálněpedagogickou disciplínu a jejím vyústěním musí být **výchova a vzdělávání**. V odborných pramenech nalezneme řadu charakteristik psychopedie, některé rozsáhlejší, některé méně rozsáhlé. Výchova a vzdělávání je však jejich společným jmenovatelem. To, na koho se pak tato disciplína v rámci edukačního procesu zaměřuje, poznáme z etymologie názvu samotného. Ten vznikl ze starořeckého **psyché** – duše (volněji přeloženo) – a dalšího starořeckého slova **paidea** – výchova. Cílovou skupinou jsou v nejširším smyslu **osoby s poruchou vývoje intelektu**.

Charakteristiky psychopedie, pedagogiky osob s poruchou vývoje intelektu, najdeme v českém prostředí různé. Např. v dobře dostupném pramenu, kterým je Pedagogický slovník a Pedagogická encyklopedie (Průcha a kol., 2009, s. 712) je uvedeno: „**Psychopedie je jeden z oborů speciální pedagogiky, který se zabývá rozvojem, výchovou a vzděláváním osob s mentálním postižením.**“ Valenta a kol. (2014, s. 21) uvádí **psychopedii jako speciálně pedagogickou disciplínu s určitým přesahem ve prospěch multidisciplinarity, zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem osob s mentálním a duševním postižením a snahou o jejich plné začlenění (edukativní, pracovní, sociální) do společnosti.** Za osobu s poruchou

vývoje intelektu (mentálním postižením) pak, zcela v souladu se současnými speciálněpedagogickými tendencemi, považujeme jedince v jakémkoliv věku s poruchou vývoje intelektu jakéhokoliv stupně a etiologie. Terminologii je věnováno jiné místo této kapitoly. Zde pokládáme za nutné zdůraznit, že termín „osoba s poruchou vývoje intelektu“ (mentálním postižením) v sobě zahrnuje jak jedince s mírnou (lehkou) poruchou vývoje intelektu, tak jedince s těžkou až hlubokou poruchou vývoje intelektu.

Etiologická variabilita může, ale nutně nemusí mít dopad na život těchto osob v období dětství, dospívání či dospělosti. Vedle nového termínu porucha vývoje intelektu se stále užívá termín mentální postižení. V češtině v posledních přibližně 50 letech je hojně používán další termín (do češtiny bezprostředně přejatý z anglického jazyka), a to mentální retardace. Pro zjednodušení lze s určitou mírou tolerance na úvod konstatovat, že jde o pojmy v češtině zatím stále chápané jako synonymní (souznačné), třebaže v současném, zejména anglosaském, světě se již poměrně striktně dbá na jejich etymologické rozlišení.

Jestliže v současnosti uvažujeme o speciální pedagogice osob s poruchami vývoje intelektu (psychopedii) jako o samostatné speciálněpedagogické disciplíně, je nutné si uvědomit, že tomu tak nebylo vždy. Samotný dosud stále používaný název psychopedie se objevuje v české a československé speciální pedagogice od 50. let 20. století. Nicméně problematikou výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením se zabývali odborníci (lékaři, psychologové, pedagogové) v českých zemích již od 70. let 19. století. Širší vědecký základ dostává bádání o osobách s poruchami vývoje intelektu – mentálním postižením (osobách slabomyslných, řečeno dobovou terminologií) až od 2. desetiletí 20. století. Problematika výchovy a vzdělávání osob s poruchami vývoje intelektu byla vnímána v československém kontextu 20. a 30. let 20. století jako zcela zásadní pro nově se rozvíjející obor pedopatologie (tehdejší termín pro obor speciální pedagogika).

Z dnešního pohledu je zřejmé, že speciální pedagogika osob s poruchami vývoje intelektu (psychopedie) je v zásadě konstituující disciplínou oboru speciální pedagogika. Na osoby s poruchami vývoje intelektu musíme nahlížet jako na jedince, kteří jsou předmětem zájmu uvedené subdisciplíny. Multidisciplinární přístup k těmto osobám se uplatňuje v průběhu jejich celého života.

## **Základní terminologie**

---

V současné době není terminologie v oblasti osob s poruchami vývoje intelektu, psychopedie, zcela jednotná, což ztěžuje orientaci v této problematice. Za základní termíny je nutné považovat hned několik variant: **porucha vývoje intelektu**, mentální postižení, mentální

retardace a přeneseně „osoba / dítě / žák s poruchou vývoje intelektu“, a to primárně proto, že zahrnuje všechny varianty mentálního postižení, resp. všechny osoby s různou mírou poruchou vývoje intelektu. Další ve speciálněpedagogické teorii a praxi používané termíny (zrovna tak i v tzv. spolupracujících oborech), které však již vyjadřují míru či stupeň mentálního deficitu, tedy poruchy vývoje intelektu. Pojem mentální postižení je používán v české psychopedii jako základní odborný termín od 90. let 20. století. V rovině čistě odborné bylo jeho používání v podstatě přejato z angličtiny. V současnosti je tento termín nahrazován novým termínem porucha vývoje intelektu (závazně od r. 2027) a uvedený termín bude vnímán jako pojem „zastřešující“, tzn. všeobecný. Podstatně delší historii má pojem, který mu předcházela (zejména v západoevropských zemích a v USA), a to pojem **mentální retardace**. Tento pojem je z etymologického hlediska vymezen poněkud přesněji než pojem mentální postižení.

Pojem mentální retardace znamená v překladu opožděnost rozumového vývoje (latinsky mens – mysl, rozum; retardace – opožděnost; retardare – opožďovati se) a byl přijat z mezinárodní nomenklatury podle návrhu Světové zdravotnické organizace v roce 1959. Mentálně postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi zdravotně postiženými. Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Uvádí se, že mentální retardací je postiženo asi 3 % občanů (Švarcová, 2000, s. 32). Vedle toho uvádí Švarcová, že výskyt dětí školního věku, které se jeví jako intelektově podprůměrné, se pohybuje kolem 15 %. Na mentální retardaci (mentální postižení) se nazíralo v minulých desetiletích z různých úhlů pohledu. Při nazírání na mentální retardaci do konce 50. let našeho století jednoznačně dominovalo nazírání zdůrazňující diferenciaci ve výši inteligenčního kvocientu. Teprve 60. léta a s nimi spojená, zejména v USA a v západní Evropě, probíhající kritika některých psychologických a psychometrických metod, uplatňovaných při stanovování inteligenčního kvocientu, přinesla posun v definování tohoto termínu. V současné době se v chápání pojmu mentální retardace přece jen vyskytují jemnější difference, zejména vezmeme-li v úvahu chápání tohoto pojmu v jednotlivých vědních oborech.

V odborné literatuře (Černá, 1995; Matulay, 1986; Švarcová, 2000; Valenta, 2003) často nacházíme termíny oligofrenie, slabomyslnost, mentální subnormalita, mentální postižení, mentální zaostalost, mentální defektnost, rozumová či duševní vada aj. V české psychopedii se v současné době užívá termín jedinec s mentální retardací nebo jeho synonymum jedinec s mentálním postižením. Samotný syndrom je pak označován jako mentální retardace či mentální postižení.

Novodobé tendence se odrazily i v terminologii „osoby s postižením“. Tímto pojmenováním tedy zdůrazňujeme, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osobnosti, a teprve na

druhém místě postižení. Současná speciální pedagogika v zemích Evropské unie převzala původní anglosaskou terminologii, aby zdůraznila nezbytnost výchovy a vzdělávání pro všechny osoby s mentálním postižením, a proto je označuje jako jedince se speciálními potřebami ve výchově a vzdělávání. Tímto způsobem nahlíží na jedince a následně žáky s mentální retardací rovněž nová školská legislativa – zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) č. 561/2004 Sb., částka 190. Mentální retardace je stav charakterizovaný především celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je ovlivňován mnohými faktory. Jsou mezi nimi faktory biologické, psychické a sociální (Franiok, 2007). Pod pojmem mentální retardace rozumíme opoždění nebo narušení normálního vývoje dítěte, a to po stránce rozumové, přičemž se mohou vyskytovat poruchy smyslového a pohybového ústrojí i poruchy chování. Obtíže v základním teoretickém pojetí mentální retardace zobrazuje různorodost termínů a definic (Franiok, 2007).

Samotný syndrom je nejčastěji označován jako mentální retardace. V literatuře nacházíme také termíny oligofrenie, slabomyslnost, subnormalita, mentální postižení, mentální zaostalost, rozumová či duševní vada aj., které nemusí mít vždy totožný obsah (Dolejší, 1978, s. 22). Jejich vymezení souvisí se stanovením definice mentální retardace.

Dříve se v naší literatuře užíval termín oligofrenie (z řeckého oligos – málo; phren – duše) a slabomyslnost. Pojmy oligofrenie a slabomyslnost jsou vymezeny podle Defektologického slovníku (Edelsberger, 2000) jako nedostatečnost či defektnost psychických funkcí, která je nejvýraznější a vzniká v útlém dětství, na rozdíl od demence, která vzniká později. Pojmy oligofrenie a slabomyslnost pak používají ve stejném významu. Naproti tomu Sovák (1980) rozlišuje pojmy slabomyslnost, oligofrenie a demence. Slabomyslnost chápe jako pojem obsahově širší, který zahrnuje jak oligofrenii, tak demenci. Přitom termín oligofrenie používá tam, kde k opoždění duševního vývoje došlo na podkladě dědičném a familiárním, termín demence tam, kde slabomyslnost byla získána v důsledku různého druhu poškození mozku. V psychopedické literatuře existuje velké množství definic mentální retardace, které je možno uspořádat podle vyjádřeného nebo zdůrazněného faktoru, eventuálně hlediska, které je autorem definice považováno za základní, za nejdůležitější. K dalšímu objasnění pojmu mentální retardace uvádíme některé z mnoha dalších charakteristik:

Mentální (vyvozeno z řečtiny) znamená ve volnějším překladu myšlenkový, rozumový, duševní, existující v myšlenkách. Mentální retardace je tedy rozumové zpoždění. U mentálně retardovaných se jedná o zpoždění, spíše však (minimálně v některých případech) o zmenšení, snížení rozumových, intelektových schopností.

Mentální retardace je souhrnně řečeno stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu života jedince. Projevuje se sníženou schopností orientovat se v životním prostředí, omezenými možnostmi vzdělání a sníženou sociální přizpůsobivostí (Průcha, Walterová, Mareš, 1998). Mentální retardace je jistým omezujícím a limitujícím faktorem v rozvoji osobnosti každého mentálně postiženého jedince (Černá, 1995).

Za mentálně postižené (retardované) považuje Iva Švarcová (Švarcová, 2000, s. 24) takové jedince (děti, mládež i dospělé), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých osobnostních vlastností a u nichž se projevují obtíže v navazování sociálních kontaktů, poruchy v adaptačním chování. Mentální retardace podle ní rovněž znamená stav zastaveného, opožděného nebo neúplného vývoje intelektu, který charakterizuje především podprůměrná inteligence (Černá a kol., 1995). Pod označením mentální retardace rozumíme opožděný nebo poškozený celkový normální rozvoj dítěte, a to po stránce rozumové, přičemž se velmi často vyskytují poruchy pohybové a je narušené celkové chování jedince (Matulay, 1986). Mentální retardace není nemoc, je to spíše stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace. Nedostatky v adaptaci na prostředí souvisí také se zpomaleným, zaostávajícím vývojem, s omezenými možnostmi vzdělávání a s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí (Černá a kol., 1995, s. 13). Uvedené příznaky mohou mít různou intenzitu a mohou se projevovat samostatně, nebo ve vzájemných kombinacích.

## **Klasifikace poruch vývoje intelektu**

---

Pro poruchy vývoje intelektu je příznačné používání různých klasifikací v různých časových obdobích. Novější klasifikace upřednostňují hledisko času, vývojového období, ve kterém se porucha intelektových funkcí projevila, a především hledisko míry či stupně poruchy vývoje intelektu.

Pro posuzování poruch vývoje intelektu z hlediska současné praxe speciálně pedagogické a psychopatologické se nabízí klasifikace ve dvou směrech: horizontálním a vertikálním. Klasifikace ve směru horizontálním zachycuje spíše typy poruch vývoje intelektu a klasifikace ve směru vertikálním zachycuje rozdělení jednotlivých stupňů poruch vývoje intelektu podle mezinárodní klasifikace a její nejnovější 11. revize Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a zdraví (ICD 11) – International Classification of Functioning Disability and Health. Zde jsou zařazeny jako neurovývojové poruchy, kde stupeň poruchy vývoje intelektu bude posuzován především podle inteligence a schopnosti adaptability a zvládnání běžných sociokulturních požadavků.

## **Primární porucha vývoje intelektu (oligofrenie)**

---

Jde o poruchu vývoje intelektu způsobenou organickým poškozením mozku v období prenatalním, perinatálním a postnatálním (Vágnerová, 1993). Pojímá se zpravidla jako opoždění duševního vývoje na dědičném a vrozeném podkladě. Pro tento typ jsou charakteristické globálně snížené intelektové schopnosti.

## **Demence**

---

Tento typ mentální retardace vzniká kdykoli po 2. roce věku (nazýváno také jako sekundární intelektová porucha). Jedná se o rozpad nebo postupný úpadek již nabytých intelektových schopností, které se mohou rozpadat v některých případech značně nerovnoměrně.

Z nejnámější a dostatečně popsané stařecké demence se poznatky podstatně rozšířily a dnes rozeznáváme celou řadu dalších typů demencí: demence posttraumatické po těžších úrazech hlavy, demence při nádorových onemocněních mozku (bohužel nevyjímá dětské pacienty), demence epileptické (jsou výjimečně průvodním jevem při rezistentní medikamentózní terapii epilepsie), demence doprovázející pokročilá stádia závislostí na alkoholu nebo jiných „tvrdých“ drogách. Demencí trpí lidé s Alzheimerovou chorobou či Creutzfeldt-Jakobovou chorobou, ve výjimečných případech lidé nemocní schizofrenií (Kafka, 1993, s. 225).

## **Sociokulturní podmíněnost prostředí**

---

Jedná se o problematiku výchovy a vzdělávání jedinců ze sociokulturně znevýhodněného prostředí či prostředí ohroženého sociální exkluzí. V části starších odborných zdrojů je tento typ nazýván pseudooligofrenií, eventuálně také jako výchovná zanedbanost. Za poruchu vývoje intelektu by tyto stavy neměly být dlouhodobě považovány (Franiok, Kysučan, 2002, s. 8). Pokud stav netrvá příliš dlouho, nejde o poškození centrálního nervového systému, ale je zapříčiněn exogenními (vnějšími) faktory, zejména zmiňovaným nepodnětným prostředím, které dítě v útlém věku obklopuje. V těchto případech jde o dlouhodobou výchovnou a sociální deficienci, kdy nedochází k rozvoji psychických funkcí do té míry, aby odpovídaly chronologickému věku dítěte. Nemělo by jít o stav trvalý a neměnný.

Při dodržení všech speciálněpedagogických zásad a postupů může mít dobrou prognózu v případech, kdy se dítěti začíná dostávat kvalitních podnětů. Nejlepší výsledky zaznamenáváme, pokud je s dítětem započata cílevědomá práce v předškolním období nebo na samém začátku povinné školní docházky do základní školy.

## Klasifikace podle stupně poruchy vývoje intelektu

---

Při klasifikaci podle stupně poruchy vycházíme z nového zdroje, kterým je 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí – ICD 11, která má závaznou platnost od 1. 1. 2027.

Slovní označení	Pásmo IQ
Mírná porucha vývoje intelektu	50–69
Středně těžká porucha vývoje intelektu	35–49
Těžká porucha vývoje intelektu	20–34
Hluboká porucha vývoje intelektu	0–19

*Tab. 1 klasifikace poruchy vývoje intelektu*

Podle uvedené klasifikace jsou ještě uváděny další dva případy poruch vývoje intelektu, a to:

- porucha vývoje intelektu dočasná,
- porucha vývoje intelektu neurčená.

Uvedené označení by mělo být v praxi použito tehdy, jestliže byla diagnostika poruchy vývoje intelektu zvláště obtížná pro přítomnost přidružených, vícečetných postižení (včetně některých poruch autistického spektra).

Vymezení jednotlivých stupňů poruch vývoje intelektu není jednoduchou záležitostí, jak by se mohlo na první pohled zdát. Nejpoužívanějším kritériem při posuzování kvantitativní úrovně poruch vývoje intelektu, třebaže stanovení inteligenčního kvocientu je považováno pouze za orientační, je výsledek psychologického vyšetření vyjádřený inteligenčním kvocientem. Určení míry deficitu prostřednictvím inteligenčního kvocientu (IQ) je do značné míry mechanické a nedostatečně objasňuje skutečné praktické možnosti osoby s poruchou vývoje intelektu. Důležitým faktorem celkové intelektové úrovně by měly být praktické, sociální a pracovní dovednosti osoby s poruchou vývoje intelektu.

## Charakteristika stupňů poruch vývoje intelektu

---

### Mírná porucha vývoje intelektu

---

V inteligenčních testech dosahují tyto osoby výsledků na inteligenční škále v pásmu 50–69. U dospělých osob tento stupeň postižení odpovídá orientačně mentálnímu věku 9–12 let. Existuje několik starších názvů pro tento stupeň poruchy: lehká mentální retardace (postižení) a ještě dříve pojem debilita. Tento termín se přestal mezinárodně užívat pro svůj značný pejorativní nádech.

Jedná se o nejlehčí stupeň. Třebaže v začátcích neuropsychického vývoje je zřejmé jisté opoždění a omezení, obvykle nelze v této době postižení s určitostí rozpoznat a diagnostikovat. Omezení celkového rozumového vývoje i ostatních psychických funkcí se projeví zřetelněji ve věku těsně předškolním, a ještě výrazněji po vstupu do běžného základního vzdělávání. Dítě je na první pohled zdravé, čilé, po delším čase ovládne různé říkanky a písničky. Nedostatky tohoto dítěte jsou zvláště v rozumové oblasti při náročnějších myšlenkových operacích, jako jsou generalizace a abstrakce, ale i v celkovém projevu je dítě méně chápavé a obtížněji se zapojuje do her. Rozsah jeho postižení je do značné míry modifikován rodinným prostředím. Nižší výkony můžeme zde očekávat od dítěte z málo podnětného rodinného prostředí, které často souvisí se sociální exkluzí rodiny dítěte. Lepší výkony lze očekávat od dětí z rodin, ve kterých mají dostatek kvalitních podnětů k vlastnímu rozvoji. Odlišení vlastního rozsahu postižení od vlivů prostředí je nutné především v zájmu dítěte. Jde rovněž o přiměřenost požadavků kladených na dítě a jeho přílišné nepřetěžování.

Základní vzdělání zvládají tyto jedinci jako žáci běžných základních škol podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Připouští se pouze mírně redukováná podoba na základě tzv. minimálních výstupů. Po absolvování odborného učiliště (s mírně redukováným obsahem učiva teoretických předmětů) jsou schopni společenského a pracovního zapojení při vytvoření vhodných podmínek.

### **Středně těžká porucha vývoje intelektu**

---

V inteligenčních testech dosahují tyto osoby výsledků na inteligenční škále v pásmu 35–49 bodů. U dospělých osob tento stupeň postižení odpovídá orientačně mentálnímu věku 6–9 let. Zastaralý název pro středně těžký stupeň poruchy vývoje intelektu byl středně těžká mentální retardace (postižení) a ještě dříve byl používán termín imbecilita. Tento se přestal mezinárodně užívat pro svůj značný pejorativní nádech.

Vyznačuje se omezením v neuropsychickém vývoji. Dítě začíná později sedět, chodit, pohybově zůstává neobratné v důsledku nápadné nekoordinovanosti pohybů. Naučí se jíst a udržovat osobní čistotu, poznávat osoby ze svého okolí. Řeč se vyvíjí velmi opožděně a dospěje stejně jako myšlení do úrovně konkretizační. Verbální vyjadřovací schopnosti bývají jednoduché s typickým značně chudým slovníkem. Tito jedinci se vyjadřují nejčastěji jednoduchými větami nebo jednoslovnými větami. Nápadně působí poruchy formální stránky řeči s procentuálně vysokým výskytem narušené komunikační schopnosti (Lechta, 2002). Citově jsou tyto jedinci nevyrovnaní, labilní, někdy s nepřiměřenými afektivními výbuchy, které vedou často ke zkratkovitému jednání. Zpravidla dobré výsledky lze u těchto osob očekávat

v oblasti sebeobsluhy, i když i zde je zapotřebí počítat s dohledem. Povinnou školní docházku splňují tyto děti a mladiství v našich současných podmínkách nejčastěji v základních školách speciálních, kde se pracuje se silně omezeným výběrem základního učiva běžné základní školy. Učivo v základních školách speciálních je dáno Rámcovým vzdělávacím programem pro obor vzdělávání základní škola speciální.

Právě dětem a dospělým osobám se středně těžkou poruchou vývoje intelektu by se mělo dostat ze strany naší společnosti nejvíce pozornosti, protože v minulosti byli tito jedinci značně opomíjenou skupinou. Zejména pokud jde o jejich zapojení do sociálního prostředí, eventuálně prostředí pracovního (pokud toho jsou někteří schopni) tak, aby mohli rozvinout svou potenciaální kapacitu třeba později v dospělém věku.

## **Těžká porucha vývoje intelektu**

---

Pokud přihlídneme k výkonovým testům, pak tyto osoby dosahují výsledky v rozmezí 20–34 bodů na inteligenční škále. U dospělých osob tento stupeň postižení odpovídá orientačně věku 3–6 let. Zastaralých názvů pro těžký stupeň poruchy vývoje intelektu bylo používáno několik: těžké mentální postižení, těžká mentální retardace, ještě dříve idiocie prostá. Některé ze starších názvů se přestaly používat zejména pro svůj pejorativní nádech.

Jedinci s těžkou poruchou vývoje intelektu se vyznačují značným celkovým omezením neuropsychického vývoje. Ruku v ruce s omezením neuropsychického vývoje jdou i výrazná omezení motorického vývoje. Jde o častý jev u takto postižených jedinců, který je spojen se značnou pohybovou neobratností. Celkově lze zpravidla hodnotit vývoj motoriky u jedinců s tímto stupněm postižení jako výrazné opoždění hybnosti. Pohyby zůstávají i v dospělosti při výrazné nekoordinovanosti dosti hrubé. U některých z těchto osob se vyskytují automatické kývavé pohyby hlavy a trupu. Psychika těchto lidí nese s sebou značná omezení v jednotlivých procesech. Nápadné jsou poruchy v koncentraci pozornosti. V myšlení se dostávají takto postižení do úrovně mechanického plnění základních úkonů a několika příkazů, a to zpravidla až v dospělosti při vhodně podnětném sociálním prostředí a kvalitní speciálněpedagogické péči. V rámci komunikativních dovedností a řeči dochází pouze k minimálnímu rozvoji. V jednoduché interakci se známou osobou použijí izolovaná slova z velmi omezené slovní zásoby. Řeč vykazuje rovněž po formální stránce značná omezení. Jedinci s těžkou poruchou vývoje intelektu zpravidla zvládají základní stereotypy chování v nejběžnějších situacích. Tyto však mohou kdykoli narušit značné poruchy afektivní sféry, vysoká impulzivita a nestálost nálad. V oblasti socializace lze dosáhnout u těchto osob určitých návyků, a to nejvíce v oblasti sebeobsluhy a zcela elementárních pracovních úkonů trvajících krátkou dobu a prováděných

pod stálým dohledem. V souladu s platnou školskou legislativou se musí také tito jedinci vzdělávat, a to do úrovně osvojení základů vzdělání v základních školách speciálních.

## **Hluboká porucha vývoje intelektu**

---

Z hlediska diagnostického i sociálního jde o nejtěžší poruchu vývoje intelektu. Při posuzování intelektu, které je možné realizovat u těchto osob pouze neverbálně, dosáhnou tito jedinci v inteligenční škále do pásma 19–0, když nula je veličinou pouze teoretickou, která se v praxi nevyskytuje. U dospělých osob tento stupeň poruchy intelektu odpovídá mentálnímu věku do 3 let. Existuje několik starších názvů pro tento stupeň: hluboké mentální postižení, hluboká mentální retardace, těžká, event. hluboká idiocie. Poslední dva starší názvy se přestaly používat zejména pro svůj pejorativní nádech.

Neuropsychický vývoj těchto jedinců je po celý život značně omezen. Minimální kapacita vývoje v oblasti senzomotorické je limitována nejčastěji neurologickými příznaky, zrovna tak časté jsou i vady somatické (Černá, Stejskal, 1995). Typickým vnějškově pozorovatelným jevem u hluboké mentální retardace jsou nápadné stereotypní automatické pohyby celého trupu. Psychické procesy jsou porušeny v celé šíři. Úroveň myšlení a paměti i v dospělosti je u těchto jedinců minimální. O artikulované řeči nelze u osob v pásmu hluboké poruchy vůbec hovořit. Spíše půjde u těchto jedinců o neartikulované zvuky. Zřejmě jedinou možností v rozvoji komunikace s těmito hluboce postiženými jedinci se jeví oblast nonverbálních složek řeči při maximálním respektování individuálních zvláštností těchto jedinců. Zde sehrává podstatnou roli emoční distanc k osobě, se kterou jsou v denním kontaktu. Pro totální porušení afektivní sféry dochází u těchto osob také k sebepoškozování. Možnosti socializace se omezují na základní diferenciaci osob, výjimečně jednoduché návyky sebeobsluhy. Trvalá závislost na sociálním okolí je pro tyto osoby charakteristická. Relativně časté jsou stavy vyžadující trvalý pobyt na lůžku z důvodů rozsáhlých vad somatických a neurologických. Rovněž pro děti, žáky s tímto stupněm poruchy vývoje intelektu, jsou povinné základy vzdělání, které získávají v základních školách speciálních při respektování značně specifických podmínek (jako je domácí vzdělávání, návštěva školy pouze 1–2 dny v týdnu).

Způsob klasifikace na základě stupně (míry) postižení je v praxi (psychologické, psychiatrické i speciálněpedagogické) nejvíce používaný. Tento způsob třídění bývá obvykle východiskem pro speciálního pedagoga – psychopeda – při speciálněpedagogické práci s dítětem, žákem. Uvedené třídění bere v potaz celkový neuropsychický vývoj osob s poruchou vývoje intelektu.

## Význam speciálního vzdělávání osob s poruchou vývoje intelektu

---

Na přelomu milénia a v prvním desetiletí 21. století prošla česká společnost rozsáhlými změnami, které se dotkly prakticky všech oblastí života jedince i společnosti. Nutně musely rozsáhlé změny poznamenat rovněž českou školu, nutně se musely promítnout do teorie a praxe výchovy a vzdělávání dětí, žáků i všech osob s nějakým typem znevýhodnění. Na základě četných průzkumů lze tvrdit, že ve větší části české společnosti laiků a odborníků dochází ke změně nazírání v oblasti mentálního znevýhodnění – poruchy vývoje intelektu. Po změnách terminologických, týkajících se pojmu mentální retardace jako celku a jednotlivých stupňů, dochází v posledních 10 letech i k faktické změně v posuzování (ze strany odborníků i laiků) těchto osob z hlediska nikoli pouze jeho nedostatků, nýbrž jeho schopností, zachované a často rozvíjející se kapacity.

Českou odbornou veřejnost nyní čeká posun v pohledu na tohoto člověka ve smyslu 11. revize Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a zdraví, která bude mít závaznou platnost od 1. 1. 2027. Půjde o pohled, který by nezdůrazňoval jen sníženou kapacitu, ale pohled, který bude vyzvedávat míru adaptability, specifickou, odlišnost, jinakost, která poslouží jako odrazový můstek k rozvoji osobnosti dítěte s poruchou vývoje intelektu.

Již od starověku se vyspělejší společnosti snažily vychovávat, vzdělávat, tedy socializovat svou dorůstající mladou generaci v převážné míře institucionálně, ve školách. Teprve s nastupujícími určitými prvky demokratizace ve vzdělávání, jejichž odraz nacházíme především v zavedení povinné školní docházky v jednotlivých zemích, dochází k oddělení, segregaci, výchovy a vzdělávání handicapovaných dětí a mládeže. Musíme mít na zřeteli, že zejména ve 2. polovině 19. a v 1. polovině 20. století šlo o progres charakterizovaný povinnou školní docházkou rovněž pro větší část dětí a mládeže s různými typy znevýhodnění, která si ponejvíce v podmínkách speciálních škol, podle typu postižení, osvojovala čtení, psaní, počítání, realie a další dovednosti potřebné pro život sám i pro uplatnění v životě.

Při zdokonalujících se metodách psychodiagnostiky a na základě faktu, že žáci, u nichž byla právě psychodiagnostickými a psychometrickými metodami objektivně diagnostikována porucha vývoje intelektu, byť ta nejmírnější, si nestačili osvojit běžnými výukovými metodami a prostředky značnou část učiva probíraného v běžné škole, se tito žáci postupně (když se učební osnovy stávaly náročnějšími a docházelo k jejich předimenzování množstvím učiva) stávali žáky dřívějších zvláštních škol. Dnes je již odborné veřejnosti známo, že zvláštní školy nebyly při svém otevření na začátku 50. let 20. století určeny pouze pro žáky s poruchami vývoje intelektu, ale velmi záhy také pro děti rodičů řeckých politických uprchlíků, kteří se

v tehdejší Československu dlouhodobě usadili a jejich školou povinné děti neznaly český jazyk. Šlo tedy o překážku způsobenou jazykovou bariérou. V dalších letech a desetiletích se objevil problém nový, i když v některých ohledech podobný – migrace. Na území českých zemí imigrace Romů ze Slovenska, Maďarska, eventuálně z Rumunska (Sedmihradská). V mnohém se situace opakovala – děti imigrantů nemohly považovat český jazyk za jazyk mateřský, když doma, v rodině hovořily romsky, eventuálně slovensky či maďarsky. K jazykové bariéře přistoupila navíc bariéra vytvořená příchodem do prostředí nového, sociokulturně odlišného, které mělo jen málo (nebo vůbec žádné) pochopení pro sociokulturní odlišnosti a jinou hierarchii rodinných vztahů a hodnot. Etablovaná společnost nově příchozí (Romy) nechápala a dlužno dodat, že často ani chápat nechtěla, neboť nešlo o multikulturní vlivy přicházející do tehdejšího socialistického Československa ze zemí bývalého Sovětského svazu.

Jestliže se zamyslíme nad historickým kontextem školského terénu 60. a 70. let 20. století v tehdejší Československu, musíme mít na zřeteli, že rozvoj pedagogicko-psychologického poradenství a diagnostiky, pěstovaný především od začátku 70. let 20. století v nově otevřených pedagogicko-psychologických poradnách, pomohl k detailnější a přesnější diagnostice a nepřímo k růstu sítě zvláštních škol, do kterých byli v běžné praxi ve většině vřazováni žáci s mírnou poruchou vývoje intelektu, ale rovněž žáci v tzv. intelektovém podprůměru. Rovněž je třeba vzít v úvahu, že náročnější učební osnovy, především v hlavních vyučovacích předmětech v základních školách ve 2. polovině 70. let (ve smyslu tzv. Projektu dalšího rozvoje československé výchovně vzdělávací soustavy, 1976), vedly k přeřazování ze základních do zvláštních škol i těch žáků, kteří se již v 1. nebo 2. ročníku základní školy jeví jako podprůměrní, i když ještě nebyli klasifikováni stupněm nedostatečným.

Úprava edukačního prostředí v běžné základní škole, postupná změna klimatu školy a koneckonců rovněž diverzifikace školních vzdělávacích programů v rámci Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání vedou k individualizovanému pojetí inkluzivního vzdělávání, a to zejména pro žáky s mírnou poruchou vývoje intelektu v podobě úpravy výstupů – tzv. minimální výstupy.

Inkluzivní vzdělávání žáků s mírnou poruchou vývoje intelektu je nutně spojeno s vyšší mírou participace rodičů žáka, ve většině případů také rodičů ostatních spolužáků ve třídě a rovněž s větší mírou participace obce, ve které se škola nachází. Soubor opatření spolu se smysluplně naplňovaným stupněm podpůrného opatření (když nejvíce frekventovaným stupněm v případě mírné poruchy vývoje intelektu je stupeň 3) zabezpečí dostatečně kvalitní, podnětné edukační prostředí v běžné škole i pro žáky s tímto typem speciálních vzdělávacích potřeb. Zde nemáme na mysli žáky s těžšími formami poruchy vývoje intelektu, kteří samozřejmě mají

nezpochybnitelné právo na vzdělání. Vzdělávání žáků s těžší poruchou vývoje intelektu bude jistě i v dalších letech značně diverzifikované a nadále poskytované v základních školách speciálních. Ve specificky upraveném edukačním prostředí, ve kterém tito žáci dosahují lepší výsledky při adekvátní podpoře okolí a při diverzifikaci variant vzdělávacích programů pro tyto žáky určených (Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální, díl I, II). Současné požadavky na vzdělávání žáků s těžšími (a event. kombinovanými) formami vyžadují vysokou míru speciálněpedagogických intervencí, na které zatím není současná česká běžná základní škola ve smyslu obsahovém (pojetí kurikula) i formálním (např. personálním) dostatečně připravena.

## Literatura

---

- Černá, M., Stejskal, B. a kol. (1995). *Kapitoly z psychopedie*. Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy.
- Černá, M. (2008). *Česká psychopedie*. Karolinum.
- Edelsberger, L. a kol. (2000). *Defektologický slovník*. H+H.
- Franiok, P., Kysučan, J. (2002). *Psychopedie. Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostravská univerzita – Pdf.
- Franiok, P. (2014). *Psychopedie 1*. Ostravská univerzita – Pdf.
- Franiok, P. (2007). *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Ostravská univerzita – Pdf.
- Kafka, J. a kol. (1993). *Psychiatria*. Osveta.
- ICD – 11. (2025-01-13). <https://www.icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
- Lechta, V. (2002). *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Portál.
- Ludíková, L. a kol. (2005). *Kombinované vady*. Univerzita Palackého.
- Matulay, K. a kol. (1986). *Mentálna retardácia*. Osveta.
- Průcha, J. a kol. (1995). *Pedagogický slovník*. Portál.
- Průcha, J. a kol. (2009). *Pedagogická encyklopedie*. Portál.
- MŠMT. (2010). *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální*.
- Sovák, M. (1980). *Nárys speciální pedagogiky*. Státní pedagogické nakladatelství.
- Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. (2012). *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Grada.
- Valenta, M. a kol. (2014). *Přehled speciální pedagogiky*. Portál.
- JESENSKÝ, J. (1993). *Prostor pro integraci*. ComeniaConsult.

- Novosad, L. (1997). *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením*. Technická univerzita v Liberci – Pdf.
- Schopler, E., Mesibov, P. (1994). *Ćwiczenia edukacyjne dla dzieci autystycznych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Švarcová, I. (2000). *Mentální retardace*. Portál.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Valenta, M., Müller, O. (2003). *Psychopedie*. Parta.
- Vančová, A. (2001). *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Sapiaentia.
- Vítková, M. (1999). *Somatopedické aspekty*. Paido.
- Vítková, M. (ed.) (2003). *Otázky speciálně pedagogického poradenství*. MSD.
- Vítková, M. (ed.) (2004). *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Paido.
- Zvolský, P. a kol. (1998). *Speciální psychiatrie*. Karolinum.

# Speciální pedagogika osob s tělesným postižením, nemocí a zdravotním oslabením

Mgr. Edita Satinská, Ph.D.

Tato kapitola si klade za cíl seznámit čtenáře se speciální pedagogikou osob s tělesným postižením, nemocí a zdravotním oslabením. Zaměřuje se na přechod od medicínského modelu k biopsychosociálnímu pojetí a na jeho vliv na vzdělávání a podporu jedinců s těmito specifiky. Moderní speciální pedagogika se více než na deficity orientuje na potenciál a možnosti rozvoje jedinců s tělesným postižením, nemocí a zdravotním oslabením. Tento přístup vede k větší individualizaci podpory a k využití širokého spektra kompenzačních strategií, včetně moderních technologií a terapeutických metod. Nezbytnou součástí práce speciálních pedagogů v této oblasti je multidisciplinární spolupráce.

## Definice a pojetí oboru somatopedie

---

Somatopedie je subdisciplína speciální pedagogiky. Termín *somatopedie* v roce 1956 jako první uvedl a používal prof. František Kábele a nahradil tak dosavadní označení *defektologie ortopedická*. Termín somatopedie je odvozen od řeckých pojmů soma – tělo, paideia – výchova, ale soudobé pojetí se od původního přístupu zaměřeného na výchovu a vzdělávání rozšířilo o aspekty profesní přípravy a společenského uplatnění, a reflektuje tak širší a komplexnější přístup.

Definice oboru se u různých autorů mohou poněkud lišit, společným jmenovatelem je však zaměření na celkový rozvoj, výchovu, vzdělávání, profesní přípravu a společenské uplatnění osob s **tělesným postižením a zdravotním postižením** (Kábele, 1992; Vítková, 2006). Kollárová & Hudáčová (1992, in Vítková, 2006) zde označují somatopedii jako vědní obor, který se zabývá výchovou tělesně postižených, **nemocných a zdravotně oslabených**.

Vítková (2006) poukazuje na poměrně značnou terminologickou diverzitu ve vztahu k cílové skupině.

## Cílová skupina somatopedie

---

### Osoby s tělesným postižením

---

K determinaci osob s **tělesným postižením** vycházela Vítková (2004, 2006) ze Sováka a německé odborné literatury (Gruber & Lendl, 1992) a uvádí, že hlavním znakem této heterogenní skupiny je **omezení hybnosti** v důsledku **poškození nosného nebo pohybového aparátu**, a to **prvotní**, nebo **druhotné** (resp. vrozené, nebo získané), a tento **stav** je **dlouhodobý**, nebo **trvalý**. Zároveň je zdůrazněn **vliv tělesného postižení na celou osobnost jedince a sociální aspekty** tělesného postižení. V literatuře se tak můžeme setkat i s pojmem **osoby s omezením hybnosti** jako jednou z kategorií v somatopedii.

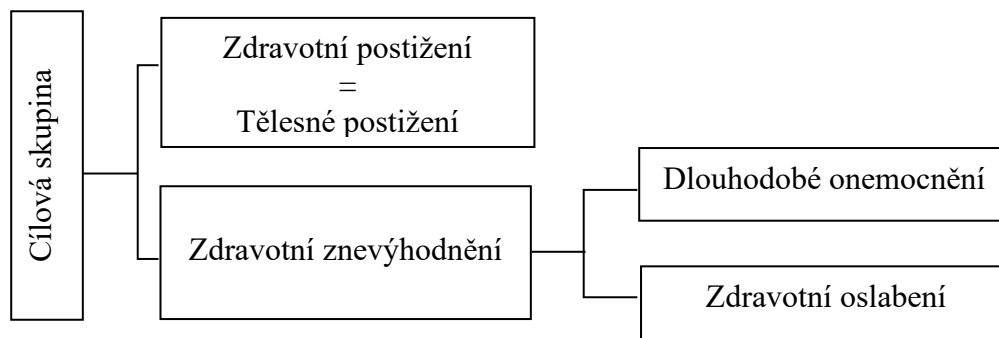
### Osoby se zdravotním postižením

---

Termín zdravotní postižení Vítková (2006, s. 11) upřesňuje následovně: „*Mezi jedince se zdravotním postižením počítáme jak jedince nemocné, tak zdravotně oslabené.*“ Zároveň lze pojem osoba se zdravotním postižením chápat i v širším pojetí „*jako o osobu s jakýmkoli druhem postižení*“ (Vítková, 2006, s. 11).

Širší pojem osob se zdravotním postižením je uplatňován v resortu MPSV v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 3 písm. g. a zákoně 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, v § 67, odst. 1, odst. 2 písm. a-b; v písmeně c se pak objevuje pojem *zdravotní znevýhodnění*. Paralelu je možné spatřovat v dnes již neplatné vyhlášce 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, kde pojmy zdravotní postižení a zdravotní a sociální znevýhodnění figurovaly jako kategorie dětí a žáků, jimž byla poskytována vyrovnávací a podpůrná opatření v průběhu vzdělávání.

Mezi termíny zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění a zdravotní oslabení diferencuje Opatřilová (2018, s. 11) tak, že jedince se zdravotním postižením v kontextu somatopedie chápe v užším pojetí jako osoby s tělesným postižením a za jedince se zdravotním znevýhodněním označuje osoby se zdravotním oslabením a dlouhodobou nemocí, což lze vidět na obrázku č. 1.



Obr. 1 schéma klasifikace cílové skupiny somatopedie podle Opatřilové

## Osoby se zdravotním oslabením

V somatopedickém pojetí determinuje Kábele (1992, s. 216) jedince se zdravotním oslabením jako osobu, „*kteřá má sníženou odolnost vůči chorobám a sklon k jejich opakování, její zdravotní stav je ohrožen jeho oslabením, působením nevhodného přírodního prostředí (ekologických podmínek), špatným životním režimem, nedostatečnou nebo nesprávnou výživou (respirační obtíže – astma, obezita apod.)*.“ Pro tuto skupinu je dostupná preventivně léčebná **tzv. ozdravenská péče**. Z důvodu zvýšené náchylnosti k nemocem, jsou jedinci ve školských zařízeních ohroženi zvýšenou absencí, zhoršenou adaptací a negativními dopady na vztahy s vrstevníky. S termínem **zdravotní oslabení** se pracuje rovněž v rámci sportovních studií. Tento pojem je používán ve vztahu k cílové skupině osob, pro které je určena zdravotní tělesná výchova. V tomto kontextu, založeném na směrnici MZ ČR č. 3/1981 a metodickém pokynu MZ ČR z prosince 1990 „Úprava a výklad směrnice č. 3/1981 MZ ČR o péči a zdraví při provádění tělesné výchovy a sportu“, se za zdravotní oslabení považují trvalé nebo přechodné odchylky ve fyzickém vývoji, tělesné konstituci nebo zdravotním stavu.

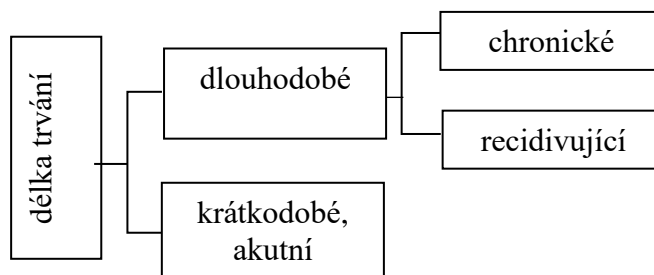
## Osoby s nemocí

Nemoc, též onemocnění, choroba, z latinského *morbus*, řeckého *nosos, pathos*. Vokurka, Hugo & kol. (2015) ve velkém lékařském slovníku definují nemoc jako poruchu zdraví. Obvykle je zjištělná objektivně, bývá vnímána nemocnou osobou a stává se předmětem zdravotnických služeb. Další definice doplňují, že jde o **stav, kdy dochází k narušení normálního funkčního stavu organismu** vlivem vnitřního a vnějšího prostředí, a referují nejen o patologickém stavu těla, ale i mysli. Kábele (1992) ji definuje jako poruchu rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají anatomické a funkční změny v organismu. Dostupné definice jsou však často diskutovány pro své velmi široké vymezení.

Z pohledu somatopedie považujeme za důležité zmínit některá hlediska **klasifikace nemocí**:

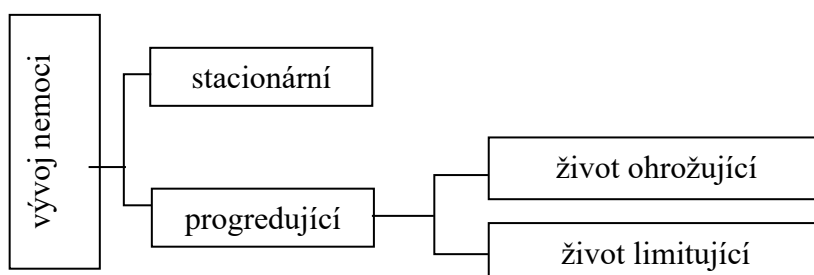
- **Krátkodobé (akutní)** – Jedinec s akutním onemocněním zpravidla nespadá do systematické péče.
- **Dlouhodobé** – Někteří autoři, například Renotiérová (2006), dlouhodobou nemoc dále rozdělují na **recidivující** a **chronickou**. **Recidiva** nemoci je podle lékařského slovníku chápána jako návrat onemocnění, které již bylo vyléčeno nebo u nějž příznaky ustoupily.

Chrastina, Ivanová, Žiaková, Schwetzová & Vránová (2011) poukazují na **nejednotnost** definic **chronického onemocnění**, obsahující variabilní kritéria. Alespoň obecně lze na základě analýzy autorů sumarizovat, že chronická onemocnění představují vleklé, celoživotní obtíže s obtížně předvídatelným stavem, s omezením léčby a s dopadem na kvalitu života a aktivity jedince. Z hlediska **délky trvání hovoříme o nemoci**, která je upřesněna na obrázku č. 2.



Obr. 2 schéma klasifikace nemocí podle délky trvání

Z hlediska **vývoje nemoci** v somatopedické literatuře standardně nalezneme klasifikaci nemocí z hlediska vývoje členěnou na **stacionární**, u kterých se nepředpokládá graduální dlouhodobě trvající zhoršování zdravotního stavu jedince, a **progresivní**, s kontinuálním zhoršováním stavu, případně s **letálním** charakterem.



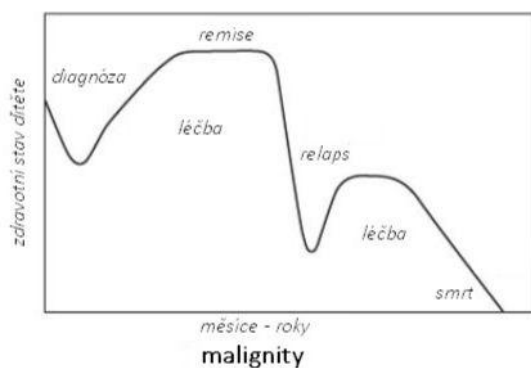
Obr. 3 schéma klasifikace nemocí podle vývoje

**Letální** (smrtná) onemocnění nejsou v somatopedické literatuře podrobněji zpracována. S rostoucím výskytem závažných onemocnění, zejména u dětí, jako jsou vzácná metabolická,

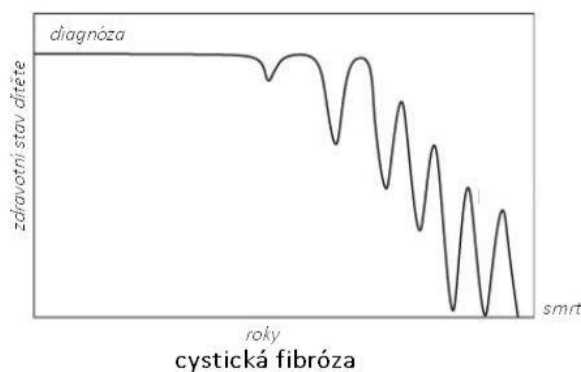
progresivní neuromuskulární nebo onkologická onemocnění, je však nezbytné, aby se tomuto tématu v rámci oboru věnovala zvýšená pozornost.

V této souvislosti hovoříme o hlavních dvou skupinách onemocnění, jež jsou zároveň předmětem **paliativní péče**. Jedná se o **život ohrožující onemocnění**, tedy stav, kdy je **vysoká pravděpodobnost předčasného úmrtí** v důsledku těžké nemoci (onkologické diagnózy, intenzivní péče po vážném úrazu nebo infekci CNS) a **život limitující onemocnění**, tedy stav, **kdy je předčasné úmrtí obvyklé** (např. některé svalové dystrofie, spinální muskulární atrofie SMA, degenerativní onemocnění CNS, dědičné poruchy metabolismu, komplexní dědičné vady, následky předčasného porodu).

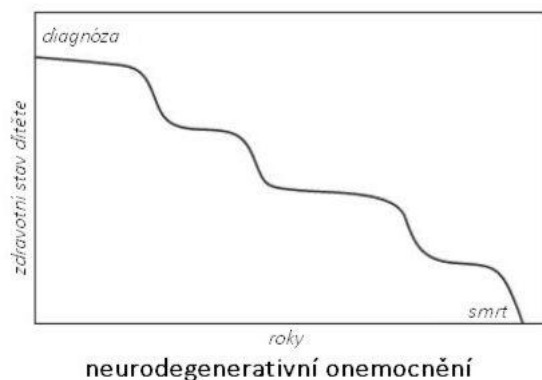
Péče o děti a dospívající s život ohrožujícím či limitujícím onemocněním představuje velkou zátěž pro všechny osoby zapojené do života těchto jedinců – rodinu, pedagogy včetně poradenských pracovníků ve školství, spolužáky a samotné jedince. Tato onemocnění se vyznačují proměnlivým zdravotním stavem a variabilitou průběhu. Na podporu tohoto tvrzení uvádíme odlišné trajektorie některých život ohrožujících a limitujících onemocnění, které tuto skutečnost dokreslují obrázky 4, 5 a 6.



Obr. 4 trajektorie nemoci u maligních onkologických onemocnění



Obr. 5 trajektorie nemoci u cystické fibrózy



*Obr. 6 trajektorie nemoci u neurodegenerativních onemocnění*

Haroková & Chrastina (2022) upozorňují, že i přes pokrok v medicíně a technologické inovace dochází u některých onemocnění k předčasnému úmrtí, a to i během školní docházky. Pedagogové, včetně speciálních, na takové situace často nejsou dostatečně připraveni. Specifické dovednosti, nástroje a postupy zatím nejsou běžnou součástí pregraduálního vzdělávání a role pedagoga v paliativním týmu zůstává nejednoznačně definována.

**Vzhledem k nejednotnosti termínů, k multidisciplinární spolupráci** a kontextu různých resortů, se kterými text pracuje, se v tomto textu **přikláníme k používání termínů tělesné postižení a zdravotní postižení**, které **zahrnuje nemoc a zdravotní oslabení**, jak jej v původní klasifikaci používají profesor František Kábele a profesorka Marie Vítková. Tyto **termíny budou použity jako zastřešující** a v relevantních případech pak budou používány i termíny **nemoc a zdravotní oslabení**.

## **Celostní přístup a celoživotní péče v somatopedii**

Současná speciální pedagogika a její disciplíny se zaměřují na celostní a celoživotní péči o jedince s tělesným postižením a zdravotním postižením, která pokrývá jednotlivé fáze života, od rané péče přes období vzdělávání a profesní přípravy až po podporu v dospělosti a stáří. Podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) jsou postižení, omezení a znevýhodnění vnímány jako **vícerozměrný fenomén** ovlivněný kontextem. Moderní **bio-psycho-sociální model MKF** nahrazuje původní biomedicínský přístup a přináší **holistický pohled** na to, jak zdravotní stav jedince ovlivňuje jeho schopnost vykonávat každodenní činnosti a účastnit se společenského života, přičemž zohledňuje jak osobní, tak environmentální faktory. Tento přístup podporuje **interdisciplinární spolupráci mezi různými obory** a pomáhá identifikovat nejen fyzické, psychické a sociální překážky, ale

i potenciál pro seberozvoj, seberealizaci a dosažení kvalitního života (Kantor, 2011; ÚZIS ČR, n.d.; Vítková, 2006; Vítková in Bartoňová & Vítková, 2015).

**Klíčovými složkami péče** o jedince s tělesným postižením a zdravotním postižením **jsou diagnostika, poradenství a intervence**, které jsou zajišťovány koordinovanou multidisciplinární, resp. **interdisciplinární** týmovou spoluprací a kterým se budou věnovat následující kapitoly. Na bio-psycho-sociální model navazuje komplexní rehabilitace, která zahrnuje oblasti léčby, sociální podpory, pedagogiky a pracovní rehabilitace. Tento přístup poskytuje praktickou podporu a přispívá ke zlepšení kvality života prostřednictvím poradenských služeb a terapeutických intervencí, které se zaměřují na individualizované potřeby klientů. Spolupráce odborníků z různých disciplín je zde základním předpokladem efektivního fungování jak MKF modelu, tak komplexní rehabilitace (Jankovský, 2001; Novosad & Novosadová, 2000).

## **Speciálněpedagogická diagnostika somatopedická**

---

Somatopedická diagnostika představuje klíčový nástroj ve speciální pedagogice, zaměřený na identifikaci a analýzu potřeb jedinců s tělesným postižením a zdravotním postižením. Je nedílnou součástí poradenství a navazuje na ni stanovení efektivních a funkčních intervenčních postupů. V kontextu holistického přístupu je somatopedická diagnostika více než jen identifikace fyzických omezení. Zahrnuje komplexní posouzení, které bere v úvahu nejen fyzické, ale i emocionální, sociální a kognitivní aspekty jedince. Tento přístup umožňuje vytvořit integrované strategie, které podporují jeho nejen akademický, ale i osobní a sociální růst.

Pro obor somatopedie je stále prioritní oblast formálního vzdělávání. Blíže se tedy zaměříme na **speciálně pedagogickou diagnostiku ve výchovně-vzdělávacím procesu** s respektem k cílovým skupinám somatopedie.

Diagnostika zahrnuje systematické shromažďování rozsáhlého množství dat a informací, které jsou následně analyzovány a interpretovány. **Speciálněpedagogická diagnostika somatopedická** integruje také diagnostiku lékařskou a sociální, nezbytná je tedy multioborová spolupráce. Jejím úkolem je reflektovat jak dosavadní vývoj, tak současný stav učení, který vytváří **kompetenční profil** žáka (Vítová in Bartoňová & Vítková, 2015). Takto je možné vytvořit individualizovaná doporučení, která mohou zahrnovat širokou škálu opatření, vycházející z potřeby jedince. Podstatnou součástí je pak také monitorování efektivity opatření a případná rediagnostika.

V průběhu let 2016–2020 vznikla díky projektu *KIPR – Kvalita-Inkluze-Poradenství- Rozvoj v rámci KA3 a KA4 jednotná pravidla pro poskytování služeb ŠPZ*. Jednou z jejich obsahových částí je také část diagnostická a intervenční s navrženými postupy, ověřovanými doménami a doporučenými diagnostickými nástroji. Na tento projekt navazovaly rozvojové programy „*Vybavení školských zařízení diagnostickými nástroji*“, tak aby všechna zařízení disponovala dostatečným vybavením. Uvedené postupy reflektují mj. některé metodiky pro práci s žáky s tělesným postižením a zdravotním postižením – *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb, Diagnostické domény pro žáky s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*.

Doporučení vychází z obecných diagnostických zásad a postupů, proto se standardně k získání potřebných informací využívá jak **klinických**, tak **testových metod a nástrojů**.

K nejužívanějším klinickým metodám v somatopedii **patří anamnéza, rozhovor, pozorování a analýza produktů** (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015; Zezulková & Kovářová, 2013; Opatřilová, 2022).

**Anamnézou** jsou získávány komplexní údaje o jedinci. **Osobní zdravotní anamnéza** shrnuje chronologicky informace o průběhu těhotenství a porodu, o psychomotorickém vývoji jedince, o prodělaných onemocněních, úrazech, realizovaných i plánovaných operacích, rehabilitacích, o způsobu léčby, délce jejího trvání, v některých případech zahrnuje rovněž farmakologickou anamnézu. Tyto údaje jsou dále doplněny o **anamnézu rodinou a sociální**, které přináší informace o rodinném zázemí, úplnosti rodiny, vztazích mezi členy, podrobnější informace o rodičích – věk, vzdělání, jejich zdravotní stav anebo socioekonomická situace rodiny. Anamnézu provádí speciální pedagog ve spolupráci se sociálním pracovníkem poradenského zařízení, nejčastěji prostřednictvím **rozhovoru**. Neméně důležitá je rovněž **pedagogická anamnéza dítěte nebo žáka**. Zde jsou získávány informace o dynamice průběhu dosavadního výchovně-vzdělávacího procesu a vývoje. Důležitá jsou sdělení o **adaptaci, ne/realizaci odkladu školní docházky, zvládání nároků školského zařízení vč. personálního zajištění a počtu žáků ve třídě**. Tyto informace jsou získávány z rozhovoru s pedagogy, případně dotazníkem nebo formulářem vyplňovaným pedagogickým pracovníkem školského zařízení, a doporučen je i dvoustupňový rozhovor – tedy rozhovor s rodiči a dítětem, následně s dítětem samotným. Anamnéza poskytne komplexní pohled na jedince a faktory ovlivňující jeho vývoj (Přinosilová, 2007; Opatřilová, 2022; Kovaříková, Chadimová, Jabůrek, & Zapletalová, 2024). Jak již bylo řečeno, pro obor somatopedie je klíčová **interdisciplinární spolupráce**, a to již v případě diagnostického procesu. Takto provázaná spolupráce garantuje, že všechny aspekty jsou zohledněny a **diagnostika je co nejkomplexnější a nejpřesnější**. Anamnestické údaje

**jsou proto doplněny** jak o analýzu **lékařské dokumentace** (uvedený výčet zde není taxativní, nejčastěji se jedná o zprávy z neurologie, ortopedie, zprávy z lázeňských pobytů, diabetologie; u jedinců se závažným zdravotním stavem, vzácnými, onkologickými onemocněními a posttraumatickými stavy se mnohdy jedná o multioborové zprávy a zprávy konziliárních vyšetření), tak **analýzu školních produktů** (portfolia, sešity, evidence klasifikace/hodnocení apod.). Ke stanovení závěrů a kompetenčního profilu žáka je pak nutné stanovení jeho aktuální úrovně dovedností a schopností.

**Objektivní evaluaci** úrovně dovedností a schopností jedince pak zajišťuje implementace **testových metod a nástrojů prováděných pracovníky poradenského zařízení**. Vzhledem k velké variabilitě cílové skupiny v somatopedii je nutná zároveň vysoká míra flexibility speciálního pedagoga, příp. psychologa, a dostatečný výběr objektivních metod.

Čadová, et. al. (2015), Opatřilová (2022), Kovaříková, Chadimová, Jabůrek, & Zapletalová (2024) uvádějí sledování celkem 16 domén ukázaných v tabulce č. 1.

1. Hrubá motorika	9. Smyslové vnímání
2. Jemná motorika	10. Pozornost
3. Úchop	11. Paměť
4. Grafomotorika	12. Emocionalita
5. Lateralita	13. Adaptabilita a sociabilita
6. Komunikace	14. Pracovní dovednosti
7. Intelektuální funkce	15. Sebeobsluha
8. Kognitivní funkce	16. Sociokulturní schéma

*Tab. 1 sledované diagnostické domény*

Pro každou doménu je dána série položek odstupňovaných věkem a náročností. U většiny domén je hodnocení vyjádřeno 4. stupňovou škálou charakterizovanou % kvantifikátorem vyjadřujícím úbytek funkce, spolu se slovním popisem:

- 0 – zvládá (výrok sám vyjadřuje 0 úbytku funkce, tj. normu),
- 1–25% úbytek – zvládá s lehkou dopomocí, nebo jenom občas,
- 2–50% úbytek – zvládá částečně, potřebuje pomoc,
- 3–75% úbytek – naznačí,
- 4–100% úbytek – nezvládá.

K hodnocení motorických kompetencí jedince se zpravidla ve zprávě vyjadřuje neurolog. Pokud tato zpráva není k dispozici, není aktuální nebo kompletní, existuje několik standardizovaných testových baterií, vč. diagnostiky posuzující nezávislost při vykonávání

běžných denních činností (zahrnuje tedy domény 1, 2, 15). V tabulce č. 2 níže uvádíme srovnávací přehled a návrhy testů podle Šteflové (2021), Opatřilové (2022) a autorů jednotného diagnostického manuálu určeného pracovníkům školským poradenským zařízením: Kovaříkové, Chadimové, Jabůrka, & Zapletalové (2021).

<b>Šteflová</b>	<b>Opatřilová</b>	<b>diagnostický manuál</b>
	<b>Vývojové škály</b>	
	Gesselova, Bay BSID III, Vývojová škála Bayleyové	BSID III, Vývojová škála Bayleyové
<b>Testy motoriky</b>		
Movement Assessment Battery for Children – MAB-C-2	Movement Assessment Battery for Children 2 – MABC 2	MABC 2, Test motoriky pro děti
Bruninks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Sec. Edition – BOT 2	Oseretzského škála (Bruininsk-Oseretsky test of Motor Proficiency – BOTMP)	
POLYGON – A New Fundamental Movement – POLYGON	Orientační test dynamické praxe	
Körperkoordinationstest für Kinder 3. Aufgabe, – TKT	Test rovnováhy a pohybové koordinace	
Test of Gross Motor Development-Third Edition TGMD-3	<b>Testy svalové síly</b>	
McCarron Assessment of Neuromuscular Development – MAND	Funkční svalový test dle Jandy	
Manchester Motor Skills Assessment – MMSA	<b>Testy zručnosti</b>	
Motor skills Development as Basis for Learning – MUG	Poppelreuterova zkouška	
Test zur Erfassung motorischer Basiskompetenzen – MOBAQ	Dexterimetr	
	Walterova zkouška	
	<b>Testy nezávislosti v sebeobsluze (ADL)</b>	
	Základní Barthelové test Barthel Index (BI) n	Škály funkční nezávislosti (IPPP)
	Funkční míra nezávislosti Functional Independence Measure (FIM)	

*Tab. 2 přehled diagnostických testů motorických kompetencí a nezávislosti v sebeobsluze*

Je nutné mít na paměti, že cílovou skupinou v somatopedii nejsou pouze osoby s tělesným postižením, ale i jedinci se zdravotním postižením, u kterých uvedené domény mohou být v normě, přesto má jejich onemocnění významný dopad na vzdělávání a učení. Jedná se např. o jedince s epilepsií, kdy je prokázáno, že primární onemocnění může mít negativní dopad na kognitivní funkce. V případě závažných, typicky juvenilních nebo farmakorezistentních forem epilepsie se hovoří i o tzv. epileptické encefalopatii (Kolář, Pejčochová, Horák & Ošlejšková, 2020; srov. Ramos Rivera, 2016). Poruchy kognitivních funkcí anebo zhoršení školních a sociálních dovedností byly Tůmou (2007), Obermannovou & Šumníkem (2009) a Šmahelovou (2017) referovány mj. v případě nedostatečně kompenzovaného diabetu mellitu 1. typu a opakovaných středně těžkých hypoglykemií.

V neposlední řadě mohou být podle např. Ressnera & Bártové (2012), Kepáka et al. (2007) a Tyrlikové & Brázdila (2007) kognitivní funkce ovlivněny také nežádoucími účinky farmakologické terapie, nebo, jak uvádí Kališová et. al (2016), vedlejšími účinky léčby (př. elektrokonvulzivní terapie).

Pro tyto případy jsou významné **testy hodnotící kognitivní funkce**. Vycházíme zde z jednotného diagnostického manuálu a praxe.

<b>Kognitivní funkce – paměť</b>	
<b>Komplexní test</b>	
Test paměti a učení TOMAL – 2	Předkládá přehled o celkovém pamětním výkonu, celkový verbální, celkový nonverbální výkon a křivky učení, které lze srovnávat s normativními výsledky odpovídajícími věku probanda.
Některé subtesty WISC III.	
<b>Specifický – okamžité a oddálené vybavení</b>	
Rey-Osterriethova komplexní figura	neverbální test, kresebný test
Reyův 15položkový paměťový test	Test je vhodný k vyloučení předstírání poruch paměti.

*Tab. 3 přehled diagnostických testů mnestických funkcí (domény 11,8)*

V souladu s potřebami jedince jsou sledovány další kognitivní funkce, ke kterým jsou určeny specifické doporučené testy, jejichž přehled je uveden v následující tabulce.

<b>Kognitivní funkce – zrakové vnímání</b>
Test obkreslování
Reverzní test
<b>Kognitivní funkce – pozornost</b>
Test pozornosti d2
Barevný test cesty pro děti
TMT test cesty

Tab. 4 přehled diagnostických testů kognitivních funkcí, zrakového vnímání a pozornosti

Někdy bývají testy hodnotící úroveň zrakového vnímání součástí testů školní připravenosti. Neméně důležité je posouzení současného stavu učení, pro které jsou určeny gramotnostní testové baterie.

<b>Školní připravenost</b>	<b>Gramotnostní testové baterie</b>
MATERS, Test mapující připravenost na školu	diagnostika schopností a dovedností v oblasti čtení a psaní (1. a 2. ročník, 3. a 4. ročník)
Diagnostika školní připravenosti	baterie gramotnostních dovedností pro žáky 2.–5. ročníku a 6.–9. ročníku
	diagnostika specifických poruch učení u adolescentů a dospělých osob
	případně testy v oblasti matematických dovedností

Tab. 5 přehled diagnostických testů školní připravenosti a školních dovedností

Nedílnou součástí vyšetření dětí, žáků a studentů s tělesným postižením, zdravotním znevýhodněním nebo oslabením je vyšetření prostřednictvím komplexních inteligenčních testů.

<b>Verbální</b>
IDS, Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5–10 let
WISC III, Wechslerova inteligenční škála pro děti + WAIS III, Wechslerova inteligenční škála pro dospělé
WJ-IE, Woodcock-Johnson International Edition
I-S-T 2000 R, Test struktury inteligence
<b>Neverbální</b>
SON-R 2,5 - 7, Snijders-Oomen neverbální inteligenční test
Standardní progresivní matice
Ravenovy progresivní matice pro pokročilé

Tab. 6 přehled inteligenčních diagnostických testů a škál

V neposlední řadě jsou při výběru vhodné testy a baterie vzdělávací cesty, které doplňují komplexní inteligenční testy.

<b>Profesní orientace</b>
B-I-T II, Test profesních zájmů
DVP, Dotazník volby povolání a plánování profesní kariéry
LMI, Dotazník motivace k výkonu
LSI, Dotazník stylu učení

*Tab.7 přehled diagnostických dotazníků profesní orientace*

Specifickou skupinu pro diagnostiku a rediagnostiku tvoří jedinci s progresivními onemocněními, jako je například Duchennova svalová dystrofie nebo vzácná metabolická onemocnění (např. Mukopolysacharidóza typu III, Neuronální ceroidní lipofuscinóza typu NCL 2). U těchto dětí, žáků je během vzdělávání nutné volit diagnostické nástroje a postupy s ohledem na aktuální stav a schopnosti jedince a také pečlivě zvažovat frekvenci a potřebu vyšetření.

U posttraumatických nebo postonkologických stavů, kdy rodiče či škola hlásí výrazné zhoršení studijních dovedností, bývá obtížné určit, zda jde o důsledek úrazu nebo léčby, protože často chybí přesné (objektivní) informace o premorbidním stavu dítěte před onemocněním nebo úrazem.

Uvedený výčet používaných metod v této subkapitole **není taxativní. Zcela samostatnou doménou je posouzení úrovně řečového vývoje**, která se zpravidla provádí ve spolupráci se speciálněpedagogickými centry pro vady řeči nebo s klinickými logopedy. Z tohoto důvodu a z důvodu komplexnosti tedy **speciálněpedagogické diagnostika logopedická** a přehled používaných metod v této kapitole zařazen **není**.

Komplexní speciálněpedagogická diagnostika poskytuje východisko pro volbu vhodných podpůrných opatření a intervencí, které zlepšují kvalitu života klienta a umožňují mu se co nejlépe zapojit do vzdělávacího procesu a sociálního prostředí. Diagnostika je nedílnou součástí poradenství, které je realizováno celoživotně.

## **Poradenství**

Poradenství představuje klíčovou součást podpory jednotlivců napříč různými resorty, ať už se jedná o školství, zdravotnictví, sociální služby, či pracovní prostředí. V této kapitole se zaměříme na různé aspekty poradenství napříč jednotlivými resorty.

V gesci **Ministerstva zdravotnictví** je dostupná péče **center Provázení**, která nabízí podporu rodinám dětí se vzácným onemocněním, těžkým zdravotním postižením, prematuritou, nízkou

nebo extrémně nízkou porodní hmotností. Usnadňuje tak rodinám náročný proces spojený s adaptací na vzniklou situaci. Centrum provázení zahajuje své služby vždy na doporučení lékaře, se souhlasem rodiny dítěte a odehrává se ve zdravotnickém zařízení, nejčastěji v nemocnici. Provázení rodiny zahrnuje **podporu** např. **při sdělení diagnózy a krátce po ní, při vyšetřeních a hospitalizacích dětského pacienta, při komunikaci s lékaři, při seznámení s patientskou organizací, při navázání spolupráce s následnými službami** (raná péče, paliativní podpora).

Dále do gesce Ministerstva zdravotnictví spadá paliativní a hospicová péče.

V resortu **Ministerstva práce a sociálních věcí** je osobám s tělesným postižením, zdravotním postižením nabízena řada služeb. **Sociálně právní poradenství, služby sociální péče** (např. asistenční služby, pečovatelské služby, podpora samostatného bydlení, respitní služby a další) a **služby sociální prevence** (raná péče, krizová pomoc, sociálně terapeutické dílny).

Nejužší spolupráci se speciální pedagogikou představuje komplexní **služba Rané péče**. Odborná, převážně terénní služba zaměřená na podporu rodin dětí do 7 let, poskytující poradenství, konzultace a přímou terapeutickou péči o dítě. Hlavním cílem je podpora vývoje dítěte a posílení rodiny. Služby rané péče mají preventivní charakter. Cíleným poskytováním poradenských služeb, informací a terapeutické činnosti snižuje vliv primárního postižení, a zabraňuje tak vzniku druhotného postižení. Ranou péči definuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v § 54.

Specifickou službou resortu MPSV je pak **poradenství pro osoby se zdravotním postižením (OZP) Úřadu práce**, který nabízí poradenství k pracovnímu uplatnění na chráněném pracovním místě či u běžného zaměstnavatele, informace k pracovní rehabilitaci ve spolupráci s ergoterapeutickými centry, zajišťujícími ergoterapeutické vyšetření.

Významné místo v poradenství má neziskový sektor (**obecně prospěšné společnosti**: poskytují veřejně prospěšné služby, jako jsou sociální služby, vzdělávání nebo zdravotní péče; **zapsané spolky**: naplňují společenské, kulturní, vzdělávací nebo jiné zájmy svých členů; **nadace a nadační fondy**: poskytují finanční podporu na konkrétní účely; **církevní právnické osoby**: organizace zřizované církevními a náboženskými společnostmi, které se věnují charitativní, i vzdělávací činnosti).

Mnohdy opomíjenou oblastí je poradenství v oblasti vztahů, partnerství a sexuality. Pro osoby s tělesným postižením mohou být vztahy a sexualita spojeny s unikátními výzvami, které vyžadují specifický přístup a porozumění. Podpora je zabezpečována na několika úrovních. **Sexuální důvěrník** je odborník, který poskytuje poradenství a podporu v oblasti sexuality a vztahů, ale neprovádí fyzické interakce. Naopak **sexuální asistence** zahrnuje i fyzický

kontakt, jako jsou doteky, masáže nebo sexuální interakce, a je poskytována proškolenými asistenty a asistentkami. **Intimní asistence** je podobná sexuální asistenci, ale může zahrnovat širší spektrum intimních aktivit, které pomáhají klientům prožívat jejich sexualitu pozitivním způsobem.

Resort **Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT)** pak zajišťuje poradenství v oblasti vzdělávání a profesní přípravy. Zde má zastoupení speciálního pedagoga tradičně nejsilnější pozici. Klíčová jsou **Školská poradenská zařízení (ŠPZ)** a **školní poradenská pracoviště (ŠPP)**. Zejména tedy **Speciálně pedagogická centra (SPC)** pro děti, žáky a studenty s tělesným postižením, ev. SPC pro děti, žáky a studenty s kombinovaným postižením, případně Pedagogicko-psychologické poradny (**PPP**), které spolupracují se **ŠPP** na školách. Činnost SPC a PPP se řídí vyhláškou 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. V příloze č. 2 této vyhlášky jsou definovány standardní činnosti **obecné (komplexní nebo zaměřená speciálněpedagogická a psychologická diagnostika, speciálněpedagogická a psychologická intervence a poradenská podpora, informační a metodická činnost, podpora a evidence)** a zejména pak **speciální, kam spadají např. tyto činnosti:**

- Individuální **speciálněpedagogická a psychologická diagnostika** u žáků s tělesným postižením pro účely stanovení podpůrných opatření a v případě potřeby i zpracování návrhů na vzdělávání žáka ve třídě zřízené pro žáky s tělesným postižením.
- **Posouzení předpokladů pro rozvoj školních dovedností** žáka z hlediska jeho psychomotorického vývoje.
- Budování a **rozvoj komunikativních, lokomočních, manipulačních** a dalších dovedností žáků s tělesným postižením.
- Ve školním věku, metodika nácviku čtení a psaní, tj. zejména grafomotorika, po obsahové a technické stránce, **specifické metodiky nácviku psaní a čtení nebo alternativních metod čtení.**
- Speciální nácvik práce s PC jako prostředkem komunikace a získávání informací.
- Zajišťování logopedické péče žákům s tělesným postižením. (vyhláška 72/2005 Sb.)

Úkolem poradenství je nejen předávat odborné informace, ale také posilovat schopnosti jedinců zvládat každodenní výzvy a vést je k rozvíjení vlastních dovedností. Individuálně přizpůsobený přístup umožňuje, aby intervence odpovídaly jejich potřebám a respektovaly jejich osobní cíle a kontext. Důraz na komplexní poradenství vytváří pevný základ, na kterém lze stavět další podpůrné přístupy, jako jsou rehabilitační intervence a terapeutické přístupy.

## Vybrané rehabilitační intervence a terapeutické přístupy

---

Pro jedince s tělesným postižením, zdravotním postižením a zdravotním oslabením jsou **terapeutické přístupy** koncipovány tak, aby se soustředily na jedinečné potřeby každého člověka. Jak popisuje Müller (2014), jde o odborné a cílené jednání zaměřené na eliminaci nebo zmírnění obtíží, odstranění příčin a dosažení pozitivní změny. **Cílem těchto terapií je tedy nejen zmírnit symptomy a zlepšit zdravotní stav, ale i podpořit celkový rozvoj a kvalitu života jednotlivce.**

U osob s tělesným postižením, zdravotním postižením a zdravotním oslabením je dominující **léčebná oblast**, která se zaměřuje na **fyzické aspekty terapie**. Konkrétní terapeutické oblasti zahrnují **fyzioterapii, ergoterapii, fyzikální terapii, ale také např. operativní a farmakoterapii.**

### *Fyzioterapie*

---

**Fyzioterapie**, realizovaná kvalifikovaným fyzioterapeutem, pracuje s metodami jako **Vojtova metoda nebo Bobath koncept**, které stimulují vrozené pohybové vzorce a obnovují pohyblivost, což napomáhá jedinci k samostatnosti a kvalitnímu pohybu. Dále se uplatňuje také **metoda DNS** (dynamické neuromuskulární stabilizace) podle prof. Koláře, Dornova metoda, Kabatova metoda, metoda podle Čáповé, Klappovo lezení.

**Vojtova metoda**, známá také jako **reflexní lokomoce**, využívá stimulaci specifických zón pomocí střídání tlaku a tahu k aktivaci vrozených pohybových vzorců, jako je reflexní plazení a reflexní otáčení. Cílem je prostřednictvím těchto reflexních pohybů vyvolat nebo obnovit vrozené svalové vzorce, které jedinci umožňují kvalitní motoriku, sebeobsluhu a lokomoci (zejména stoj a chůzi).

**Bobath koncept**, také známý jako neurovývojová terapie. **Klíčovými prvky** Bobathovy metody jsou inhibice, facilitace a handling. **Inhibice** se zaměřuje na snížení zvýšeného svalového tonu a patologických pohybových a posturálních vzorců, například vhodným polohováním klienta. **Facilitace** podporuje normální polohové a pohybové vzorce, čehož se dosahuje například tlakem na **tzv. klíčové body**. Klíčové body kontroly, jako jsou hlava, paže a pánev, jsou části těla, ze kterých lze nejúčinněji redukovat spasticitu a zároveň podporovat správný pohyb.

**Handling** zahrnuje způsoby uchopování a fyzické manipulace s klientem, jako je zvedání, otáčení a nošení. Využívá senzoričkových podnětů a **různých pomůcek**, jako jsou klíny, válce, gymnastické míče pro podporu pohybové koordinace a **motorického učení**.

Pozornost je soustředěna také na sled **orálních pohybových vzorů při krmení** a vokalizaci, a to jako nezbytný předpoklad správného vývoje řeči.

Terapie je navržena tak, aby ji bylo možné aplikovat v rámci různých aktivit v přirozeném prostředí dítěte.

**Dynamická neuromuskulární stabilizace (DNS)** je terapeutický koncept zaměřený na obnovu a zlepšení funkce pohybového aparátu jedinců prostřednictvím aktivace a posílení stabilizačních svalů. Hlavními prvky DNS jsou **cvičení ve vývojových pozicích**, které odpovídají vývojovým stádiím lidského pohybu, jako je lezení, sed, stoj a chůze. Dále se DNS zaměřuje na **správnou aktivaci svalových řetězců a posturálních reakcí**, což vede k obnově správných pohybových vzorců (DNS, n.d.).

### *Ergoterapie*

---

Ergoterapie zajišťuje **maximální soběstačnost** jedince pomocí smysluplných činností, které udržují a rozvíjejí schopnosti potřebné pro **běžné denní úkoly (ADL), pracovní a volnočasové aktivity**. Ergoterapie podporuje maximální možnou **soběstačnost a účast jedince v běžném životě**, přičemž plně respektuje jeho **osobnost a individuální možnosti**. Podle Votavy (2009) jsou na základě ergodiagnostického vyšetření (analýza pracovních činností a pracovního potenciálu) **nacvičovány běžné denní činnosti (ADL)**, jak personální (např. příjem jídla, oblékání, koupání), tak instrumentální (např. příprava jídla, nakupování, manipulace s penězi) v nemocničním i domácím prostředí uživatele, **předpracovní rehabilitace** (trénink tolerance zátěže, vytrvalosti, nácvik pracovních dovedností) a ve spolupráci s ostatními odborníky doporučuje **vhodné pracovní a studijní začlenění** osob s tělesným a zdravotním postižením. Podílí se také na **úpravě prostředí v domácnosti** za účelem zvyšování bezpečnosti a facilitaci každodenních činností (uzpůsobení prostoru a nábytku v kuchyni a koupelně, instalace madel apod.). Ve spolupráci se zaměstnavateli jsou pro tyto jedince navrhovány ergonomické úpravy pracovního prostředí, aby bylo bezpečné, bezbariérové a podporovalo efektivní práci (ergonomické úpravy pracovních stanic, přizpůsobení nástrojů a zařízení a zajištění vhodného osvětlení a uspořádání prostoru). V neposlední řadě se ergoterapeuté podílí na úpravách veřejných prostor, jako jsou školy, parky a veřejné budovy, aby byly přístupné pro všechny. To zahrnuje zajištění bezbariérového přístupu, vhodného značení a přizpůsobení mobiliáře (Votava, 2009). **Využívány jsou tedy prostředky diagnostické, terapeutické a preventivní**. **V souladu s MKF diagnostické prostředky identifikují zdravotní postižení nebo funkční omezení (disabilitu) a hodnocení residuálního pracovního potenciálu (abilitu)**. Na základě zjištěných potřeb a schopností jsou uplatňovány terapeutické prostředky, a to prostřednictvím

**stanovení cílů a ergoterapeutického plánu. Preventivní význam ergoterapie spočívá v prevenci vzniku zdravotního postižení** nebo funkčního omezení výběrem vhodných metod a technik. Tento přístup zahrnuje prevenci sekundárních komplikací a podporu zdraví a funkční nezávislosti s cílem umožnit účast v běžném životě, participaci (Votava, 2009; Jelínková, Krivošítková & Šajtarová, 2009).

Jednou z metod ergoterapie je hra. Uplatňuje se zejména u dětí, ale i u dospělých. U dospělých slouží hry k **udržení a rozvoji volnočasových aktivit**. Mezi moderní metody patří také rehabilitace prostřednictvím moderních a interaktivních zařízení včetně např. virtuální reality. Efekt moderní přístrojové rehabilitace ověřoval mezifakultní projekt Katedry speciální pedagogiky, Pedagogické fakulty a Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství, Lékařské fakulty Ostravské univerzity SGS11/PdF-MF/2025 Vliv interkatviní terapie pomocí MYRO na rozvoj motorických, grafomotorických, psacích a sebeobslužných dovedností u dětí s neurologickým onemocněním v multidisciplinárním kontextu.

Intervence u dětí s neurologickými deficity probíhala prostřednictvím MYRO, což je moderní interaktivní zařízení určené k rehabilitaci horní končetiny, které propojuje motorickou a kognitivní složku terapie. Využívá dotykovou a senzorickou plochu, jež reaguje nejen na dotek, ale i na pohyb, tlak nebo tah. Díky tomu umožňuje práci s reálnými předměty (např. kelímky, tužky, klíče), čímž napodobuje běžné denní činnosti a podporuje funkční trénink. Software je vybaven širokou škálou herních a úkolově orientovaných modulů, které stimulují motoriku i kognici – pozornost, plánování, vizuální vnímání či koordinaci oko-ruka, čímž se zvyšuje motivace a aktivní zapojení pacienta do terapie, což je zásadní pro dlouhodobou rehabilitaci po cévní mozkové příhodě (CMP).

Efekt bylo možné vysledovat především ve zlepšení rozsahu pohybu, svalové síly, koordinace a jemné motoriky, ale i grafomotoriky méně významně v oblasti sebeobsluhy. Díky možnosti individualizace bylo možné terapii přizpůsobit aktuálnímu funkčnímu stavu a schopnostem jednotlivce. Interaktivní formát napomohl posílit vnitřní motivaci a zájem o terapii, což bývá těžké zejména u dětí po CMP.

Podle dostupných odborných popisů a klinických zkušeností lze MYRO považovat za účinný doplněk standardní rehabilitace, nikoliv její náhradu. Efektivita byla především u cílové skupiny závislá na četnosti, intenzitě a komplexnosti terapeutického programu, věku a konkrétní diagnóze. Nicméně v rámci mezifakultního projektu byla potvrzen významný přínos pro děti po cévní mozkové příhodě.

## **Fyzikální terapie**

Fyzikální terapie má pro jedince s tělesným postižením a zdravotním postižením velký význam. Napomáhá snížení bolesti, podporuje celkový průběh léčby (hojení, zlepšení krevního oběhu, uvolnění svalového napětí), napomáhá zlepšení psychického stavu jedince a celkovému posílení organismu. Podle Poděbradského a Poděbradské (2009) je fyzikální terapie definována jako „*praktické uplatnění fyzikálních léčebných postupů a metod na živý organismus*“ (Poděbradský & Poděbradská, 2009, s. 13). Autoři sem řadí:

**Elektroterapii:** Elektroterapie využívá elektrické proudy k léčbě bolesti a stimulaci svalů. Tato metoda může zahrnovat různé techniky, jako je transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS) nebo interferenční proudy.

**Ultrazvukovou terapii:** Ultrazvuková terapie využívá vysokofrekvenční zvukové vlny k léčbě měkkých tkání a svalových zranění. Tato metoda může pomoci zlepšit krevní oběh a urychlit hojení.

**Laserovou terapii:** Laserová terapie využívá světelné paprsky k léčbě bolesti a zánětu. Tato metoda může být použita k léčbě různých stavů, včetně artritidy.

**Hydroterapii:** Hydroterapie využívá vodu k léčbě různých zdravotních stavů. Tato metoda může zahrnovat cvičení ve vodě, vířivé koupele nebo použití teplé a studené vody k léčbě bolesti a zánětu.

**Termoterapie:** Využívá teplo k léčbě různých zdravotních stavů. Teplo může být aplikováno pomocí různých metod, jako jsou horké zábaly, parafínové koupele, infračervené záření nebo diatermie. **Využívá se tepelných a horkých podnětů**, které mají *imunobiologický* (např. zvýšení prokrvení může stimulovat imunitní reakci), *spasmolytický* (uvolňují se stahy hladké svaloviny, dochází ke zmírnění křečí) a *analgetický účinek* (zmírnění bolesti spojené s těmito stahy), nebo se využívá **chladných a studených podnětů**, které mají *tonizující* (posiluje a revitalizuje organismus, zvyšuje odolnost organismus vůči stresu) a *analgetický, otoky snižující účinek*. Cílem termoterapie je tedy zlepšit krevní oběh, uvolnit svalové napětí, zmírnit bolest a urychlit hojení tkání.

**Fototerapii:** Terapie, také známá jako světelná, která využívá světelné paprsky. Tato metoda může zahrnovat použití ultrafialového (UV) světla, infračerveného (IR) světla nebo laserového světla. Fototerapie se používá např. k léčbě kožních onemocnění, jako je psoriáza.

Mimo uvedené jsou klasickými metodami:

**Balneoterapie:** Léčebná metoda, která využívá přírodní minerální vody, peloidy a plyny k léčebným účelům. Je často využívána v lázeňství. Využívá se např. při léčbě revmatických onemocnění, kožních problémů, oběhových potíží (Jandová, 2012).

**Klimatoterapie:** Ta využívá specifické klimatické podmínky k léčbě a prevenci nemocí. Zahrnuje pobyt v horských oblastech, u moře nebo v jiných specifických klimatických zónách. Klimatoterapie je účinná při léčbě respiračních onemocnění, alergií, kožních problémů a některých psychických poruch (Třískala, 2015).

### ***Bazální stimulace***

---

Bazální stimulace podporuje percepci, která osobám s těžkým tělesným postižením umožní lepší vnímání vlastního těla a podnětů z okolí, čímž jim zároveň pomáhá s okolím navázat komunikaci. Koncept je celostní a **integruje všechny** složky osobnosti. Propojuje vnímání, sociální zkušenosti, myšlení, komunikaci, pocity, pohyb a tělesnou zkušenost. Institut Bazální stimulace (n. d.) popisuje bazální stimulaci jako vědecký **pedagogicko-ošetrovatelský koncept**, který se **zaměřuje na podporu vnímání, komunikace a pohybových schopností jedince**. Zakladatelem je profesor Dr. Andreasem Fröhlich a původně tento koncept vyvinul pro děti s těžkými vrozenými somatickými a mentálními postiženími. Později byl rozšířen na péči o pacienty s těžkými neuromuskulárními deficity a dalšími zdravotními problémy. Bazální stimulace využívá **základní** typy stimulací, jako jsou **somatická, vestibulární a vibrační** stimulace, a **nadstavbové** stimulace, **taktilně-haptickou** (hmatovou), **olfaktorickou** (čichovou), **optickou** (zrakovou), **auditivní** (sluchovou), stimulace **orální** (senzorky dutiny ústní, orofaciálních svalů, svalu jazyka a chuťových vjemů). Stimulace jsou aplikovány k podpoře základních životních funkcí a k zlepšení kvality života pacientů. Tento koncept je interdisciplinární a je využíván v různých oblastech péče, včetně neonatologické intenzivní péče, péče o osoby s kombinovaným postižením, geriatrické péče a paliativní péče.

Mezi další terapeutické přístupy, které se využívají v průběhu celoživotní rehabilitace osob s tělesným postižením, nemocí a zdravotním oslabením, jsou expresivní terapie a zooterapie.

### ***Expresivní terapie***

---

K nejčastěji využívaným expresivním terapiím patří arteterapie, dramaterapie, biblioterapie a taneční/tanečně-pohybová terapie (zde uvádíme pouze stručnou charakteristiku). Jedincům s tělesným a zdravotním postižením využívání expresivních terapií přináší řadu benefitů: možnost vyjádřit své emoce a pocity, zlepšení emocionálního zdraví, podpora a umožnění sebepoznání a sebevyjádření, čímž se podílí na utváření sebevědomí a sebepřijetí. V případě skupinových forem dochází ke zlepšení a prohloubení sociálních dovedností, kreativní aktivity mohou stimulovat kognitivní funkce, a tím podporovat kognitivní vývoj jedinců s tělesným postižením a zdravotním postižením, čímž přispívají k celkovému zvýšení kvality života.

**Dramaterapie** využívá dramatické techniky a procesy k podpoře emocionálního, psychického a sociálního rozvoje. Jedincům s tělesným postižením **pomáhá vyjádřit a zpracovat jejich emoce, zlepšit sociální dovednosti, posílit sebevědomí a zvýšit aktivitu**. Dramaterapie je často skupinovou aktivitou, která podporuje interakci mezi klienty, a proto může u osob s tělesným postižením **snížit pocit izolace**. Mezi používané techniky patří improvizace, rolové hry, pantomima, loutkové hry a dramatizace. Pro potřeby osob s tělesným postižením je důležitá jejich individualizace.

**Arteterapie** je terapeutická metoda, která využívá výtvarnou tvorbu k podpoře zdraví, seberozvoje a růstu, vede také mj. k rozvoji jemné motoriky. **Mezi používané techniky patří kresba, malba, modelování a koláž**. V neposlední řadě je výtvarná tvorba možným způsobem začlenění se do společnosti, získání ocenění. V ČR se propagaci výtvarného umění osob s tělesným postižením věnuje např. nakladatelství UMÚN.

**Biblioterapie** je psychoterapeutická metoda, která využívá čtení a práci s texty. Biblioterapie využívá několik základních technik, které jsou klíčové pro její terapeutický účinek. Identifikace, při níž se čtenář identifikuje s postavou, situací nebo prožíváním emocí v textu, což mu umožní prožít a zpracovat vlastní zkušenosti a emoce. Katarze pak prostřednictvím ztotožnění se umožňuje uvolnění a úlevu od nakumulovaného stresu, případně najít optimální řešení ve vlastní situaci. Čtením získává čtenář nový pohled, příp. nadhled, na své problémy, usnadňuje mu vlastní porozumění. Identifikace navíc dává čtenáři dojem, že není jediný s obdobnými problémy, což posiluje jeho pocity sounáležitosti a podpory.

**Tanečně-pohybová terapie** může u osob s tělesným postižením napomáhat zlepšit motorické dovednosti, koordinaci a rovnováhu, v širším pojetí také uvědomění si a akceptaci vlastního těla. V tanečně-pohybové terapii existuje několik technik, které se používají u osob s tělesným postižením, např. **bazální tanec, body – ego technika** nebo symbolická taneční terapie, **Port de Bras**.

### ***Zooterapie***

---

Zooterapie využívají k terapii účast zvířete. Interakce se zvířetem přináší psychickou úlevu a pocit pohody, což pozitivně ovlivňuje jak fyzické, tak psychické zdraví člověka. Zvířata mají na lidi blahodárný vliv, který lze využít v podpůrné terapii, jež přispívá k procesu uzdravování. Nejčastěji zastoupenou terapií u osob s tělesným postižením je hiporehabilitace a canisterapie. **Hiporehabilitace** je terapeutická metoda, která využívá koně k podpoře fyzického, psychického a sociálního zdraví. Je zvláště účinná u osob s tělesným postižením, protože kombinuje fyzickou aktivitu s emocionální a sociální podporou. **Pohyb na koni stimuluje**

**svaly a klouby, což může vést ke zlepšení motorických dovedností, rovnováhy a koordinace.** Tento pohyb napodobuje **přirozený lidský pohyb při chůzi**, což vede k aktivizaci jedince (Novák, 2018).

Hiporehabilitace často probíhá ve skupinách, což podporuje sociální interakci a spolupráci mezi klienty. Tato sociální dynamika může vést k lepšímu začlenění do společnosti a snížení pocitu izolace (Kovářová, 2019).

**Canisterapie** využívá psa a zaměřuje se na celkovou podporu osoby s tělesným postižením. Pes v terapii může působit různými způsoby. U dětí a žáků se závažným postižením se nejčastěji aplikuje polohování s pomocí psa. Principy a přínosy canisterapie spočívají **ve fyzickém působení psa na člověka**. Pes má tělesnou teplotu o 1,5–2 °C vyšší než člověk, **teplo a jemný tlak psa na jedince** může vést ke zlepšení krevního oběhu a prokrvení periférií a celkovému uvolnění jedince. Polohování se psem navozuje pocit bezpečí, a zlepšuje tak celkovou pohodu.

### *Logopedická péče a intervence*

---

Klíčovou součástí rehabilitace osob s tělesným postižením je logopedická péče. Péče je komplexní a zahrnuje diagnostiku a terapii poruch řeči a jazyka (např. MA80.2/MA80.20, dysartrie a anartrie; MD93, dysfagie), které se mohou objevit v důsledku některých tělesných postižení. Předmětem logopedické diagnostiky je zhodnocení nejen řečových a jazykových schopností, ale také hodnocení polykání a dalších komunikačních funkcí. **Logopedická intervence** se zaměřuje na zlepšení komunikačních schopností prostřednictvím různých technik a cvičení, **může zahrnovat práci na artikulaci, hlasu, plynulosti řeči a jazykových dovednostech**, včetně **terapeutického krmení**. V závažných případech terapie **může zahrnovat neverbální komunikaci a používání alternativních a augmentativních komunikačních metod**.

S logopedickou péčí úzce souvisí **nutriční terapie a terapeutické krmení**. **Nutriční terapie a terapeutické krmení** hraje významnou roli v podpoře zdraví a zlepšení kvality života jedinců s tělesným postižením a některými onemocněními, protože jim často hrozí vyšší riziko malnutrice, nadváhy nebo metabolických problémů. Zařazení nutriční terapie a terapeutického krmení vede k podpoře růstu a vývoje jedince, zlepšení fyzické funkčnosti a prevence komplikací. **Nutriční terapie** se zaměřuje na optimalizaci příjmu makro a mikronutrientů, na udržení energetické rovnováhy a minimalizaci rizik spojených s metabolickými dysfunkcemi (King, J. L., Pomeranz, J. L. & Merten, J., 2014).

**Terapeutické krmení** je metoda, která může doplňovat nutriční terapii a používá se k podpoře správného žvýkání, sání a polykání, často u dětí s vývojovými nebo zdravotními problémy.

Zahrnuje používání speciálních pomůcek (např. špátle, terapeutické lahve, hrnky, lžičky a další).

### *Alternativních a augmentativní komunikační metody (AAK)*

---

**Alternativní a augmentativní komunikace** umožňuje jedincům s těžkým tělesným postižením vyjádření jejich potřeb. Zvyšuje tak jejich samostatnost a podílí se na rozvoji kognitivních funkcí a jazykových kompetencí. **Augmentativní komunikace** doplňuje nebo podporuje existující verbální schopnosti a dovednosti uživatele. Příkladem může být **znak do řeči**, použití komunikačních tabulek nebo elektronických zařízení, která pomáhají zlepšit srozumitelnost mluvené řeči (Maštalír, 2018). **Alternativní komunikace** nahrazuje verbální komunikaci u osob, u nichž není řeči rozvinuta. Příkladem alternativní komunikace, používané u osob s tělesným postižením, jsou systémy jako **VOKS** a **DAR**, které poskytují úplně jiný způsob komunikace než mluvená řeč (Kubová, 2019). V současné době technologického pokroku jsou stále častěji využívány **kunikační zařízení a aplikace v mobilních zařízeních** (např. **Go Talk Now, Grid Player, Řečový asistent** apod.).

### *Volnočasové aktivity*

---

Význam volnočasových aktivit v životě osob s tělesným postižením je neoddiskutovatelný. Podílí se na zlepšení fyzického i duševního zdraví, snižuje sociální izolaci, rozvíjí u jedinců nové dovednosti, zvyšuje jejich sebevědomí a sebedůvěru. V podpoře **volnočasových aktivit** jsou to pak **různé modifikace sportů**, jako např. **boccia, parajezdeckví, paravoltiž, plavání (Halliwickova metoda), sjezdové lyžování s monoski, sledge hokey, lukostřelba, rugby, basketball nebo šerm na invalidním vozíku**.

## **Závěr**

---

Somatopedie jako obor se zabývá podporou jedinců s tělesným a zdravotním postižením, přičemž jejím cílem je zajistit těmto osobám co nejvyšší kvalitu života a možnost aktivního zapojení do společnosti. Klíčové jsou zejména diagnostické postupy, které se snaží pochopit nejen fyzické, ale i emocionální a sociální potřeby jedince, a tím umožnit individualizované nastavení péče a intervencí.

Somatopedie se opírá o celostní bio-psycho-sociální model, který se zaměřuje na širokou škálu aspektů každodenního fungování a na sociální inkluzi jednotlivce. Speciálněpedagogická diagnostika, multidisciplinární týmová spolupráce a dlouhodobá podpora jsou základními prvky v práci s cílovou skupinou, přičemž se využívá jak moderních terapeutických přístupů,

tak asistivních technologií. Celkově somatopedie usiluje o maximální míru soběstačnosti, začlenění do pracovního života a participaci na společenských aktivitách, což podporuje rovněž nabídka volnočasových aktivit přizpůsobených specifickým potřebám této skupiny.

## Literatura

---

- American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (4th ed.). Bethesda, MD: AOTA.
- Bicková, J., a kol. (2020). *Zooterapie v kostce: Minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete*. Praha: Portál.
- Centrum Provázení. (n.d.). *Centrum Provázení*. <https://centrumprovazeni.cz/centrum-provazeni/>
- Čadová, E. et al. (2015) Katalog podpůrných opatření. Dílčí část. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- DNS. (n.d.). *Dynamická neuromuskulární stabilizace*. Dostupné z <https://www.dns-cz.com/metoda-dns>
- [https://pallium.cz/wp-content/uploads/2022/12/Stav\\_DPP\\_2020\\_FINAL.pdf](https://pallium.cz/wp-content/uploads/2022/12/Stav_DPP_2020_FINAL.pdf)
- Haroková, M., & Chrastina, J. (2022). Umírající žák s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním v inkluzivním vzdělávání: Teoretický rámec. *AP EduPort*, 6(1), 27-37. <https://doi.org/10.21062/edp.2022.003>, dostupné z [https://eduport.pf.ujep.cz/cz/artkey/edp-202201-0002\\_dying-pupil-with-life-limiting-or-life-threatening-illness-in-the-context-of-inclusive-education-a-theoretical.php](https://eduport.pf.ujep.cz/cz/artkey/edp-202201-0002_dying-pupil-with-life-limiting-or-life-threatening-illness-in-the-context-of-inclusive-education-a-theoretical.php)
- Hiporehabilitace ČR. (n.d.). *Hiporehabilitace*. Dostupné na <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/>
- Chrastina, J., Ivanová, K., Marečková, J. 2009. *Životní styl s chronickou nemocí – teoretická východiska*. In ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K. (eds.). *Teória, výskum a vzdelavanie v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii*. Martin: Jeseniova lékarská fakulta, 2009. s. 193–207. ISBN 978-80-88866-61-9.
- Chrastina, J., Ivanová, K., Žiaková, K., Schwetzová, D., Vránová, V. *Chronická nemoc, její definování a chápání pohledem nemocného a rodinných příslušníků*. In Čáp, J., Žiaková, K. (eds.). *Teória, výskum a vzdelavanie v ošetrovatel'stve*. Martin: Jeseniova lékarská fakulta, 2011. s. 112–127. ISBN 978-80-89544-00-4.
- Institut Bazální stimulace. (n.d.). *O bazální stimulaci*. Bazální stimulace. <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

- Jandová, D. (2012). *Základy balneologie*. Praha: Karolinum.
- Jankovský, J. (2001). *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska* (1. vyd.). Praha: TRITON.
- Jelínková, J.; Krivošítková, M.; Šajtarová, L. (2009). *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
- Kališová, L., Kubínová, M., Michalec, J., Pešková, B., Šimonová, M., Zajícová, M., Mádlová, K., & Albrecht, J. (2016). Elektrokonvulzivní terapie a její vliv na kognitivní funkce. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 112(1), 36–43. Dostupné z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1064>
- Kantor, J. (2011). Somatopedie – reflexe její současnosti i dalšího vývoje. *e-Pedagogium*, 11(3), 105–113. <https://doi.org/10.5507/epd.2011.037>
- Kepák, T., Blatný, M., Vlčková, I., Navrátilová, P., Kárová, Š., Pavelková, K., Pilát, M., Jelínek, M., Mazánek, P., Múdry, P., Štěrbá, J., & Hrstková, H. (2007). Následky léčby dětských nádorových onemocnění v oblasti neurokognitivních funkcí a jejich vliv na kvalitu života. *Pediatric pro praxi*, 8(6), 353–357. Dostupné z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/06/06.pdf>
- King, J. L., Pomeranz, J. L., & Merten, J. (2014). Nutrition interventions for people with disabilities: A scoping review. *Disability and Health Journal*, 7(2), 157–163. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.12.003>
- Kolář, S., Pejčochová, J., Horák, O., & Ošlejšková, H. (2020). Kognitivní poruchy u dětí s epilepsií. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 83/116(3), 243–250. <https://doi.org/10.14735/amcsnn2020243>
- Kolář, P. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.
- Kovářová, M. (2019). *Sociální integrace prostřednictvím hiporehabilitace*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kovaříková, J., Chadimová, L., Jabůrek, M., & Zapletalová, J. (2024). *Jednotná pravidla pro poskytování poradenských služeb ve školských poradenských zařízeních – diagnostická část*. Dostupné z [https://archiv-nuv.npi.cz/uploads/poradenstvi/JP\\_pro\\_SPZ/C\\_Diagnosticka\\_cast.pdf](https://archiv-nuv.npi.cz/uploads/poradenstvi/JP_pro_SPZ/C_Diagnosticka_cast.pdf)
- Kubová, L. (1996). *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: TECH-MARKET.
- Maštalíř, J. (2018). *Příručka alternativní a augmentativní komunikace*. Horizont: Kyjov.
- Müller, O. (Ed.), & kolektiv. (2014). *Terapie ve speciální pedagogice* (2., přepracované vydání). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4172-7.

- Národní pedagogický institut České republiky. (n.d.). *KIPR: KIPR – Kvalita-Inkluze-Poradenství- Rozvoj*. Dostupné z <https://archiv-nuv.npi.cz/kipr.html>
- Novák, J. (2018). *Hyporehabilitace a její vliv na motorické dovednosti*. Praha: Karolinum.
- Novosad, L., & Novosadová, M. (2000). *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením: Uvedení do problematiky* (Vyd. 1). Liberec: Technická univerzita
- Obermannová, B., & Šumník, Z. (2009). *Hypoglykémie u dětí s diabetem 1. typu – prevence a terapie*. Dostupné z <https://www.tribune.cz/archiv/hypoglykemie-u-deti-s-diabetem-1-typu-8211-prevence-a-terapie/>
- Opatřilová, D. (2022). Speciálně pedagogická diagnostika somatopedická. In *Metodické texty k projektu MUNI 4.0*. Brno: Masarykova univerzita.
- Poděbradský, J., & Poděbradská, R. (2009). *Fyzikální terapie: Manuál a algoritmy*. Praha: Grada Publishing.
- Přinosilová, D. (2007). *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido.
- Ramos Rivera, G. (2016). Epileptické encefalopatie. *Pediatrica pre prax*, 17(3), 120–125. Dostupné z <https://www.solen.sk/storage/file/article/f8c0c9b3b58c6317237118ec1bac9556.pdf>
- Ressner, P., & Bártová, P. (2012). Polékové kognitivní poruchy. *Neurologie pro praxi*, 13(2), 83–86. dostupné z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/02/06.pdf>
- Svoboda, M., Krejčířová, D. & Vágnerová, M. (2015). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (3. vyd.). Praha: Portál.
- Šarounová, J. (2014). *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál.
- Šeflová, I. (2021). Analýza diagnostických prostředků k hodnocení motorické kompetence v mladším školním věku. *Gramotnost, pregramotnost a vzdělávání*, 5(2), 79–97.
- Šmahelová, A. (2017). Diabetes mellitus a poruchy kognice z pohledu diabetologa. *Vnitřní lékařství*, 63(10), 717–720. Dostupné z <https://doi.org/10.36290/vnl.2017.142>
- Třískala, Z. (2015). *Medicína přírodních léčivých zdrojů*. Brno: Masarykova univerzita.
- Tůma, I., & Libiger, J. (2006). Diabetes mellitus a kognitivní poruchy. *Vnitřní lékařství*, 53(5), 486–488. Dostupné z <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2007/05/04.pdf>
- Tyrlíková, I., & Brázdil, M. (2007) Nežádoucí účinky nových antiepileptik. *Neurologie pro praxi*, 2, 76-78. Dostupné z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/02/04.pdf>
- ÚZIS ČR. (n.d.). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Dostupné z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti>

- Vařeka, I. (1995). *Základy fyzikální terapie* (1. vyd.). Olomouc: Vydavatelství University Palackého.
- Vokurka, M., Hugo, J. & kol. (2015). *Velký lékařský slovník* (10. vydání). Praha: Maxdorf.
- Votava, J. (2009). *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*, 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Dostupné z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zezulková, E. & Kovářová, R. (2013). *Speciálně pedagogická diagnostika v praxi*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

## Vzdělávání a doprovázení vážně nemocných dětí, žáků a studentů s život limitujícími onemocněními

doc. Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D., MBA, LL.M.

### Vstup do problematiky život limitujících onemocnění

---

V současné době ve školách vzrůstá počet i vážně nemocných (nevyléčitelně nemocných) dětí, žáků a studentů. V životní etapě dětství a dospívání jsou příčinami těchto závažných stavů dominantně **život limitující** („*life-limiting*“) či **život ohrožující onemocnění** („*life-threatening illness*“). Pro tuto skupinu onemocnění je typické předčasné (dřívější než obvyklé) úmrtí. Přestože se častokrát jedná o onemocnění vzácná („*rare diseases*“), v této skupině lze nacházet zdravotní stavy, se kterými se i speciální pedagog může v průběhu své praxe setkat. Jmenovat lze např. cystickou fibrózu, Duchennovu svalovou dystrofii, spinální muskulární atrofii, těžkou mozkovou obrnu se zdravotními komplikacemi, chromozomální abnormality, onkologická onemocnění apod. V souvislosti s dětským věkem a dospíváním jsou za život limitující onemocnění (ŽLO) nejčastěji považována onemocnění<sup>1</sup> neurologická / neuromuskulární a onemocnění onkologická a hematoonkologická (Fraser, Bluebond-Langner, & Ling, 2020; Hain & Devins, 2011).

Trajektorie těchto onemocnění je progredující, avšak značně nepředvídatelná, což může komplikovat saturování potřeb dětí (žáků, studentů) a jejich rodin, včetně potřeb vzdělávacích a psychosociálních. Vzdělávací realita je tak podmíněna psychosociálním do/provázením všech zúčastněných, včetně pedagogů a spolužáků vážně nemocného dítěte. Přestože je každodenní péče náročná až zdrcující, umožňuje-li to zdravotní a celkový stav dítěte a jeho rodiny, takový žák by měl být co nejdéle doba účasten výchovně-vzdělávacího procesu. To u dítěte podporuje pocit normality – je součástí systému, je obklopeno vrstevníky, realizuje vztahy (Chrastina, Klvaňová, & Hudcová, 2018).

---

<sup>1</sup> V doméně (dětských) neurologických onemocnění jsou reprezentována např. dětskou mozkovou obrnou, epilepsií, svalovými dystrofiemi, Rettovým syndromem, některými vybranými neuromuskulárními onemocněními, neurologickými onemocněními neznámé etiologie, Angelmanovým syndromem, encefalopatiemi a dalšími závažnými zdravotními stavy. Dále sem lze zařadit vybraná onemocnění srdce, vybrané vrozené a chromozomální abnormality (např. komplex tuberózní sklerózy, neurofibromatóza, epidermolysis bullosa, cystická fibróza) a další zdravotní stavy.

Za ŽLO můžeme považovat dlouhodobá onemocnění, která omezují délku života jedince a v jejich důsledku pravděpodobně dojde k úmrtí (May et al., 2016; Steinhauser et al., 2011; Jarvis et al., 2021). Lze říci, že se jedná o onemocnění progresivní povahy, která nelze vyléčit (Palliative Care Australia, 2008). Jedná se o skupinu různorodých stavů čítající až 400 různých lékařských diagnóz (Noyes et al., 2013), u kterých neexistuje přiměřená, odůvodněná naděje na vyléčení: k úmrtí dochází kdykoliv během dětství, dospívání nebo mladé dospělosti<sup>2</sup> (Ekins et al., 2017; Fraser & Parslow, 2018). Zahraniční literatura ukazuje na vzestupný trend incidence závažných ŽLO u dětí, a obecně tak lze říci, že dětí<sup>3</sup>, dospívajících a mladých dospělých s život limitujícími onemocněními stále přibývá. Tím se **stávají také předmětem cílené, individualizované speciálněpedagogické, psychosociální či jiné podpory a péče**. Nejčastěji se jedná o vrozené stavy, nicméně do 16 let věku se v rámci těchto stavů nejčastěji vyskytuje rakovina (Fraser et al., 2014) a mnoho z těchto dětí navštěvuje běžné (tzv. mainstreamové) školy, jak to jen je možné (Robinson & Summers, 2012). Zásadní potřebou je holistický a individuální přístup k edukaci (v nejširším významu slova) osob s disabilitou, přičemž je třeba pamatovat na důležitost jejich sociálního a vzdělávacího začlenění mezi vrstevníky (Closs & Norris, 1997).

Současně je však velmi náročné určit, kdy se takto nemocné děti „přesouvají“ do terminální fáze ŽLO, a tím do **závěru svého života** („*end of life*“). Tato závěrečná etapa lidského života začíná v okamžiku, kdy je usouzeno, že smrt je již nevyhnutelná. ŽLO jsou někdy kategorizována společně se skupinou život ohrožujících onemocnění. Obě tyto skupiny jsou definovány možnými a potenciálními výsledky: zatímco ŽLO jsou stavy, u nichž neexistuje rozumná/důvodná naděje na vyléčení a na které děti, dospívající nebo mladí lidé zemřou, život ohrožující jsou stavy, u nichž je sice léčba možná, ale může selhat (Fraser et al., 2013; Fraser, Bluebond-Langner, & Ling, 2020; Ekins et al., 2017; Asprey & Nash, 2006). Tyto zdravotní stavy mohou způsobit postupné zhoršování stavu, které činí dítě stále více závislým na rodičích a pečujících osobách. Vzhledem k pokrokům v lékařské péči a léčbě dětí s některou z diagnóz zakládajících ŽLO **žijí tyto osoby nyní déle** (Lin, Huang, & Wu, 2021; Papadatou et al., 2002), **ale často s větší zdravotní náročností a zvýšenými potřebami péče** (Mitchell et al., 2017).

---

<sup>2</sup> „Mladý dospělý“ („*young adult*“) / „mladá dospělost“ („*young adulthood*“) je pojem označující osobu či životní etapu od 19. do 25. narozenin dané osoby (Together for Short Lives, 2018).

<sup>3</sup> V kontextu publikací zaměřených na problematiku ŽLO a věku nemocných osob se za děti považují nejčastěji děti a dospívající ve věku 0–17 či 0–19 let.

## Život limitující onemocnění v kontextu vzdělávání

---

Speciální pedagogové, učitelé a další pedagogičtí pracovníci se mohou setkat (Together for Short Lives, 2015) s dítětem, žákem nebo studentem:

1. ve stadiu diagnostikování ŽLO nebo po něm, příp. v situaci, kdy je dítě s ŽLO již přijato/přijímáno do školy,
2. ve stavu probíhající komplexní péče, kdy dítě může být delší dobu víceméně ve stabilním stavu (příp. je ve stavu probíhající kurativní léčby, ve stavu probíhající kurativní léčby s péčí paliativní nebo pouze v paliativní péči),
3. v časovém období závěru života (kdy budou pro školu klíčové otázky tykající se podpory rodiny, vrstevníků a přátel, např. v oblasti rozhodování/rozhodnutí, která rodina nebo i škola činí, či otázky související s blížícím se, příp. i neočekávaným úmrtím).

Po sdělení či potvrzení diagnózy ŽLO je člověk nucen „čelit své smrti“ a také se vypořádávat s komplexními osobními, sociálními a emocionálními problémy, jakož i se změnami svého fyzického zdraví v období před vlastní smrtí (Chrastina, 2019; Chrastina, Maštalíř, & Ludíková, 2017; Broom & Cavenagh 2011; Terry et al., 2006). Většina rodičů dětí s pokročilým ŽLO má vysokou potřebu mít informace tykající se prognózy a očekávané délky života jejich dítěte (Clayton, Butow, & Tattersall, 2005; Butow et al., 2002; Hagerty et al., 2005; Curtis et al., 2001). Pečující osoby (nejčastěji rodiče dětí) – a především umírající – mohou profitovat z podpory poskytované paliativní (a hospicovou) péčí. Ta garantuje péči, podporu a provázení bez zbytečného utrpení a strachu pro nemocné, rodiny a pečující, v obecném souladu s přáním nemocných a jejich rodin a v přiměřeném souladu s klinickými, kulturními a etickými normami (Field & Cassel, 1997). Paliativní péče může tvořit podstatnou část péče, kterou některé z těchto dětí či dospívajících dostávají – často právě již od okamžiku stanovení diagnózy (Chambers, 2018). Inovace v péči a léčbě prodloužily očekávanou délku života a vedly k nárůstu klinické složitosti, ale i k nejednoznačnosti a nejistotě ohledně výsledků takové péče/léčby.

Žít život v podobě ŽLO představuje zejména pro děti a dospívající hluboký a všudypřítomný dopad na jejich rodinu, doprovázený dalekosáhlými důsledky (Helen & Douglas House, 2011). Sociální svět jedince má při ŽLO potenciál přispívat k utrpení, nebo ho zmírňovat (Garcia-Rueda et al., 2016). Bolest, únava a další příznaky mohou omezovat možnosti navazování kontaktů s druhými lidmi, takže především klesající fyzické funkce jsou doprovázeny rostoucími sociálními limitacemi (Lloyd et al., 2016). Přátelé, kamarádi, spolužáci

i pedagogové mohou mít problém přijmout diagnózu, mohou být neschopni vcítit se do prožívání nemocného dítěte (Wilson & Luker, 2006). Sociální vztahy mohou být také omezeny stigmatizací spojenou s onemocněním a smrtí (Garcia-Rueda et al., 2016), stejně tak s ne vždy jasnou a zřejmou trajektorií daného ŽLO: mnoho nemocných dětí či dospívajících může mít kvůli ŽLO **značné potíže s učením** (Together for Short Lives, 2015). V zahraničí se obecně hovoří o speciálních vzdělávacích potřebách („*special educational needs*“ – SEN) anebo těchto potřebách s disabilitou („*special educational needs and/or disability*“ – SEND)<sup>4</sup>. Takové dítě (žák, student) nebo mladý dospělý má speciální vzdělávací potřeby a/nebo disabilitu, pokud má obtíže s učením a/nebo postižení představující (a vyžadující) speciální zdravotní a vzdělávací podporu. Ty jsou často doprovázeny dalšími vzdělávacími požadavky (např. problémy s chováním, komunikací, koordinací, soustředěním a sociální interakcí) – ve srovnání s jejich vrstevníky učícími se za stejných pravidel a podmínek jim tyto požadavky a potřeby výrazně ztěžují proces a efektivitu učení.

Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že i přes „ideálnost“ multidisciplinární spolupráce pro úspěšnou inkluzi dítěte, žáka či studenta s život limitujícím onemocněním ne vždy v praxi efektivní provázanost a kooperace mezi jednotlivými členy takto koncipovaného týmu funguje (Brunt, 2018; Lazenby, 2006). Zahraniční studie dokládají, že **vzdělávání má významný pozitivní dopad na kvalitu života dětí, žáků a studentů s život limitujícími onemocněními**. Vzdělávací proces tudíž vyžaduje (a očekává) důkladnou přípravu a plánování, na kterém se podílí **multidisciplinární tým** (Heller et al., 2013), protože během celého procesu vzdělávání je nezbytné dbát na komplexní potřeby „vážně nemocných dětských pacientů“, které souvisejí s jejich fyzickým, psychickým, sociálním i emocionálním zdravím (Robinson & Summers, 2012).

Vzdělávání dětí, žáků a studentů s ŽLO s sebou přináší určitá specifika i řadu výzev. Mnoho dětí a dospívajících bývá v důsledku svého zdravotního stavu dlouhodoběji nebo opakovaně hospitalizováno (Adistie, Lumbantobing, & Maryam, 2020), s čímž se se úzce pojí absence ve škole, která mívá neblahý dopad nejen na žákovu/studentovu psychiku, ale i na jeho školní

---

<sup>4</sup> Pokud disabilita vychází z alterovaného zdravotního stavu, např. právě z důvodu ŽLO, je dále využívána zkratka „EHC“ („*education, health and care*“), tj. „edukace, zdraví a péče“. Např. v podobě „EHC plans“ se jedná o „plány edukace, zdraví a péče“. Je-li navíc zdůrazněna oblast informačních a poradenských intervencí, je v odborné zahraniční literatuře uváděn akronym „SENDIASS“ („*SEND information advice and support service*“), tedy „informační poradenská a podpůrná služba pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami a disabilitou“ (volně přeloženo). Děti, které mohou být ohroženy na životě např. vlivem komplikace onemocnění (jmenujme epileptický záchvat směřující do status epilepticus a další obdobné situace), nebo jsou ve vysokém riziku, spadají v zahraniční odborné literatuře spíše do kategorie „*Complex Learning Difficulties and Disabilities* (CLDD)“. Děti, dospívající a mladí dospělí s ŽLO mohou být definováni také v rámci pojmu „*Profound and multiple learning difficulties* (PMLD)“ (Brunt, 2018).

výsledky (Asprey & Nash, 2006). Současně se předpokládá, že právě učitelé a další pedagogičtí pracovníci by měli garantovat, že se tyto děti, žáci a studenti mohou v co nejvyšší možné míře podílet na veškerých školních aktivitách společně se svými spolužáky (Heller et al., 2013). Především učitel tak sehrává ve výchovně-vzdělávacím procesu žáka s ŽLO nezastupitelnou, koordinační roli (Lum et al., 2017). Jedním ze zásadních a prvních kroků je seznámení spolužáků a (nejen pedagogických) pracovníků školy s diagnózou a povahou ŽLO konkrétního žáka. Potvrzuje se, že tento krok je efektivní prevencí vzniku různých interpersonálních problémů či nedorozumění ve třídním či vrstevnickém kolektivu (Vanclooster et al., 2018). Výzkumy z posledních dvaceti let však ukazují, že ne vždy učitelé mají nástroje a prostředky k adekvátní podpoře, kterou aktéři školy potřebují (Brunt, 2018; Munson & Hunt, 2005; Papadatou et al., 2002).

Heller et al. (2014, in Haroková & Chrastina, 2022a) uvádějí nejčastější, běžné otázky ze strany spolužáků: „Umře náš spolužák?“, „Může se stát, že náš spolužák umře ve škole?“, „Co se stane po jeho smrti?“, „Bude při umírání trpět?“. Někteří žáci v citované studii přiznali, že nemohli přestat myslet na to, že jejich spolužák jednou umře. Dále se žáci ujišťovali, jestli např. není nemoc nakažlivá nebo hledali způsoby, jak mohou svému spolužákovi s ŽLO pomoci.

Dalším specifikem jsou **zdravotní krize, ke kterým může dojít v rámci třídy**. Je nutné, aby byl učitel nebo jiný pedagogický pracovník schopen na tyto situace reagovat a rozuměl nejen speciálním vzdělávacím (a specifickým) potřebám nemocných, ale také zdravotním specifickým vyplývajícím z jejich aktuálního zdravotního stavu a aby současně uměl vhodně pracovat s celým třídním kolektivem (Heller et al., 2013). Další krizovou situací může být **úmrtí dítěte (žáka, studenta) ve škole**. Na tuto fatální situaci zpravidla nebývají pedagogové ani žáci (děti, studenti) připraveni a je třeba, aby jim byla poskytnuta odpovídající podpora. Mohou se objevovat různé projevy truchlení nebo otázky spojené s prožíváním ztráty a se smutkem. Škola by měla být bezpečným místem, ve kterém je každému (žákovi, studentovi i pedagogovi) dovoleno prožít si smutek a truchlit způsobem jemu vlastním – a bez předsudků. Významnou roli zde může sehrát tým dětské paliativní péče či hospicové péče, příp. organizace poskytující psychosociální podporu v případě úmrtí v dětském věku, který může pozůstalé celým procesem ztráty doprovázet (Heller et al., 2013). Bez ohledu na to, zda dítě, žák či student s ŽLO zvládne školní docházku úspěšně dokončit, je „závazkem“ vzdělávacího systému, a tedy každé školy, aby podporovala jeho všestranný rozvoj, přispívala k upevňování jeho sebevědomí a ke zvyšování kvality jeho života (Brunt, 2018).

**Dopady chronických, závažných ŽLO** lze obecně rozdělit (Thongseiratch & Chandeying, 2020) do tří hlavních kategorií: (1) sociální, (2) psychologické, (3) edukační. Tyto dopady mají

přímý i nepřímý vliv na školní výsledky dítěte, žáka či studenta s ŽLO. V kontextu *edukačního dopadu* se jedná jak o přímé (edukační) dopady na vzdělávání, tak o nepřímé (sociální a psychologické) dopady na vzdělávání. Mezi *sociální dopady* uvedení autoři řadí např. méně sociálních příležitostí ke komunikaci se „zdravými“ vrstevníky, omezené možnosti herních a fyzických aktivit nebo pocity odcizení se od vrstevníků, příp. riziko šikany, deficity v sociálních kompetencích a obtíže při sociálním (vrstevnickém) začleňování. K *psychologickým dopadům* patří např. emoční problémy, problémy v chování, symptomy úzkostnosti (úzkosti) nebo depresivity (deprese). Edukační dopady mohou mít podobu např. potíží vyplývajících z častých nebo dlouhodobých absencí ve školní docházce (Adistie, Lumbantobing, & Maryam, 2020), ze zhoršených školních výsledků, z oslabení kognitivního výkonu, nebo se mohou projevovat únavou, ospalostí, podrážděností, nižší frustrační tolerancí, nižší motivací apod.

Pravidelná školní docházka souvisí s **pocitem normálního fungování dětí, žáků a studentů s ŽLO** (Capurso, 2006), proto je pro maximalizaci možnosti docházení do školy a zlepšení studijních výsledků zapotřebí koordinovaných edukačních/školních intervencí (Sexson & Madan-Swain, 1995). Empirická data naznačují, že průběžně v čase dochází k významnému nárůstu počtu žáků, u nichž byla zjištěna ŽLO (Parrott, Tilley, & Wolstenholme, 2008), resp. výsledkem je rostoucí počet dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (SEN/SEND), které jsou úspěšně začleněny do běžných, tzv. mainstreamových škol (Martin, Osterman, & Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Škola se tak pro mnohé děti, žáky a studenty s ŽLO stává místem „normálního života“, tj. světa mimo domácí ošetřování a péči, pobyty v nemocnici, léčbu a dohled zdravotnických profesionálů, ale, přirozeně, také mimo dohled rodičů (Asprey & Nash, 2006).

Autoři Rynard et al. (1998) doporučují školní podpůrné programy pro děti, žáky a studenty s chronickými onemocněními, které jsou obecné povahy (studie byla zaměřena na děti s rakovinou) a které je možné aplikovat i pro oblast ŽLO. Konkrétně se jedná o těchto devět intervencí:

1. pomoc dětem, žákům a studentům vypořádat se s absencemi prostřednictvím výuky doma nebo prostřednictvím doučovacích programů,
2. poskytování psychosociální podpory dětem a jejich rodičům,
3. povzbuzování dětí, žáků a studentů, aby se vyrovnali s obavami souvisejícími s jejich zdravotním stavem,
4. pomoc dětem, žákům a studentům a jejich rodičům vypořádat se s vedlejšími účinky léčby,

5. vypracování pohotovostních (zdravotních) plánů nebo intervencí specifických pro dané onemocnění ve třídě,
6. spolupráce mezi rodiči, učiteli a zdravotnickými pracovníky,
7. spolupráce při vypracovávání (individuálních) vzdělávacích plánů a plánů péče s cílem zlepšit dodržování léčby, sebepéči/sebeřízení nebo chování ve škole,
8. poskytování hodnocení a intervencí pro zlepšení školních/studijních výsledků,
9. usnadnění zvládnutí emočních problémů a problémů s chováním.

Inkluzivní charakter poskytování intervencí by měl být založen spíše na funkčnosti (funkční schopnosti) dětí, žáků a studentů než na konkrétní diagnóze. Dopad onemocnění na výchovně-vzdělávací proces je vždy individuální a specifický, navíc proniká napříč vzdělávacími oblastmi (Thongseiratch & Chandeying, 2020). Přestože se počet dětí (později v rolích žáků, studentů a mladých dospělých) s ŽLO zvyšuje, realizování výzkumů o tom, jak se učitelé a další pedagogičtí pracovníci cítí při naplňování svých potřeb, nedisponuje vzrůstající tendencí. Takové vyučování<sup>5</sup> je zatíženo emočním prožíváním všech zúčastněných, včetně učitelů (speciálních pedagogů). Ti mohou čelit výzvě v podobě „zkušenostní novosti“ – pro mnoho z nich může být zkušenost se vzděláváním dítěte, žáka či studenta, který např. po propuštění z nemocnice využívá řadu zdravotnických technologií, včetně ventilátorů, tracheostomií, gastrostomií apod., zcela nová a zásadní (Ekins et al., 2017). Taková zkušenost se navíc pojí s očekáváním, že se budou podílet na aktivitách nejen běžného, ale i školního života.

Rodiče nemocných dětí se navíc přirozeně zajímají o to, zda jsou učitelé a další pedagogičtí pracovníci o stavu jejich dítěte dostatečně informováni, přičemž **přípravenost personálu školy** je jedním z největších rizik pro školní docházku dětí, které jsou např. závislé právě na zdravotnických technologiích (Rehm, 2002). Je zřejmé, že učitelé a pracovníci školy potřebují disponovat vysoce odbornými znalostmi i praktickými informacemi a zkušenostmi, aby mohli vhodně vzdělávat děti, žáky a studenty s ŽLO (Fonteine, Zijlstra & Vlaskamp, 2008). Nedostatek znalostí a zkušeností může u mnoha učitelů vyvolat zvýšenou úzkost a strach nejen ze zdravotního stavu a vzdělávání dítěte, ale i z možné krizové situace (vyplývající z aktuálního zdravotního stavu dítěte) (Boden et al., 2012). Situace je komplikována přítomností různých typů zranitelnosti. Jmenujme somatickou zranitelnost (např. bolest, nevolnost, únava),

---

<sup>5</sup> Hovoří se proto i o tzv. „pečujícím vyučování“/„pečující výuce“ („*caring teaching*“). Učitelé jsou si běžně vědomi rizika, že se k dětem, žákům a studentům s ŽLO mohou při své práci citově připoutat a že rodiče je [učitele] často vnímají jako „přátele“. To se však následně projevilo zvýšeným emocionálním dopadem na jejich profesionální roli v případě, kdy dítě zemřelo (Price, Jordan & Prior, 2013).

emocionální zranitelnost (např. nízké sebevědomí, úzkost), psychickou zranitelnost (např. problémy s učením a pamětí), sociální zranitelnost (např. izolace, šikana, stigmatizace).

Např. Department for Education (2015) se zaměřuje na podporu dětí, žáků a studentů se závažnými zdravotními stavy a doporučené intervence naznačují, že by učitelé a pedagogičtí pracovníci měli u rodičů a jejich dětí, žáků nebo studentů hledat jakási „vodítka“, jak potřeby dítěte ve škole nejlépe podpořit. Tato podpora je však komplikována obrovským emocionálním traumatem rodičů, které jim až znemožňuje (efektivně) komunikovat. Průzkumy mezi rodiči dětí a dospívajícími s život limitujícími onemocněními přinesly zjištění, že rodiče mohou vnímat komunikaci s učiteli („se školou“) jako nedostatečnou (Asprey & Nash, 2006), což může být částečně způsobeno absencí konkrétního, jmenovitě určeného učitele, se kterým by mohli komunikovat (Robinson & Summers, 2012) v roli „mluvčího“ svého dítěte (častěji se toto děje na druhém stupni základních škol a později). Na druhou stranu mohou někteří rodiče být až příliš „ochranitelští“, což může komunikaci komplikovat (Boden et al., 2012).

Potenciální obtíže při školní integraci dětí, žáků a studentů s ŽLO lze rozdělit do čtyř hlavních, vzájemně souvisejících kategorií:

- *Onemocnění a obtíže s léčbou:* I když opakované hospitalizace nebo pravidelné návštěvy zdravotnických institucí mohou dítěti v docházce do školy bránit, bylo zjištěno, že tyto zdravotní faktory jen zřídka vysvětlují vysokou míru absence, která je jinak běžná u dětí s chronickým a ŽLO.
- *Obtíže související s dítětem:* Nejčastěji uváděné obtíže pramení z úzkosti dítěte, že se mu někdo posmívá, a z toho, jak zvládá, resp. nezvládá otázky a přístup svých vrstevníků. Kromě toho mohou změny tělesného vzhledu a neschopnost „udržet krok“ se školní prací v důsledku delší absence zvýšit úzkost žáka, který se stáhne do sebe a (zpravidla dobrovolně) se tak izoluje od vrstevníků.
- *Obtíže spojené s rodiči:* Rodiče často řeší vlastní úzkost a pocit viny z onemocnění svého dítěte tím, že jej nadměrně ochraňují. Nechtějí jej posílat do školy, protože se např. obávají infekcí nebo nepříjemných a stresujících poznámek a škádlení ze strany vrstevníků. Možnost, že jejich dítě jednoho dne zemře, je nutí na něm lpět, a proto mohou školu a školní docházku považovat za „ztrátu času“.
- *Obtíže spojené s učiteli:* Učitelé (a také další pedagogičtí pracovníci) mohou být emočně zasaženi diagnózou závažného, ŽLO u některého z dětí, žáků a studentů ve své třídě a mohou mít obavy zejména z následujících tří problémů:
  1. nedostatečné znalosti o život limitujícím onemocnění a o řešení naléhavých (až krizových) zdravotních situací,

2. nejistoty ohledně schopností žáka, které by určily realistická očekávání od školních úkolů a docházky,
3. neschopnosti zvládnout reakce spolužáků.

Jak bylo výše uvedeno, během školní docházky může být dítěti, žákovi či studentovi s ŽLO **současně poskytována dětská paliativní péče**<sup>6</sup>. V terminální fázi onemocnění bývají někteří z nich v péči (ideálně dětského) hospice (Heller et al., 2013) a synergicky je tvořena efektivní multidisciplinární<sup>7</sup> spolupráce.

## **Závěr života, umírání a paliativní péče v kontextu vzdělávání dítěte (žáka, studenta) s život limitujícím onemocněním**

---

Obecně **závěr života** („*end of life*“) představuje časový úsek, kdy je délka života otázkou měsíců a kdy tomuto období zpravidla předcházelo zhoršení zdravotního stavu (Hui et al., 2014; Whellan et al., 2014). Autoři Whellan et al. (2014) za závěr života považují „*klesající trajektorii (kde je vysoké riziko) úmrtí během následujících 6 až 12 měsíců*“. Přestože ve spojení s paliativní péčí se uvádí délka závěru života do dvou let (Parker et al., 2007), jedná se pouze o orientační délku (života, přežití) před smrtí, kterou nelze zpravidla (pokud vůbec) predikovat. Jelikož terminologicky bývá závěr života často spojován s terminálním stavem, stadiem či fází nevléčitelného (tzn. i život limitujícího) onemocnění, je žádoucí definovat rovněž „terminálně nemocné“ (osoby). Pracovní definice „**terminálně nemocného**“ („*terminally ill*“) je často uváděna podle autorů Kolva, Rosenfeld & Saracino (2018) ve znění atributu „*očekávané délky života kratší než 6 měsíců*“. I zde však platí, že ani tuto dobu nelze zpravidla (pokud vůbec) predikovat.

Když je osobě diagnostikován některý z život limitujících stavů, péči o něj často zajišťuje široká škála odborníků z různých oborů a s různými specializacemi. Rodiče a rodiny potřebují vhodnou a smysluplnou koordinaci péče, odlehčení od náročné každodenní péče a také efektivní vzdělávání a podporu v souvislosti s náročnými zdravotními stavy u jejich dětí, členů rodiny (Bradley, Lloyd-Williams, & Dowrick, 2018). U dětí a dospívajících s ŽLO a jejich rodin (rodičů, pečujících osob) mohou být somatické, sociální a psychologické potřeby

---

<sup>6</sup> Zásady dětské paliativní péče kromě dalších uvádějí mj. také to, že součástí této péče je vždy i vzdělávání, hry a možnosti trávení volného času nemocných dětí (Together for Short Lives, 2015).

<sup>7</sup> Tento tým se v zahraniční praxi často skládá z pedagoga a/nebo speciálního pedagoga, psychologa, pracovníků ze zdravotnických lékařských či nelékařských oborů, ale taktéž samotného dítěte, žáka či studenta a současně jeho rodiny (Shaw et al., 2010; Vanclouster et al., 2018).

výrazně eskalovány a nemusejí být dobře řešeny směrem k jejich saturaci (Liben, Papadatou & Wolfe, 2008; Knapp, 2009). Mnoho dětí (žáků, studentů) s ŽLO proto potřebuje stejně kvalitní, komplexní a univerzální služby jako osoby se zdravotním postižením (disabilitou).

Zvýšená pravděpodobnost nebo jistota úmrtí osoby v dětství či dospívání však zvyšuje stupeň složitosti a naléhavosti péče, která je pro ni potřebná. Vyžadována je v této souvislosti také zvýšená míra podpory, kterou rodina potřebuje. Nemocné děti, resp. jejich rodiny, často potřebují další plánování, aby bylo možné naplnit jejich kolísavou, nepředvídatelnou a někdy naléhavou potřebu specializovaných služeb péče, včetně dětské paliativní péče (Together for Short Lives, 2018). Péče o umírající děti, dospívající a mladé dospělé s ŽLO má významný dopad také na samotné pečující osoby (nejčastěji rodiče, prarodiče či sourozenci).

Přestože je celkově zaznamenán narůstající pokrok v lékařských technologiích, diagnostice i možnostech, jak „prodloužit život“ dětem či dospívajícím s ŽLO, postupně se zvyšující počet těchto osob představuje nejen ve škole potenciálně vyšší riziko, že **se učitelé a další pedagogové mohou setkat s úmrtím dítěte, žáka či studenta, jehož vzdělávají.** U některých z diagnóz vymezujících skupinu ŽLO je smrt ve školním období<sup>8</sup> dokonce nevyhnutelná. Toto téma není zpravidla vůbec řešeno ani v rámci pregraduální přípravy budoucích učitelů a speciálních pedagogů (Stepanek & Newcomb, 1996). Je tedy možné, že mezi učiteli dominuje názor, že **koncept umírajícího dítěte, žáka nebo studenta je něčím, o čem nikdy ani nebudou uvažovat.** Přesto je pravděpodobné, že se učitelé vzdělávající dítě, žáka nebo studenta s ŽLO mohou v určitém okamžiku své kariéry s úmrtím setkat (Munson & Hunt, 2005). Pro některé z učitelů může jít o „tragédii, která se stane jednou za učitelskou kariéru“ (Hinds, 2007), avšak pro pedagogy pracujícími s dětmi, žáky a studenty s nejsložitějšími ŽLO to představuje událost, kterou bohužel mohou zažívat i pravidelně (tamtéž). Studie ukazují, že mezi speciálními pedagogy (pracujícími s vážnými ŽLO) zažila smrt alespoň jednoho dítěte, žáka nebo studenta většina z nich, přičemž někteří se během své kariéry setkali s úmrtím až dvaceti dětí (Munson & Hunt, 2005).

Nejkontroverznějším, ale přesto poměrně dobře zpracovaným tématem, jak dokládá scoping review publikované autory Haroková a Chrastina (2022b), se tak stává právě **úmrtí dítěte, žáka**

---

<sup>8</sup> Literatura již více než čtyři dekády poukazuje na špatnou připravenost učitelů a dalších pedagogických pracovníků na závěr života a úmrtí dítěte, žáka nebo studenta s ŽLO (Scott, 1981). Je to z velké míry pochopitelné – většina učitelů a priori nepočítá s tím, že by nějaký žák mohl zemřít, resp. že by oni vůbec mohli mít osobní či zprostředkovanou zkušenost s umíráním a se smrtí. To je umocněno i zkušeností, že o umírání a smrti – dokonce mnohdy ani v případě vzdělávání konkrétního dítěte, žáka nebo studenta ŽLO – se často otevřeně nemluví (Bennett & Dyehouse, 2005).

**či studenta s ŽLO ve škole.** V případě úmrtí dochází přirozeně k ovlivnění chodu školy a změně „nálady“ v ní. Takové úmrtí je vnímáno jako komunitní ztráta, proto je úloha školy klíčová (Goldman, 2015; Heller et al., 2014). Tímto fatálním okamžikem získává **status pozůstalých nejen rodina žáka, ale i jeho spolužáci a třídní učitel** (Case, Cheah & Liu, 2020). Je žádoucí, aby se v této situaci školní prostředí stalo pro žáky i pracovníky místem podpory, porozumění a jistoty. Při práci s třídním kolektivem je třeba zaujmout adekvátní podporující a pečující strategie, aby žáci smrt spolužáka přiměřeně zpracovali – jedná se o velmi citlivou záležitost, na kterou nikdo nebývá připraven. Je důležité, aby se škola v tuto chvíli stala bezpečným prostředím, otevřeným otázkám, diskusím i procesu truchlení (Heller et al., 2013). Praxe ukazuje, že **podpora truchlícího dítěte přesahuje běžný rámec požadavků na roli učitele** (Brunt, 2018), přičemž ani pregraduální příprava budoucí pedagogy na tuto krizovou situaci příliš nepřipravuje. Brunt (2018) odhaluje u učitelů nepřipravenost o smrti dítěte s žáky hovořit. Většina pedagogů otevřeně přiznává obavy z toho, že se necítí dostatečně kompetentní podpořit žáky a rodinu, když smutek prožívají i oni sami. Ve studii Heller et al. (2013, in Haroková & Chrastina, 2022a) kladli žáci s ŽLO učitelům následující dotazy: „Jak mám dohnat učivo?“; „Co když budu ve škole unavený nebo mít bolesti?“; „Umřu?“; „Jak dlouho ještě budu žít?“; „Bolí umírání?“. Spolužáci (tamtéž) mohou klást např. tyto otázky: „Jak zemřel/a?“; „Kdo s ní/m byl, když umíral/a?“; „Proč se už nevrátí?“; „Proč mu/jí lékaři nedokázali pomoci?“; „Provinili se něčím jeho/její rodiče?“; „Co bylo příčinou jeho/její smrti?“; „Umřu taky tak?“; „Je v nebi?“; „Jak můžeme pomoci jeho/její rodině?“. Učitelé a další pedagogičtí pracovníci se proto často ocitají v nezáviděníhodné situaci, kdy se kromě podpory a poradenství mnoha dalším lidem, včetně kolegů, studentů a rodičů, musejí vyrovnávat s vlastním zármutkem (Munson & Hunt, 2005). Učitelé mohou prožívat vysoce intenzivní zármutek, ale nedostatek formální podpory posiluje očekávání, že musejí „dát své pocity stranou“, aby podpořili „své děti, žáky“ (Lazenby, 2006). U speciálních pedagogů se oproti pedagogům z tzv. běžných škol zahrnujících inkluzivní vzdělávání může objevovat hlubší pouto s dětmi, žáky či studenty s ŽLO, jelikož s nimi zpravidla mají dlouhodobé, důvěryhodné a intenzivní vztahy (tamtéž). Může to však u nich způsobit výraznější pocit smutku a intenzivnější prožívání zármutku. Ovšem i pedagogové z tzv. běžných škol zažívají stále více intenzivní pocity úzkosti a strachu, když se (zejména zdravotní) stav dítěte, žáka či studenta zhoršuje, až nakonec zemře (Durrant et al., 2014). **Vnímavý a podporující učitel, jenž žáky celým procesem truchlení doprovází** a respektuje jejich individuální potřeby, přispívá ke snadnějšímu smíření se se ztrátou jejich blízkého kamaráda nebo kamarádky. Dynamika zármutku a truchlení je do značné míry ovlivněna blízkostí vztahu se zesnulým

spolužákem a kvalitou podpory, které se dětem dostává po celou dobu truchlení (Case, Cheah & Liu, 2020; Bennett & Dyehouse, 2005; Worden, 1996). Učitel by měl počítat s tím, že se mezi pozůstalými spolužáky najdou i takoví, kteří budou striktně vyžadovat standardní průběh výuky/vyučování, neboť pravidelný řád je pro ně jakousi známkou jistoty a stability (Craig et al., 2012).

V takovém případě se doporučuje **úzce spolupracovat s týmem dětské paliativní péče nebo dětské hospicové péče** (Heller et al., 2013; Ramer-Chrastek, 2000). Oblast paliativní péče prošla v posledních letech dramatickým rozvojem. Navzdory významnému růstu a rozvoji v posledních letech mohou stále přetrvávat mylné představy o oboru a filozofii paliativní péče. Mnozí si stále paliativní péči „vykládají“ pouze jako péči v závěru života pro ty, kteří nemají žádné další možnosti léčby a jejichž prognóza je nepříznivá. Ve skutečnosti **je paliativní péče interdisciplinární holistický přístup k poskytování podpory nemocným a rodinám, jež čelí potenciálně ŽLO, bez ohledu na jeho stadium nebo prognózu**. Pokud jsou služby paliativní péče zavedeny současně s terapií zaměřenou na onemocnění (typické pro dětskou paliativní péči a některá onemocnění v čase dospívání a mladé dospělosti), mohou působit jako jakási „další vrstva podpory“, tj. poskytovat řadu výhod, od zvládnutí symptomů až po adresnou psychosociální podporu. Tento **souběžný přístup** se ukazuje jako zvláště důležitý právě u život limitujících onemocnění, kdy většinu nemocných doprovází značná prognostická nejistota (Feudtner et al., 2011). **Dětská paliativní péče má dominantní postavení**: jakmile je u dítěte diagnostikováno ŽLO, rodiče čelí řadě složitých a náročných rozhodnutí nejen o péči a léčbě, ale také o péči v závěru života a místě výkonu této péče, a nakonec i o místě smrti svého nemocného dítěte. **Dětská paliativní péče má své jasně určené místo v oblasti paliativní péče, do/provázení, péče v závěru života i péče pozůstalostní**.

Dlouhodobě se však ukazuje, že všeobecné znalosti a povědomí veřejnosti o paliativní péči jsou nízké (Chrastina & Haroková, 2023; Adjei Boakye et al., 2020; Taber et al., 2019; Grant, Back & Dettmar, 2021). To je považováno odbornou komunitou za významnou překážku v oblasti přístupu k této péči a jejímu využívání. Neadekvátní znalosti o paliativní péči ztěžují přístup ke službám paliativní a hospicové péče, což je překážka zapříčiňující zbytečné utrpení, nevhodnou léčbu, pokles/zhoršení úrovně pohody (well-beingu) a kvality života a další negativní důsledky v závěru života, jako je umírání na jiných než umírajícími a jejich rodinami preferovaných místech (Lane, Ramadurai, & Simonetti, 2019).

**Služby paliativní péče by měly přispívat k aktivitám zaměřeným na vzdělávání** a také ke zpochybnování nesprávného společenského vnímání zdravotního postižení/znevýhodnění nebo tyto aktivity podporovat. Respektovány by měly být nejen komplexní

potřeby dítěte, žáka či studenta s život limitujícím onemocněním, ale současně také souhrnné psychosociální potřeby rodičů pečujících o dítě s život limitujícím stavem nebo nacházející se v závěru života (Fraser et al., 2013).

Koncepce dětské paliativní péče dostupná v České republice uvádí, že jedním ze čtyř cílů<sup>9</sup> této péče je, že „*jsou zajištěny vzdělávací potřeby dítěte a možnosti rodiny participovat na procesu vzdělávání dítěte*“ (Institut Pallium, 2021; Benešová, Exnerová, & Krejčí, 2022). Osoby s ŽLO i jejich pečující osoby obecně mají vysokou míru potřeby informací týkajících se samotného onemocnění, pravděpodobných (budoucích) příznaků a jejich zvládnání, očekávané délky života a informací o možnostech klinické léčby a komplexní péče. Tato potřeba byla popsána ve všech fázích život limitujícího onemocnění a mezi pečujícími a nemocnými se vnímání této potřeby může se rozcházet – zpravidla pokud pečující osoby potřebovaly více informací než nemocní (Parker et al., 2007). Může to být vnímáno jako významný faktor ovlivňující povahu vzdělávání dítěte, žáka či studenta s ŽLO.

Pedagogové se nemusejí cítit připraveni na zahajování otevřených diskusí s dítětem, žákem nebo studentem s ŽLO ohledně jeho budoucnosti, očekávané délky života či období závěru života. Důvody mohou být různé. Je to např. ochrana dítěte, neznalost konverzačních strategií nebo si to nemusejí přát rodiče nemocných dětí, žáků či studentů.

Významná je i komunikace se spolužáky, kteří často mohou vznášet dotazy ve snaze pochopit, proč si dítě (spolužák) s nimi nehraje, proč tak často chybí ve škole nebo proč jsou u něj patrné tělesné změny. Vždy, když učitel zachoval otevřený přístup, byly účinky komunikace pro všechny zúčastněné pozitivní. Ačkoli se většina pedagogů vyhýbá diskusí s dítětem nebo spolužáky o projevech, dopadech a požadavcích vyplývajících z onemocnění, zpravidla nemají výhrady k tomu, aby toto téma řešili s rodiči (takový rozhovor, např. při dlouhodobějších absencích, většinou iniciují rodiče) (Papadatou et al., 2002).

## Závěr

---

V souvislosti s diskutovaným pokrokem, zejména v medicíně a technologiích, a zvýšenou mírou (délkou) přežití těchto dětí vznikla populace tzv. první generace přeživších (Aruda, Kelly & Newinsky, 2011), tj. dětí, které by o generaci dříve kvůli závažnosti svého zdravotního stavu nepřežily. Vzhledem k výjimečnosti této populace bylo/je málo známo o délce jejich života nebo související kvalitě života (související se zdravím; HRQoL). Nyní tyto děti žijí

---

<sup>9</sup> Mezi další cíle patří: „*Každé dítě se závažným život limitujícím a ohrožujícím onemocněním s paliativními potřebami a jeho rodina jsou identifikovány; identifikované dítě/rodina má plán péče; dítě/rodinu je možné předat k další péči do regionu.*“

dostatečně dlouho, aby mohly navštěvovat školu a plnit roli žáka či studenta. Je proto více než důležité identifikovat problémy a diskutovat o výzvách, kterým učitelé a další pedagogičtí pracovníci (a samozřejmě také zdravotníci a další zúčastnění) při vzdělávání a péči o nemocné s ŽLO čelí. Některé z problémů, kterým jsou pedagogičtí pracovníci vystaveni, se týkají:

vývoje intervencí a metod pro naplňování (speciálních) vzdělávacích potřeb (Blackburn & Carpenter, 2012), odpovídajícího školení učitelů, nejčastěji v oblasti řešení zdravotnických intervencí (Asprey & Nash, 2006; Ekins et al., 2017), efektivní komunikace s rodiči, spolužáky a také s ostatními zdravotnickými pracovníky (Mukherjee, Lightfoot & Sloper, 2002).

Napříč literaturou lze dohledat konstatování, že by v oblasti vzdělávání měly děti a dospívající s ŽLO v životě zažít co nejvíce pocitů a zkušeností normálnosti. Normálnost v životě těchto dětí lze podpořit různými způsoby. Klíčová je pravidelná školní docházka, přirozené začlenění do běžného školního života a nevyčleňování z něj. Školní docházka slouží jak k vzdělávacím, tak psychosociálním účelům a plní různorodé funkce. Poskytuje dítěti vzdělání, které je nezbytné pro jeho sebeúctu a naději do budoucna, posiluje u něj rozvoj sociálních dovedností ve společnosti „zdravých“ vrstevníků a taktéž nabízí organizaci v životě žáka, čímž podporuje pocit kontroly (Wallander et al., 1988).

Vzdělávání dětí či dospívajících s ŽLO může být pro (speciální) pedagogy velmi náročné a pro mnohé z nich představuje velkou výzvu. Pedagogové musejí disponovat nejen adekvátními odbornými znalostmi z oblasti pedagogiky, speciální pedagogiky a didaktiky, ale rovněž dovednostmi, pomocí nichž mohou tuto cílovou skupinu ve vzdělávací dráze efektivně podpořit. Současně se očekává intenzivní spolupráce nejen v systému školství, ale i v systému meziresortním.

Tato cílová skupina dětí (žáků, studentů) se zpravidla vyznačuje složitým celkovým i zdravotním stavem, který předpokládá spolupráci minimálně mezi péčí zdravotnickou, psychosociální a edukační. I děti s náročnou péčí (pobyt na nemocničním lůžku, domácí léčba) mohou v různých formách navštěvovat školu a plnit si úkoly a povinnosti v rámci povinné školní docházky, ale mají i přístup k široké škále možností, jež jim moderní škola (a moderní vzdělávání) nabízí.

## Literatura

---

- Adistie, F., Lumbantobing, V. B. M., & Maryam, N. N. A. (2020). *The Needs of Children with Terminal Illness: A Qualitative Study*. *Child Care in Practice* 26(3):257–271.
- Adjei Boakye, E., Mohammed, K. A., Osazuwa-Peters, N., Lee, M. J., Slomer, L., Emuze, D., & Jenkins, W. D. (2020). *Palliative care knowledge, information sources, and beliefs: results of a national survey of adults in the USA*. *Palliative & supportive care* 18(3):285–292.
- Aruda, M. M., Kelly, M., & Newinsky, K. (2011). *Unmet needs of children with special health care needs in a specialized day school setting*. *The Journal of school nursing* 27(3):209–218.
- Asprey, A., & Nash, T. (2006). *The importance of awareness and communication for the inclusion of young people with life-limiting and life-threatening conditions in mainstream schools and colleges*. *British Journal of Special Education* 33:10–18.
- Benešová, H., Exnerová, M., & Krejčí, J. (2022). *Koncepce péče o děti a dospívající se závažnou život limitující a ohrožující diagnózou a jejich rodiny*. *Florence* 18(1):13–15.
- Bennett, P. L., & Dyehouse, C. (2005). *Responding to the death of a pupil – reflections on one school's experience*. *British Journal of Special Education* 32(1):21–28.
- Blackburn, C., & Carpenter, B. (2012). *Engaging young children with complex learning difficulties and disabilities*. *Eye Focus* 14(2):38–44.
- Boden, S., Lloyd, C. E., Gosden, C., Macdougall, C., Brown, N., & Matyka, K. (2012). *The concerns of school staff in caring for children with diabetes in primary school*. *Pediatric diabetes* 13(6):e6–e13.
- Bradley, N., Lloyd-Williams, M., & Dowrick, C. (2018). *Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness – a systematic review*. *European journal of cancer care* 27(3):e12837.
- Broom, A., & Cavenagh, J. (2011). *On the meanings and experiences of living and dying in an Australian hospice*. *Health* 15(1):96–111.
- Brunt, L. R. (2018). *Teachers' experiences of working with children with life-limiting conditions in special schools*. Durham E-theses online, Durham University. Dostupné z: <http://etheses.dur.ac.uk/12981/>. [cit. 2024-10-15].
- Butow, P. N., Dowsett, S., Hagerly, R., & Tattersall, M. H. (2002). *Communicating prognosis to patients with metastatic disease: what do they really want to know?* *Supportive care in cancer* 10(2):161–168.

- Capurso, M. (2006). *Bambini malati cronici a scuola*. Difficoltà di apprendimento 12(1):51–70.
- Case, D. M., Cheah, W. H., & Liu, M. (2020). “*Mourning With the Morning Bell*”: An Examination of Secondary Educators’ Attitudes and Experiences in Managing the Discourse of Death in the Classroom. *Omega – Journal of Death and Dying* 80(3):397–419.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., & Tattersall, M. H. (2005). *The needs of terminally ill cancer patients versus those of caregivers for information regarding prognosis and end-of-life issues*. *Cancer* 103(9):1957–1964.
- Closs, A. & Norris, C. (1997). *Outlook Uncertain: enabling the education of children with chronic and/or deteriorating conditions*. Edinburgh, UK: Moray House Institute of Education.
- Craig, F., Boden, C., & Samuel, J. (2012). *Schooling of children with a life-limiting or life-threatening illness*. *European Journal of Palliative Care* 19(3):131–135.
- Curtis, J. R., Wenrich, M. D., Carline, J. D., Shannon, S. E., Ambrozy, D. M., & Ramsey, P. G. (2001). *Understanding physicians’ skills at providing end-of-life care perspectives of patients, families, and health care workers*. *Journal of general internal medicine* 16(1):41–49.
- Department for Education. (2015). *Supporting pupils at school with medical conditions. Statutory guidance for governing bodies of maintained schools and proprietors of academies in England*. Dostupné z: <https://1url.cz/FuDrf> [cit. 2024-10-28].
- Durrant, I., Robinson, S., Summers, C., Ekins, A., & Jones, H. (2014). *Teaching for Life*. Full Report. Canterbury, UK: Canterbury Christ Church University.
- Ekins, A., Robinson, S., Durrant, I., & Summers, K. (2017). *Educating children with life-limiting conditions*. A Practical Handbook for Teachers and School-based Staff. Oxfordshire, UK: Routledge.
- Feudtner, C., Kang, T. I., Hexem, K. R., Friedrichsdorf, S. J., Osenga, K., Siden, H., Friebert, S. E., Hays, R. M., Dussel, V., & Wolfe, J. (2011). *Pediatric palliative care patients: a prospective multicenter cohort study*. *Pediatrics* 127(6):1094–1101.
- Field, M. J., & Cassel, C. K. (eds.). (1997). *Approaching death: Improving care at the end of life*. Washington, US: National Academy Press.
- Fonteine, H., Zijlstra, H. P., & Vlaskamp, C. (2008). *Transfer of Information Between Parents and Teachers of Children with Profound Intellectual and Multiple Disabilities at Special Educational Centres*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 21(5):477–483.

- Fraser, L. K., & Parslow, R. (2018). Children with life-limiting conditions in paediatric intensive care units: a national cohort, data linkage study. *Archives of disease in childhood* 103(6):540–547.
- Fraser, L. K., Bluebond-Langner, M., & Ling, J. (2020). *Advances and Challenges in European Paediatric Palliative Care. Medical sciences* 8(2):20.
- Fraser, L. K., Lidstone, V., Miller, M., Aldridge, J., Norman, P., McKinney, P. A., & Parslow, R. C. (2014). *Patterns of diagnoses among children and young adults with life-limiting conditions: A secondary analysis of a national dataset. Palliative Medicine* 28(6):513–520.
- Fraser, L. K., Miller, M., Aldridge, J., McKinney, P., A., & Parslow, R. C., in collaboration with Hain, R. (2013). *Life-limiting and life-threatening conditions in children and young people in the United Kingdom; national and regional prevalence in relation to socioeconomic status and ethnicity*. Final report for Together for Short Lives. Dostupné z: <https://1url.cz/duDrO> [cit. 2024-10-28].
- García-Rueda, N., Carvajal Valcárcel, A., Saracíbar-Razquin, M., & Arantzamendi Solabarrieta, M. (2016). *The experience of living with advanced stage cancer: a thematic synthesis of the literature. European journal of cancer care* 25(4):551–569.
- Goldman, L. (2015). *Jak s dětmi mluvit o smrti*. Praha: Portál.
- Grant, M. S., Back, A. L., & Dettmar, N. S. (2021). *Public Perceptions of Advance Care Planning, Palliative Care, and Hospice: A Scoping Review. Journal of palliative medicine* 24(1):46–52.
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Dimitry, S., & Tattersall, M. H. (2005). *Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. Annals of oncology* 16(7):1005–1053.
- Hain, R., & Devins, M. (2011). *Directory of Life-Limiting Conditions*. Cardiff, UK: Together for Short Lives.
- Haroková, M., & Chrastina, J. (2022a). *Umírající žák s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním v inkluzivním vzdělávání: teoretický rámec. EduPort* 6(1):27–37.
- Haroková, M., & Chrastina, J. (2022b). *Children and Youth with Life-Limiting or Life-Threatening Conditions – Overview of the Topics of Educational Practice: A Scoping Review. International Journal of Special Education* 37(2):43–54.
- Helen and Douglas House. (2011). *Palliative care toolkit*. Oxford, UK: Helen and Douglas House. Dostupné z: <https://1url.cz/3uDrP> [cit. 2024-10-26].

- Heller, K. W., Coleman, M. B., Best, S. J., & Emerson, J. (2013). *Teachers' knowledge and support systems regarding students with terminal illness*. *Physical Disabilities: Education and Related Services* 32(2):3–29.
- Heller, K. W., Emerson, J. M., Coleman, M. B., Best, S. J., & Garrett, J. T. (2014). *Supporting children with life-threatening conditions in the schools*. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 16(6):355–361.
- Hinds, D. (2007). *When death is a part of school life*. *The Times Educational Supplement* 4757:B21.
- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., Kwon, J. H., Hutchins, R., Liem, C., & Bruera, E. (2014). *Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” “terminally ill,” “terminal care,” and “transition of care”: a systematic review*. *Journal of Pain and Symptom Management* 47(1):77–89.
- Chambers, L. (2018). *A Guide to Children's Palliative Care*. Bristol, United Kingdom: Together for Short Lives, 2018.
- Chrastina, J. (2019). *Komunikace nepříznivých a závažných zpráv*. *Dětský sluch* 2019(3):25–27.
- Chrastina, J., & Haroková, M. (2023). *End of Life in Boys and Young Men With Duchenne Muscular Dystrophy – The Perspective of Dying Men and Their Families: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Evidence*. *Omega – Journal of Death and Dying*, 302228231186358. Advance online publication.
- Chrastina, J., Klvaňová, T., & Hudcová, B. (2018). „*Jsem jiný, jsem slavný... a umřu dříve*“ (dítě/žák s cystickou fibrózou v edukačním prostředí). *Pedagogická orientace* 28(2):357–381.
- Chrastina, J., Maštalíř, J., & Ludíková, L. (2017). „*Breaking bad news*“ – a short review of available models. In 4th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2017 Conference Proceedings, Book 3, vol. III, pp. 101–108.
- Institut Pallium. (2021). *Koncepce péče o děti a dospívající se závažnou život limitující a ohrožující diagnózou a jejich rodiny*. Dostupné z: <https://1url.cz/3uDr7> [cit. 2024-10-22].
- Jarvis, S. W., Roberts, D., Flemming, K., Richardson, G., & Fraser, L. K. (2021). *Transition of children with life-limiting conditions to adult care and healthcare use: a systematic review*. *Pediatric research* 90(6):1120–1131.
- Knapp, C. A. (2009). *Research in pediatric palliative care: closing the gap between what is and is not known*. *The American journal of hospice & palliative care* 26(5): 392–398.

- Kolva, E., Rosenfeld, B., & Saracino, R. (2018). *Assessing the decision-making capacity of terminally ill patients with cancer*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 26(5): 523– 531.
- Lane, T., Ramadurai, D., & Simonetti, J. (2019). *Public Awareness and Perceptions of Palliative and Comfort Care*. *The American journal of medicine* 132(2):129–131.
- Lazenby, R. B. (2006). *Teachers dealing with death of students: a qualitative analysis*. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 8(1):50–56.
- Liben, S., Papadatou, D., & Wolfe, J. (2008). *Paediatric palliative care: challenges and emerging ideas*. *Lancet* 371(9615):852–864.
- Lin, S. C., Huang, M. C., Yasmara, D., & Wu, H. L. (2021). *Impact of palliative care on end-of-life care and place of death in children, adolescents, and young adults with life-limiting conditions: a systematic review*. *Palliative & supportive care* 19(4):488–500.
- Lloyd, A., Kendall, M., Starr, J. M., & Murray, S. A. (2016). *Physical, social, psychological and existential trajectories of loss and adaptation towards the end of life for older people living with frailty: a serial interview study*. *BMC geriatrics* 16(1):176.
- Lum, A., Wakefield, C. E., Donnan, B., Burns, M. A., Fardell, J. E., & Marshall, G. M. (2017). *Understanding the School experiences of children and adolescents with serious chronic illness: a systematic meta-review*. *Child: Care, Health & Development* 43(5):645–662.
- Martin, J. A., Osterman, M. J., & Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Preterm births – United States, 2006 and 2010*. *MMWR supplements* 62(3):136–138.
- May, C. R., Cummings, A., Myall, M., Harvey, J., Pope, C., Griffiths, P., Roderick, P., Arber, M., Boehmer, K., Mair, F. S., & Richardson, A. (2016). *Experiences of long-term life-limiting conditions among patients and caregivers: What can we learn from a meta-review of systematic reviews of qualitative studies of chronic heart failure, chronic obstructive pulmonary disease and chronic kidney disease?* *BMJ Open* 6:e011694.
- Mitchell, S., Spry, J. L., Hill, E., Coad, J., Dale, J., & Plunkett, A. (2019). *Parental experiences of end-of-life care decision-making for children with life-limiting conditions in the paediatric intensive care unit: a qualitative interview study*. *BMJ Open* 9(5):e028548.
- Mukherjee, S., Lightfoot, J., & Sloper, P. (2000). *The inclusion of pupils with a chronic health condition in mainstream school: what does it mean for teachers?* *Educational Research* 42(1):59–72.
- Munson, L. J., & Hunt, N. (2005). *Teachers Grieve! What can We Do for Our Colleagues and Ourselves When a Student Dies?* *TEACHING Exceptional Children* 37(4):48–51.

- Noyes, J., Edwards, R. T., Hastings, R. P., Hain, R., Totsika, V., Bennett, V., Hobson, L., Davies, G. R., Humphreys, C., Devins, M., Spencer, L. H., & Lewis, M. (2013). *Evidence-based planning and costing palliative care services for children: novel multi-method epidemiological and economic exemplar*. *BMC palliative care* 12(1):18.
- Palliative Care Australia. (2008). *Palliative and end of life care: glossary of terms*. Deakin West, ACT: Palliative Care Australia.
- Papadatou, D., Metallinou, O., Hatzichristou, C., & Pavlidi, L. (2002). *Children with a Chronic and Life-Limiting Condition: Teachers' Perceptions and Experiences Regarding Students' School Integration*. *Illness, Crisis & Loss* 10(2):108–124.
- Parker, S. M., Clayton, J. M., Hancock, K., Walder, S., Butow, P. N., Carrick, S., Currow, D., Ghersi, D., Glare, P., Hagerty, R., & Tattersall, M. H. (2007). *A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information*. *Journal of pain and symptom management* 34(1):81–93.
- Parrott, R., Tilley, N., & Wolstenholme, J. (2008). *Changes in demography and demand for services from people with complex needs and profound and multiple learning disabilities*. *Tizard Learning Disability Review* 13(3):26–34.
- Price, J., Jordan, J., & Prior, L. (2013). *A consensus for change: parent and professional perspectives on care for children at the end-of-life*. *Issues in comprehensive pediatric nursing* 36(1–2):70–87.
- Ramer-Chrastek, J. (2000). *Hospice care for a terminally ill child in the school setting*. *The Journal of School Nursing* 16(2):52–56.
- Rehm, R. S. (2002). *Creating a context of safety and achievement at school for children who are medically fragile/technology dependent*. *Advances in nursing science* 24(3):71–84.
- Robinson, S., & Summers, K. (2012). *An evaluation of the educational support for teachers who teach children with life-limiting illness in schools*. *Pastoral Care in Education* 30(3):191–207.
- Rynard, D. W., Chambers, A., Klinck, A. M., & Gray, J. D. (1998). *School Support Programs for Chronically Ill Children: Evaluating the Adjustment of Children with Cancer at School*. *Children's Health Care* 27(1):31–46.
- Scott, F. (1981). *When a Student Dies*. *The English Journal* 70(2):22–24.
- Sexson, S., & Madan-Swain, A. (1995). *The chronically ill child in the school*. *School Psychology Quarterly* 10(4):359–368.

- Shaw, S. R., Glaser, S. E., Stern, M., Sferdensch, C., & McCabe, P. C. (2010). *Responding to student's chronic illnesses*. *Principal Leadership* 10(7):12–16.
- Steinhauser, K. E., Arnold, R. M., Olsen, M. K., Lindquist, J., Hays, J., Wood, L. L., Burton, A. M., & Tulskey, J. A. (2011). *Comparing three life-limiting diseases: does diagnosis matter or is sick, sick?* *Journal of Pain and Symptom Management* 42(3):331–341.
- Stepanek, J., & Newcomb, S. (1996). *Strategies for working with families when a child dies*. In Beckman, P. J. (ed.). (1996). *Strategies for Working with Families of Young Children with Disabilities*, pp. 191–214. Baltimore, US: Brookes Publishing.
- Taber, J. M., Ellis, E. M., Reblin, M., Ellington, L., & Ferrer, R. A. (2019). *Knowledge of and beliefs about palliative care in a nationally-representative U. S. sample*. *PloS one* 14(8):e0219074.
- Terry, W., Olson, L. G., Wilss, L., & Boulton-Lewis, G. (2006). *Experience of dying: concerns of dying patients and of carers*. *Internal medicine journal* 36(6):338–346.
- Thongseiratch, T., & Chandeying, N. (2020). *Chronic Illnesses and Student Academic Performance*. *Journal of Health Science and Medical Research* 38(3):245–253.
- Together for Short Lives. (2015). *Helping Children Who Need Palliative Care Access Education*. Dostupné z: <https://1url.cz/VuD1i> [cit. 2024-10-28].
- Vanclooster, S., Benoot, C., Bilsen, J., Peremans, L., & Jansen, A. (2018). *Stakeholders' Perspectives on Communication and Collaboration Following School Reintegration of a Seriously Ill Child: a literature Review*. *Child & Youth Care Forum* 47(4):583.
- Wallander, J. L., Varni, J. W., Babani, L., Banis, H. T., & Wilcox, K. T. (1988). *Children with chronic physical disorders: maternal reports of their psychological adjustment*. *Journal of pediatric psychology* 13(2):197–212.
- Whellan, D., Goodlin, S. J., Dickinson, M. G., Heidenreich, P. A., Jaenicke, C., Stough, W., & Rich, M. (2014). *End-of-life care in patients with heart failure*. *Journal of Cardiac Failure* 20(2):121–134.
- Wilson, K., & Luker, K. A. (2006). *At home in hospital? Interaction and stigma in people affected by cancer*. *Social science & medicine* 62(7):1616–1627.
- Worden, J. W. (1996). *Children and grief. When a parent dies*. New York, NY, US: Guilford Press.

## **Speciální pedagogika a logopedie**

**Mgr. Lucie Kytnarová, Ph.D.**

Komunikace jako klíčový aspekt kvality života, v širším konceptu zahrnující všechny formy a způsoby sdělování informací, je tradičně ústředním tématem oboru, který se nazývá logopedie. Cílem této kapitoly je představit logopedii jako samostatnou vědní disciplínu, přestože má vazby na speciální pedagogiku. Pozornost je věnována změnám a variabilitě terminologie s ohledem na mezinárodní kontext. Na závěr je popsána role speciální pedagogiky v logopedii, zejména z pohledu profesních kompetencí.

Kořeny logopedie jsou v českém prostředí tradičně spjaty se speciální pedagogikou a foniatrií. Vymezení logopedie na pomezí pedagogických a medicínských věd, podpořené rezortním dualismem, vyvolává od 50. let 20. století kompetenční spory, které ohrožují poskytování logopedické péče v celé její komplexnosti. V minulosti to byly snahy definovat logopedii jako pouze speciálně pedagogickou disciplínu a argumentovat proti vymezení logopedie jako podoboru foniatrie. Definice logopedie v sobě vždy zahrnovala termíny jako rozvoj, výchova a vzdělávání (Sovák, 1978; Štejgerle, 1979). V roce 1970 byla logopedie na Slovensku dokonce uznána jako samostatný vědní obor, ale k tomuto uznání v Česku nakonec nedošlo (Peutelschmiedová, 2005a; Neubauer & Moškurjáková 2018). Spor o podřízení logopedie pouze rezortu zdravotnictví skončil uzákoněním pozice školského logopeda v novele zákona 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, která nabyla účinnosti 1. 9. 2023. Přetrvává však rivalita ve vymezení kompetencí. V tomto kontextu lze aplikovat slova profesora Seemana (1957), která pronesl směrem k logopedii a foniatrii: předmět klinické logopedie a školské logopedie není různý, obě profese se liší pouze přístupem k problému, navzájem se však musí prolínat a doplňovat (Peutelschmiedová, 2005b). Lechta (1990) erudovaně definoval logopedii jako studijní obor, vědní obor a profesi. V České republice existují dvě profese – školský logoped a klinický logoped. Odborná způsobilost k výkonu povolání logopeda ve zdravotnictví a následně klinického logopeda se získává dle §23 zákona 96/2004 Sb. v aktuálním znění, o nelékařských zdravotnických povoláních. Odborná způsobilost k výkonu povolání školského logopeda se získává dle §18a, zákona 563/2004. Sb., v aktuálním znění, o pedagogických

pracovnících. Logopedie je však jeden vysokoškolský studijní obor, který se studuje na pedagogických fakultách v rámci studijních programů speciální pedagogika nebo logopedie. Zároveň **představuje jeden svébytný vědní obor, který již přesahuje rámec pouhé disciplíny speciální pedagogiky**. Dle stanoviska Evropské asociace logopedů (ESLA, 2016), na kterém se podílela pracovní skupina složená z odborníků z více jak 20 zemí Evropy, je logopedie jak samostatným vědním oborem, tak i samostatnou profesí. Jako věda se nachází na pomezí medicíny, psychologie, lingvistiky, sociologie a pedagogiky. Lechta (2016) hovoří o transdisciplinární, multiprofesionální, kooperativní a integračně orientované vědě, která zkoumá narušenou komunikační schopnost člověka z hlediska příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence a prognózy. Pojem narušená komunikační schopnost, zavedený v roce 1990, nicméně nevystihuje současný záběr vědního oboru logopedie. Vitásková (2019, 2020) uvádí, že logopedie jako transdisciplinární vědní disciplína nahlíží nezávisle na složité jevy lidské komunikace ve všech jejích formách, fyziologických i patologických. V náhledu na intervenci respektuje globálně-holistický model, propojuje klinické, edukační i sociálně orientované formy intervence, jelikož zásadní roli, ovlivňující všechny aspekty života, hrají dopady poruch sociální komunikace, řeči, jazyka a polykání na celkový rozvoj osobnosti jedince. Logopedie jako dynamická věda se musí přizpůsobovat měnícím se potřebám společnosti, implementovat nové vědecké poznatky a využívat technologický pokrok.

Logopedie jako profese i studijní obor by měly čerpat z aktuálních poznatků logopedie jako vědního oboru a adekvátně je aplikovat v rámci svých odborných kompetencí a působnosti. Je však možné, že postupem času dojde k diferenciaci logopedie na dva aplikované obory, a to klinickou logopedii a školskou logopedii. Obor klinická logopedie již vymezuje Neubauer (2018, s. 20) jako „*obor zabývající se diagnostikou, terapií (prevencí) poruch komunikace řeči, jazykovými prostředky a s komunikací spjatých poruch kognitivních a motorických orofaciálních funkcí v oblasti zdravotnických zařízení a zdravotní péče*“. Tento vývoj by se potenciálně mohl projevit i ve struktuře vysokoškolského vzdělávání, a tudíž ve vymezení logopedie jako studijního oboru.

## **Terminologická variabilita v logopedii**

---

Terminologie v oblasti logopedie byla v průběhu let rozsáhle diskutována. V mnoha zemích je terminologie ovlivněna sektorem, ve kterém logopedi působí, a klíčovou roli v přístupu k přijaté terminologii hraje paradigma vzdělávání. Variabilita v terminologii může vést

k nedorozuměním jak uvnitř jednotlivých zemí, tak i mezi nimi. Terminologie by měla být jasná, konzistentní a kulturně citlivá, aby její používání pozitivně ovlivnilo praxi a usnadnilo mezioborovou spolupráci.

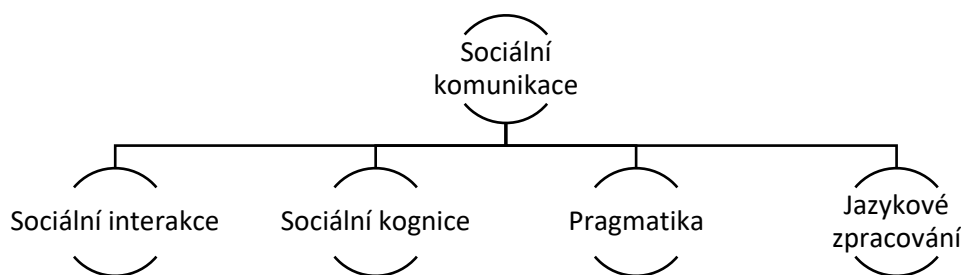
V české a slovenské literatuře lze nalézt termíny, kterými jsou **narušená komunikační schopnost (NKS), poruchy řečové komunikace (PŘK), poruchy řeči, jazyka, sociální komunikace, kognitivně-komunikační poruchy a poruchy polykání**. Zásadou prof. Viktora Lechty dominuje pojem **narušená komunikační schopnost**, který nahradil termíny porucha, vada řeči. Dle Lechty (1990) přináší transformaci v náhledu na poruchu, vadu řeči, protože slovo narušení s sebou nese optimismus možného odstranění, zároveň pojem narušená komunikační schopnost v sobě zahrnuje všechny aspekty jazykového vyjádření, tudíž respektuje tzv. pragmalingvistický trend. Zatímco tradiční logopedie se historicky zaměřovala převážně na formální aspekty jazyka, pragmalingvistický obrat přináší širší pohled, který bere v úvahu způsob, jakým je jazyk používán v reálných sociálních a komunikačních situacích. Dochází k rozšíření pozornosti i na schopnost rozumět a reagovat na jemné sociální a kontextové signály v komunikaci. To zahrnuje například interpretaci neverbálních podnětů, pochopení úmyslu druhé strany nebo vhodnost odpovědi v dané situaci. Pragmatický systém jazyka je součástí celého jazykového systému a je považován za nástroj, který je používán k poznávání sociálního světa, k vytváření, rozvíjení a udržování sociálních vztahů. Pragmatika vyplývá i z kolektivních a historických zkušeností skupiny, jelikož když spolu dva lidé komunikují, jednají na základě stereotypního vzorce sociálních znalostí sdílených mezi účastníky dialogu (Lechta, 2003; Matthews et al., 2018). Aby člověk porozuměl komunikačním záměrům partnera, musí rozpoznat tento stereotypní vzorec znalostí sdílený s partnerem. Například dle Levinsona (2016) je střídání mluvčích mezi lidmi univerzální, ačkoli jazyky jsou kulturně specifické. Střídání mluvčích jak v gestikulační, tak ve vokální modalitě je prokázáno napříč všemi hlavními větvemi řádu primátů, což naznačuje, že předcházelo jazyku ve fylogenezi. K pochopení komunikačního záměru partnera je také nezbytná neporušená teorie mysli (ToM) a exekutivní funkce, implicitní a explicitní paměť a sdílená pozornost (Brizio et al., 2015; Rowley et al., 2017). Ačkoli je jasné, že pragmatické jazykové schopnosti tvoří významnou a komplexní oblast zájmu logopedie, je třeba zdůraznit, že ucelený pohled a výzkumy zaměřené na pragmatiku komunikace jsou v českém prostředí publikovány spíše sporadicky. Přitom termín pragmatická jazyková rovina v rámci vymezení NKS byl v tuzemské literatuře definován již před více než 30 lety. Lechta (2003, 2016) považuje pojem **narušená komunikační schopnost** za vhodnější než termíny **poruchy řeči a jazyka** (speech and language disorders), běžně používané v anglosaské literatuře. NKS lépe vyhovuje nejen

z jazykového hlediska, ale také proto, že je v souladu s nálezem na disabilitu v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (2001). V souladu s Lechtou (2003) lze poznamenat, že označení poruchy řeči a jazyka také nedokáže plně vystihnout všechny diagnózy, jimiž se současná logopedie zabývá. S příchodem 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která klade důraz na globální použitelnost a jejíž kapitola věnovaná duševním poruchám je harmonizována s 5. revizí Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5, 2013) Americké psychiatrické asociace, se však v české logopedii zvyšuje potřeba respektování jednotné terminologie, která odpovídá mezinárodní nomenklatuře. **Definování logopedie jako transdisciplinární vědy, která zkoumá příčiny, projevy, důsledky, možnosti diagnostiky, terapie, prevence a prognózy nejen poruch řeči a jazyka, ale také sociální komunikace, kognitivně-komunikačních poruch a poruch polykání ve všech věkových kategoriích, představuje rámec, který nám umožňuje sdílet stejnou terminologii s odborníky na celém světě.** Také stanovisko Evropské asociace logopedů vydané k variabilitě terminologie v logopedii (ESLA, 2016) podporuje přijetí jasných a konzistentních termínů, které mohou zlepšit komunikaci a porozumění mezi profesionály ve světovém měřítku. Logopedii definuje jako vědní obor a profesi, která se zabývá diagnostikou, terapií, prevencí, poradenstvím, vzděláváním a výzkumem v oblasti poruch řeči, jazyka, komunikace a polykání. Tyto poruchy vznikají z různých etiologií, v průběhu celého života. Americká asociace logopedů a foniatrů (ASHA, 2022) navíc zdůrazňuje úlohu logopedie u osob s poruchami sluchu, při poskytování alternativních a augmentativních komunikačních systémů. Také vyzdvihuje oblast tzv. komunikačních odchylek, kdy se logopedie zabývá zlepšováním mluveného projevu, například v případě úpravy přízvuku.

Teoretické vymezení pojmu narušená komunikační schopnost sice zůstává v českém prostředí, vzhledem k pojmu poruchy komunikace, stále aktuální, ale pravděpodobně bude lépe odpovídat potřebám školské logopedie a edukačnímu systému. Tradiční dělení NKS do 10 okruhů (Lechta 1990, 2003, 2016) je však v současném pojetí částečně překonáno. Moderní logopedie se nezaměřuje pouze na komunikační schopnost ve smyslu interference jazykových rovin s komunikačním záměrem, ale také se věnuje obtížím při příjmu potravy, tekutin a polykání. Tento obor se rovněž přizpůsobuje aktuálním demografickým trendům, jako je rostoucí počet starších osob a s tím souvisejících onemocnění, a to včetně definice kognitivně-komunikačních poruch spojených se syndromy demence. V centru zájmu jsou i myofunkční a orofaciální poruchy.

**Anglosaská literatura** v popředí s Americkou asociací logopedů a foniatrů (ASHA, 2022) i Evropskou asociací logopedů (ESLA, 2016) **operuje při vymezení logopedie s pojmy**

**poruchy řeči a poruchy jazyka, poruchy sociální komunikace, kognitivně komunikační poruchy a poruchy polykání.** Dělení na poruchy řeči a poruchy jazyka je svým způsobem umělé. Zpochybňování tohoto dělení vychází z toho, že hranice mezi řečí a jazykem nejsou tak jednoznačné, jak by se mohlo zdát, a že v reálném světě tyto dvě oblasti fungují v symbióze (např. Vygotskij, 1976, Leonard, 2006, Lechta, 2003). **Porucha řeči** je chápána jako zastřešující kategorie pro poruchy artikulace, poruchy fluence a hlasu. **Porucha jazyka** je definována jako narušení porozumění a/nebo používání mluvené, psané a/nebo jiné soustavy znaků. Porucha se může týkat (1) formy jazyka (fonologie, morfologie, syntaxe), (2) obsahu jazyka (sémantiky) a/nebo (3) použití jazyka v komunikaci (pragmatiky) v jakékoli kombinaci (ASHA, 2022). **Sociální komunikace** je definována jako propojení sociální interakce, sociální kognice, pragmatiky a receptivního a expresivního jazykového zpracování (viz obr. 1). Sociální komunikace je také silně ovlivněna řadou kognitivních funkcí a procesů, včetně teorie mysli a exekutivních funkcí (Wiseman-Hakes et al., 2018).



*Obr. 1 model sociální komunikace*

**Sociální interakce** je dovednost efektivně se zapojit do interakcí s ostatními. Její pravidla se mohou výrazně lišit napříč kulturami, variace mohou nastat např. ve stylu řeči, v rozdílech v komunikaci mezi pohlavími, ve vztazích moci (např. dominance nebo úcta), v pravidlech jazykové zdvořilosti, v neverbální komunikaci (gesta, tón hlasu, mimika apod.) (Channell & Mattie, 2023). **Sociální kognice** je obecně definována jako soubor procesů, pomocí kterých integrujeme informace o ostatních, jež využíváme k dosažení úspěšných interakcí. Sociální kognice zahrnuje studium základních mentálních schopností, které lidé používají k porozumění sobě samým a ostatním. Vztahuje se na složitou sadu procesů, které umožňují efektivně reagovat na sociální interakce a měnit se sociální prostředí, jako je vnímání emocí, teorie mysli (mentalizování) a další procesy, které usnadňují efektivní mezilidské vztahy (Bodenhausen & Morales, 2012). **Pragmatika** je oblast sociální komunikace, která se zaměřuje na použití jazyka v souladu s cíli v sociálních kontextech. Je to soubor pravidel, která jednotlivci dodržují při

používání jazyka v konverzaci a dalších sociálních situacích. Zahrnuje jak verbální, tak neverbální komunikaci. Z pohledu neverbální komunikace se jedná o gestiku, posturiku, mimiku, zrakový kontakt a pohled, proxemiku či chování při komunikaci (Vitásková, Kytnarová, 2017). Z pohledu verbální komunikace zahrnuje:

- Mluvní (řečové) akty: Termín popisuje, jakým způsobem jsou slova používána k dosažení různých komunikačních cílů, jako je přání, žádost, příkaz, omluva nebo slib. Studium mluvních aktů nám pomáhá pochopit, jak lidé používají jazyk nejen k přenosu informací, ale také k vytváření a udržování sociálních vztahů (Saicová, Římalová, 2014).
- Prozódii: Jedná se o intonaci, rytmus, pauzy atd. Prozódie a pragmatika spolu úzce souvisejí, protože prozodické prvky mohou významně ovlivnit, jak jsou jazyková sdělení interpretována (Gussenhoven & Jacobs, 2011).
- Griceovu teorii maxim: Jedná se o čtyři základní maxima (pokyny, příkazy), která by měla být při kooperativní komunikaci dodržována. Teorie zkoumá, zda účastníci komunikace spolu kooperují (nebo nikoli) a zda v komunikaci dochází k nesouladu či konfliktům. K porušování maxim kooperačního principu dochází však v komunikaci běžně (např. lži, polopravdy, metafory atd.) (Saicová, Římalová, 2014).
- Diskurs: Souvisí s tím, jak strukturovat své sdělení, včetně schopnosti udržovat téma, pořadí informací, udržet logické spojení mezi větami a myšlenkami.

**Kognitivně-komunikační poruchy** se týkají narušení komunikace v důsledku poruch kognitivních funkcí (pozornosti, paměti, exekutivních funkcí aj.). Tyto poruchy obvykle vznikají v důsledku cévní mozkové příhody, traumatického poranění mozku nebo demence, i když mohou být také vrozené. Poruchy kognitivních funkcí se vyskytují i u vývojové poruchy jazyka, poruch vývoje intelektu, poruch autistického spektra apod. **Poruchami polykání** označujeme obtíže s polykáním v jakékoliv fázi polykacího aktu. V dětském věku se spíše jedná o poruchy příjmu potravy zahrnujícími obtíže/odmítání vložení potravy do úst, obtíže/odmítání zpracovat stravu v ústech a odmítání potravy polknout (Červenková, 2017).

Specifické postavení v české logopedické terminologii zaujímají **poruchy řečové komunikace**. Řečová komunikace (speech communication) je pojem, který je spíše užíván v oblasti lingvistiky, také ho ale nacházíme ve spojení s počítačovými vědami (téma syntézy a rozpoznávání řeči, strojové učení, viz např. ISCA – International Speech Communication Association). Dle Neubauera (2018) bylo užívání tohoto termínu zvoleno proto, že pojímá mezilidskou komunikaci komplexně (zahrnuje produkci i percepci řeči, textu i neverbální komunikaci). Pojem řečová komunikace, jako zastřešující termín pro všechny logopedické

diagnózy, však neodpovídá požadavkům na uplatňování principu jasné a konzistentně užívané terminologie, jejíž chápání nekončí hranicemi jednotlivých států, aby byla možná mezinárodní spolupráce, porozumění i výzkum. V žádné odborné literatuře ani klasifikačním systému nejsou např. poruchy polykání řazeny do vývojových poruch komunikace. Neubauer (2018, s. 37) také uvádí, že systém dělení poruch řečové komunikace upřednostňuje etiologické hledisko před pouhým popisem příznaků poruch proto, aby se cílilo na efektivní terapii, a rozlišuje poruchy na bázi „*postižení percepce, primárních funkcí orofaciálního traktu, motorických řečových mechanismů, individuálního jazykového systému a kognitivně komunikačních poruch*“. Užívané termíny však plně nerespektují trend destigmatizace, např. používáním pojmu handicap, postižení. Klasifikace také nezohledňuje současné názvy diagnóz a vymezení diagnóz dle MKN-11. Např. vývojovou dysfázi nelze nazývat „*těžkou poruchou vývoje řečových schopností na organickém podkladě*“, protože to neodpovídá současným vědeckým poznatkům a vymezení (viz CATALISE Consortium, Bishop et al., 2017). Předložená klasifikace má respektovat etiologické hledisko, ale lze nalézt některé diskutabilní pojmy. Například palatolálie je řazena mezi motorické řečové poruchy, ale mohla by patřit i mezi poruchy primární funkce orofaciálního traktu, pokud je příčinou strukturální anomálie. Taktéž koktavost je zařazena mezi poruchy na bázi postižení motorických řečových mechanismů. Vzhledem k tomu, že současné studie (viz např. Neef & Chang, 2024) považují příčinu vzniku koktavosti stále za nejasnou a diskutuje se i genetická mutace, je takto zvolené etiologické hledisko adekvátní? Povede k vhodnému zvolení terapeutického přístupu? Navíc, pod pojmem „*motor speech disorder*“ jsou v zahraniční literatuře zahrnuty dysartrie a dyspraxie.

## **Změny v logopedické terminologii v souvislosti s 11. revizí**

### **Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)**

---

MKN-11 s sebou nese aktualizaci terminologie, tak aby lépe odpovídala současným vědeckým poznatkům a praxi. U některých poruch se proto vyskytuje podrobnější klasifikace. V kapitole 06, která se zabývá duševními, behaviorálními a neurovývojovými poruchami, jsou z logopedického hlediska do podkapitoly Neurovývojové poruchy zařazeny následující skupiny poruch (MKN-11, 2024). Tento přehled se soustředí na základní diagnózy, kterými se zabývá logoped, a nezahrnuje kategorie s kódy Y a Z, které označují jiné určené nebo neurčené stavy.

#### **06 Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy**

- Neurovývojové poruchy
- 6A00 Poruchy vývoje intelektu

- 6A01 Vývojové poruchy řeči nebo jazyka
  1. 6A01.0 Porucha zvukové podoby řeči (Speech Sound Disorder, SSD)
  2. 6A01.1 Vývojová porucha plynulosti řeči (Developmental Speech Fluency Disorder)
  3. 6A01.2 Vývojová porucha jazyka (Developmental Language Disorder, DLD)
    - 6A01.20 Vývojová porucha jazyka s narušením receptivního a expresivního jazyka
    - 6A01.21 Vývojová porucha jazyka s narušením převážně expresivního jazyka
    - 6A01.22 Vývojová porucha jazyka s narušením převážně pragmatického jazyka
- 6A02 Porucha autistického spektra
- 6A03 Vývojová porucha učení (Developmental Learning Disorder)
  1. 6A03.0 Vývojová porucha učení s narušením ve čtení
  2. 6A03.1 Vývojová porucha učení s narušením v písemném vyjadřování
  3. 6A03.2 Vývojová porucha učení s narušením v matematice
- 6A04 Vývojová porucha motorické koordinace
  1. Porucha orofaciální motorické koordinace
- 6A05 Porucha pozornosti s hyperaktivitou
- 6E60 Sekundární neurovývojový syndrom
  1. 6E60.0 Sekundární řečový nebo jazykový syndrom

### **Úzkostné poruchy nebo poruchy související se strachem**

- 6B06 Selektivní mutismus

### **Příznaky, znaky nebo klinické nálezy nezařazené jinde**

- Příznaky, znaky nebo klinické nálezy týkající se řeči, jazyka nebo hlasu
- MA80 Poruchy řeči a jazyka nezařazené jinde
  1. MA80.0 Afázie
  2. MA80.1 Dysfázie
  3. MA80.2 Dysartrie
- MA81 Porucha plynulosti řeči
  1. Koktavost s nástupem v dospělosti
  2. Breptavost s nástupem v dospělosti
- MA82 Poruchy hlasu
  1. MA82.0 Afonie

2. MA82.1 Dysfonie
3. MA82.2 Porucha rezonance

### **Příznaky týkající se horního gastrointestinálního traktu**

- MD93 Dysfagie

### **Celkové příznaky, znaky nebo klinické nálezy**

- MG43 Příznaky a znaky týkající se příjmu potravy a tekutin
  1. MG43.3 Obtížné krmení

**Specifická porucha artikulace řeči (F80.0)**, uvedená v MKN-10, byla nahrazena termínem **Porucha zvukové podoby řeči (6A01.0, Speech Sound Disorder, slovensky Narušení zvukovej roviny řeči)**. V českém překladu bylo ponecháno slovo porucha, protože odpovídá anglickému výrazu „disorder“, nikoli narušení, „impairment“. Podle Buntové a Ghútové (2016) však Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) používá termín Speech impairment jako synonymum pro Speech Sound Disorder (SSD). Speech Sound Disorders je zastřešujícím termínem pro artikulační poruchu (dříve dyslálii), fonologickou poruchu a někteří autoři sem zařazují i vývojovou verbální dyspraxii (childhood apraxia of speech). Překlad názvu „Speech Sound Disorder“ může vyvolávat kontroverze a být zavádějící, protože v rámci 10. okruhu NKS historicky existuje kategorie nazvaná „Narušení zvuku řeči“. Tato kategorie se však zaměřuje na rezonanci a zahrnuje stavy, jako jsou rinolálie a palatolálie. Dyslálie je naopak zařazena do okruhu „Narušení článkování řeči“. Vzhledem k tomu, že ve slovenské literatuře došlo k překladu a terminologickému vymezení dříve než v češtině, byl z důvodu zachování konzistence ponechán původní překlad ze slovenské odborné literatury. Termín „zvuková rovina řeči“ byl v českém překladu nahrazen termínem „zvuková podoba řeči“, protože v české jazykovědné literatuře se používají pojmy jako zvuková podoba jazyka a mluvená podoba řeči.

Nové definice diagnóz v rámci kategorie **Vývojová porucha jazyka (6A01.2, Developmental Language Disorder, ve slovenštině Vývojová jazyková porucha)** podle MKN-11 představují zásadní změnu pro českou logopedii. V 10. revizi lze nalézt pouze Expresivní poruchu řeči (F80.1) a Receptivní poruchu řeči (F80.2), kde není odpovídající již termín porucha řeči. Sporné je i vymezení samostatně stojící diagnózy „Receptivní porucha řeči“. V českém překladu jsme zvolili termín "vývojová porucha jazyka" místo termínu "jazyková porucha", protože lépe odráží strukturu anglického výrazu. Nuance v překladu jsou vnímány a jsou diskutabilní, ale domníváme se, že název vývojová porucha jazyka je více v souladu s českou verzí MKN-11 (viz také porucha vývoje intelektu, porucha autistického spektra atd.). Přelomovým mezníkem je zařazení diagnózy „Vývojová porucha jazyka s narušením převážně pragmatického jazyka“.

Zájem o pragmatiku, o její vztah se sociální komunikací a o způsoby, jak efektivně hodnotit pragmatické jazykové schopnosti a dělat terapii u dětí i dospělých, kteří vykazují poruchy sociální komunikace, vzrostl s uvedením sociální (pragmatické) poruchy komunikace (SPCD<sup>10</sup>) do DSM-5 (2013). Jedná se o samostatnou diagnózu, která je definována jako porucha komunikace s primárními deficity ve smyslu sociálního využití verbální a neverbální komunikace. Primární obtíže se mohou projevovat v sociální interakci, sociální kognici, pragmaticce, zpracování jazyka nebo v jakékoli kombinaci výše uvedeného. Hlavním kritériem pro udělení této diagnózy by měly být dlouhodobě přetrvávající a nápadné obtíže v pragmatických jazykových schopnostech, které však nejsou důsledkem nějakého jiného přidruženého onemocnění, postižení či poruchy. Deficity se projeví jako limitující pro efektivnost komunikace, participaci na společenském životě, společenských vztazích či v kariérním úspěchu a výkonu. Nástup těchto symptomů má počátek už v raném vývoji dítěte (Baird & Norbury, 2016). Diagnóza SPCD byla zřejmě zařazena do DSM-5 z důvodu změny kritérií pro diagnostiku poruch autistického spektra. Dle nových kritérií již někteří nebudou splňovat kritéria pro přiznání této diagnózy, ale nadále budou potřebovat odpovídající péči (Huerta et al., 2012). Stejná situace nastává i v MKN-11. Nezbytné je poznamenat, že hranice mezi SPCD a poruchou autistického spektra je velmi tenká. Častá je také společná citace těchto termínů, což naznačuje sdílené zaměření ve výzkumné komunitě. To odráží probíhající debatu o překrývání a rozdílech mezi těmito stavy, což by mělo vést k zdokonalení diagnostických a terapeutických strategií (Alduais et al., 2023).

Pod kódem 6E60.0 se mezi neurovývojové poruchy řadí Sekundární řečový nebo jazykový syndrom, což lze oproti klasifikaci MKN-10 považovat za vítanou změnu. Jedná se o syndrom, který zahrnuje významné rysy spojené s vývojem řeči nebo jazyka, které nespĺňují diagnostické požadavky na stanovení žádné z určených vývojových poruch řeči nebo jazyka. Možné etiologie zahrnují onemocnění nervového systému, smyslové poškození, poranění mozku nebo infekci. Tato diagnóza by měla být přidělena vedle diagnózy pro předpokládanou základní poruchu nebo onemocnění, pokud jsou neurovývojové potíže dostatečně závažné, aby vyžadovaly zvláštní klinickou pozornost (MKN-11, 2024). Sekundární řečový nebo jazykový syndrom by měl odpovídat okruhu NKS, který je nazván „Symptomatické poruchy řeči“. Možnost kódování této diagnózy by měla v České republice přispět ke zlepšení diferenciální diagnostiky, kdy např. dítěti s intelektovou poruchou nebude kódována expresivní a receptivní porucha řeči, k čemuž dnes dle MKN-10 dochází.

---

<sup>10</sup> Social Pragmatic Communication Disorder

Další změnou je přejmenování diagnózy elektivní mutismus na selektivní mutismus. Termín selektivní mutismus je používán v manuálu DSM-V, došlo tedy ke sjednocení. Elektivní mutismus patří dle MKN-10 do kapitoly „Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání“, v MKN-11 je zařazen pod „Úzkostné poruchy nebo poruchy související se strachem“. Přístup MKN-10 byl založen na chápání problému jako spíše behaviorální poruchy. Zařazení do kategorie úzkostných poruch lépe odráží podstatu problému. Další logopedické diagnózy obsahuje kapitola „Příznaky, znaky nebo klinické nálezy nezařazené jinde“, konkrétně podkapitola „Příznaky, znaky nebo klinické nálezy týkající se řeči, jazyka nebo hlasu“. Oproti MKN-10 je opět zohledněno rozlišování poruch řeči a poruch jazyka. Jedná se o afázii, dysartrii, dysfonii, poruchy rezonance a poruchy plynulosti, zřejmě ve smyslu neurogenních poruch. Pod kódem MA80.1 nalézáme Dysfázii, která je vymezena jako „*kognitivní porucha charakterizována zhoršenou schopností porozumění nebo vyjadřování v písemném či mluveném projevu*“ (MKN-11, 2024). Termín „dysfázie“ se vzhledem ke své definici jeví jako neadekvátní; vhodnější by bylo označení „kognitivně-komunikační poruchy“. Doposud se však podařilo tento pojem zařadit alespoň mezi indexované termíny spojené s tímto kódem.

Dysfagie jsou řazeny mezi „Příznaky týkající se horního gastrointestinálního traktu“. Obtížné krmení má vlastní kód a řadí se do kapitoly „Celkové příznaky, znaky nebo klinické nálezy“.

## **Role speciální pedagogiky v logopedii**

---

Jak již bylo uvedeno výše, logopedie představuje samostatný transdisciplinární obor, který nelze považovat pouze za disciplínu speciální pedagogiky. Speciální pedagogika však položila základy přístupu k osobám s poruchami komunikace i polykání. V logopedické intervenci všeobecně jsou respektovány principy, které ze speciální pedagogiky vycházejí, jako je princip komplexnosti – bio-psycho-sociální přístup, princip individuálního přístupu, multisenzorický přístup, princip názornosti apod. Využívány jsou speciálněpedagogické metody reedukace, kompenzace a rehabilitace. Logoped vnímá klienta/pacienta nebo dítě/žáka jako jednotlivce, který interaguje se svým okolím, jako je rodina, přátelé, škola nebo pracoviště. Intervence logopeda tedy není omezena pouze na samotného jednotlivce. Například logoped může usnadnit a podporovat komunikaci s rodinou a dalšími odborníky v oblasti zdravotnictví, vzdělávání, sociální péče a právního systému. Klíčovým prvkem profesních povinností logopeda je naplňovat potřeby klienta/pacienta nebo dítěte/žáka prostřednictvím komplexního procesu uvažování. Během rozhodovacího procesu zohledňuje profesionální, etické, sociální,

vzdělávací, ekonomické a další aspekty. Obecné profesní kompetence zahrnují řadu dovedností: znalosti – kognitivní, intelektuální, psychomotorické a fyzické dovednosti; dovednosti související s postoji, pocity a emocemi, a tedy i vysoká úroveň empatie. Vzhledem k požadavkům na logopeda a současnému trendu inkluze a respektování diverzity je nezanedbatelná role speciální pedagogiky zřejmá jak v oblasti profese, tak v oblasti studia. Požadavky na logopeda byly stanoveny celoevropsky (Przybyla & Woźniak, 2015; ESLA, 2016) a český model spojení studia logopedie a speciální pedagogiky se silným základem v lékařských, psychologických či lingvistických oborech se zdá být velmi efektivní z pohledu komplexního pojetí intervence a s tím spojených pozitivních dopadů péče na děti/žáky, klienty/pacienty včetně jejich rodinných příslušníků a okolí. Studium logopedie pouze na lékařských fakultách nebo jako součást lingvistických oborů nedokáže studenty plně vybavit všemi potřebnými kompetencemi, navíc v českém kontextu, kde se pregraduální příprava zaměřuje na potřeby ve všech příslušných resortech (MZ, MŠMT a MPSV). Dále jsou specifikovány profesní i osobnostní kompetence, kterými by logoped měl disponovat, což je konsenzus mezi evropskými státy (Przybyla & Woźniak, 2015; ESLA, 2016). Jedná se o kompetence:

- prevence a screeningu poruch řeči, jazyka, kognitivně-komunikačních poruch, poruch polykání a potíží s příjmem potravy,
- diagnostiky a diferenciální diagnostiky, terapie a prevence poruch řeči, jazyka, kognitivně-komunikačních poruch, poruch polykání a potíží s příjmem potravy,
- identifikace vlivu různých událostí, prostředí a kontextu na problémy klienta/žáka,
- analýzy výsledků vyšetření a jejich správné interpretování,
- předložit klientovi/žákovi a jeho blízkým příslušnou interpretaci výsledků vyšetření,
- vytvářet jak ústní, tak písemné zprávy o hodnocení výsledků, zahrnující analýzu a interpretaci shromážděných informací,
- diagnostiky vlivu poruchy na psychosociální stav, sociální status a zdravotní stav jeho i jeho blízkých,
- doporučit konzultace u dalších specialistů (pokud je to nutné, v přiměřeném čase a zdvořilým způsobem),
- spojit výsledky vyšetření s dalšími relevantními informacemi, aby bylo možné stanovit terapeutické cíle,
- rozumět zásadám a pravidlům, které řídí konkrétní terapeutické metody,

- zvážit dlouhodobé výsledky terapie a ve spolupráci s klientem rozhodnout, zda je logopedická terapie vhodná, nebo zda je její pokračování vyžadováno; zahrnout do diskuse klíčové osoby z okolí klienta,
- vybrat vhodné a efektivní terapie, zapojit klíčové osoby z okolí klienta,
- rozumět roli ostatních členů interdisciplinárního/transdisciplinárního týmu a vytvářet terapeutické plány v souladu s nimi,
- zavádět odpovídající terapeutické techniky, využívat nezbytné materiály a přístroje,
- rozhodnout o zahájení, pokračování, modifikaci nebo ukončení zvolených terapeutických metod (v souladu s konkrétním myšlenkovým postupem); vyhotovit příslušnou dokumentaci k učiněným rozhodnutím a předchozímu odůvodnění.
- dokumentovat výsledky terapie a všechny změny provedené v terapeutickém plánu,
- vést čitelnou a přesnou dokumentaci, která je v souladu jak s právními požadavky, tak s platnou terminologií,
- připravit klienta na ukončení terapie, stanovit čas jejího ukončení s klientem a jeho blízkými; řídit se předem stanovenými postupy pro ukončení terapie,
- rozumět úkolům a omezením spojeným s povoláním logopeda,
- dodržovat etické kodexy stanovené národními profesními organizacemi a/nebo zaměstnavatelem, a/nebo národními vládními úřady,
- zlepšovat se v profesních dovednostech: jak prostřednictvím pečlivého pozorování již získaných dovedností, tak i dalším rozvojem různých interpersonálních a komunikačních schopností,
- jednat způsobem, který je poctivý, upřímný a zodpovědný,
- jednat nezávisle a samostatně,
- projevovat empatii vůči klientům a spolupracovníkům,
- projevovat sociální dovednosti, jako jsou asertivita, schopnost spolupráce a vyjednávání,
- respektovat rozmanitost a multikulturnost,
- projevovat pozitivní přístup a aktivitu,
- projevovat sebekritiku a schopnost reflektovat své činy,
- projevovat odolnost v oblasti profesních požadavků, což umožňuje udržet si zdravé sebevědomí a schopnost zvládat stres,
- přijímat odpovědnost za rozvoj vlastních znalostí a dovedností po celý život,
- přizpůsobit své chování a přístup novým situacím,
- formulovat kreativní a originální řešení v nové situaci,

- orientovat se v odborné literatuře, aby bylo možné najít informace, které jsou nejrelevantnější a nejužitečnější pro odpověď na položený problém,
- používat vhodné a účinné dovednosti a výukové a informační materiály v písemné, ústní a vizuální komunikaci,
- shromažďovat data různými metodami, včetně analýzy odborné literatury, prováděním rozhovorů, dotazníků a pozorování,
- všimnout si rizika možných úskalí spojených s jednotlivými řešeními,
- syntetizovat informace z různých zdrojů,
- aplikovat právní a etické zásady při správě informací a chránit integritu, spolehlivost a autenticitu zdravotnické dokumentace,
- rozdělit úkoly na konkrétní fáze a stanovit harmonogram s realistickými cíli, přičemž je třeba vzít v úvahu všechny přidružené požadavky,
- dosahovat cílů a získávat výsledky z vykonané práce včas.

Současnou výzvou české logopedie na všech třech úrovních (vědní obor, profese, studijní obor) je inovace a excelence ve výzkumu a v praxi, podpořená užíváním mezinárodní terminologie a silnější základnou založenou na důkazech (tzv. evidence-based practice, therapy), včetně telemedicíny a digitální inkluze. Akcentují se pojmy jako kulturně-jazyková diverzita, řeší se aplikování principů rovnosti jednotlivých etnických skupin, kultur, pohlaví, sociálních skupin apod., viz např. kodexy Evropské nebo Americké asociace logopedů (ESLA, ASHA) či Britské královské logopedické společnosti (RCSLT): Black Lives Matter statement, Diversity, inclusion and anti-racism: resources, guidance and updates, LGBTQIA+ guidance apod. Respektování kulturně-jazykové diverzity vyžaduje zvyšování uvedených kompetencí logopedů, včetně přizpůsobování diagnostických a terapeutických přístupů, metod i materiálu.

## Literatura

---

Alduais, A., Alfadda, H., Allegretta, S., Trivkovic, T. (2023). *Pragmatic Language Impairment: A Scientometric Review*, *Applied Sciences*, 13, 16.

American Speech-Language-Hearing Association. (2022). *Definitions of communication disorders and variations*. Available from [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy).

Baird, G., & Norbury, C. F. (2016). Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Archives of disease in childhood*, 101(8), 745–751.

Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & and the CATALISE-2 consortium (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi

- consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(10), 1068–1080.
- Bodenhausen, G. & Morales, J. (2012). Social Cognition and Perception. *Handbook of Psychology*. Wiley.
- Brizio, A., Gabbatore, I., Tirassa, M. & Bosco, F. M. (2015). “No more a child, not yet an adult”: studying social cognition in adolescence. *Frontiers in Psychology*, 6.
- Buntová, D., Ghutová, M. (2016). *Narušenie zvukovej roviny reči – artikulačná porucha, fenologická porucha*. In: A. Kerekrétiová et al. *Logopédia (57-78)*. Univerzita Komenského v Bratislavě.
- Červenková, B. (2017). *Multimodální přístup v terapii dětí s funkční dysfagií*. *Listy klinické logopedie*, 1(2), 3–17.
- Česko. §23 zákona č. 96/2004 Sb., *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*, (ve znění pozdějších předpisů). *Zákony pro lidi.cz* [online].
- Česko. §18a zákona č. 563/2004 Sb., *o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů* (ve znění pozdějších předpisů). *Zákony pro lidi.cz* [online].
- DSM-V (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. American Psychiatric Association.
- ESLA (2016). *European Speech and Language Therapy Association*. ESLA statement on SLT terminology. European Speech and Language Therapy Association. Retrieved [21. 10. 2024], Available from <https://eslaeurope.eu>
- Gussenhoven, C. & Jacobs, H. (Eds.). (2011). *The Oxford handbook of language prosody*. Oxford University Press.
- Huerta, M., Bishop, S. L., Duncan, A., Hus, V., Lord, C. (2012). *Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders*. *The American journal of psychiatry*, 169(10), 1056–1064.
- Channell, M. M., & Mattie, L. J. (2023). *The interaction between social and communication skills in individuals with intellectual disability*. *Social and Communicative Functioning in Populations with Intellectual Disability: Rethinking Measurement*, 1–49.
- Leonard, L. B., & Deevy, P. (2006). *Cognitive and Linguistic Issues in the Study of Children with Specific Language Impairment*. *Handbook of Psycholinguistics*, 1143–1171.
- Lechta, V. a kol. (1990). *Logopedické repetitórium*. SPN.

- Lechta, V. (2003). *Narušená komunikační schopnost*. In V. Lechta et al. Diagnostika narušené komunikační schopnosti (s. 17–20). Portál.
- Lechta, V. (2016). *Základné poznatky o logopedii*. In: A. Kerekrétiová et al. Logopedická propedeutika (s. 13–28). Univerzita Komenského v Bratislavě.
- Levinson, S. C. (2024). *The Dark Matter of Pragmatics: Known Unknowns*. Cambridge University Press.
- Matthews, D., Biney, H., & Abbot-Smith, K. (2018). *Individual differences in children's pragmatic ability: A review of associations with formal language, social cognition, and executive functions*. *Language Learning and Development*, 14(3), 186–223.
- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. (2001). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- MKN-10 (2019). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- MKN-11. (2024). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-11)*. ÚZIS ČR. Dostupné na <https://www.uzis.cz/>
- Neef, N. E., & Chang, S. -E. (2024). *Knowns and unknowns about the neurobiology of stuttering*. *PLOS Biology*, 22(2).
- Neubauer, K. (2018). *Současná terminologická východiska oboru klinická logopedie*. In: K. Neubauer et al. *Kompendium klinické logopedie* (s.33–41). Portál.
- Neubauer, K., & Moškurjáková, A. (2018). *Historie oboru klinické logopedie od počátku 20. století do současnosti*. In: K. Neubauer et al. *Kompendium klinické logopedie* (s. 21–32). Portál.
- Peutelschmiedová, A. (2005a). *Logopedie – vymezení oboru*. In K. Vitásková & A. Peutelschmiedová, *Logopedie* (s.127–135). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Peutelschmiedová, A. (2005b). *Historie oboru*. In K. Vitásková & A. Peutelschmiedová, *Logopedie* (s. 137–139). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Przybyła, O. & Woźniak, T. (2015). *Raport Projektu NetQues for Speech and Language Therapy Education in Europe*. *Logopedia Silesiana* 4.
- Rowley, D. A., Rogish, M., Alexander, T., & Riggs, K. J. (2017). *Cognitive correlates of pragmatic language comprehension in adult traumatic brain injury: A systematic review and meta-analyses*. *Brain Injury*, 31(12), 1564–1574.
- Saicová Římalová, L. (2014). *Pragmatika: studijní příručka*. Praha: Karolinum.
- Seeman, M. (1957). *O vývoji foniatrie*. In *Československá otolaryngologie*, 6(5).
- Sovák, M. (1978). *Logopedie*. Praha: SPN.

Štejgerle, L. (1979). *Základy logopedie*. Olomouc: Krajský pedagogický ústav v Olomouci.

Vitásková, K.; Kytnarová, L. (2017). *Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchami autistického spektra: Hodnocení pragmatické jazykové roviny u osob s poruchami autistického spektra z pohledu logopeda*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Vitásková, K. a kol. (2019). *Výzkum specifických parametrů řeči, jazyka, komunikace a procesů v kontextu logopedické diagnostiky a terapie: Využití kvalitativních, kvantitativních a experimentálních metod v logopedii*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Vitásková, K. a kol. (2020). *Vybrané otázky logopedického výzkumu ve vývojovém náhledu. (Výzkum poruch verbální a neverbální komunikace, hlasu, řeči a orofaciálních funkcí v kontextu moderní logopedické diagnostiky a terapie)*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Vygotskij, L. S. (2017). *Psychologie myšlení a řeči*. Portál.

Wiseman-Hakes, C., Kakonge, L., Summerby-Murray, S. (2018). Language, Cognitive-Communication and Social Communication. In *Cognitive Rehabilitation for Pediatric Neurological Disorders*, 122–153.

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů (ve znění pozdějších předpisů), Sbírka zákonů ČR.

Kapitola odkazuje na výsledky specifického výzkumu: „Pragmatic Language Skills Inventory: česká verze. SGS04/PDF/2025 (hlavní řešitel: Lucie Kytnarová)

## **Speciálně pedagogická péče o osoby se sluchovým postižením**

**PhDr. Radka Horáková, Ph.D.**

**Mgr. Marína Štibrányiová, Ph.D.**

Sluchové postižení je označováno za jedno z nejzávažnějších somaticko-senzorických postižení. Závažnost sluchové vady však není primárně dána ztrátou sluchu jako smyslu, ale tím, jaký dopad má částečná či úplná absence akustického vjemu zejména na rozvoj komunikačních a sociálních kompetencí daného jedince. Důsledky sluchového postižení je tedy nutné vnímat v širším kontextu, který je ovlivněn vnějšími i vnitřními faktory. Mezi vnitřní či biologické faktory řadíme období vzniku sluchové vady, tedy zdali se jedná o postižení vrozené, nebo získané. Dále je nutné zohlednit typ a stupeň sluchového postižení, stejně tak jedná-li se o izolovanou ztrátu sluchu, nebo souběžné zdravotní postižení, např. ve smyslu syndromových vad. Co se týká vnějších, v podstatě se dá říci environmentálních faktorů, je potřeba zohlednit nejen rodinné zázemí jedince se sluchovým postižením, ale také dostupnost lékařské (zejména foniatrické), speciálněpedagogické a sociální péče.

### **Vymezení základních pojmů v oboru surdopedie**

---

Skupina osob se sluchovým postižením je velmi heterogenní. To, jak se jedinec se sluchovým postižením projevuje a jakým výzvám například v oblasti mezilidské komunikace čelí, je velmi individuální. Surdopedie je speciálněpedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním a podporou osob se sluchovým postižením. Zaměřuje se na jedince prakticky všech věkových kategorií s různými stupni sluchové vady – od nedoslýchavosti až po úplnou hluchotu.

Lze konstatovat, že v oboru surdopedie jsou akceptovány dva přístupy, jak na jedince se sluchovým postižením nahlížet, a s tím souvisí i to, jak se jedinci se sluchovým postižením mohou sami identifikovat. Tyto dva přístupy stojí v jistém kontrastu naproti sobě, i když cíl je svým způsobem totožný, a to je vybudování funkční komunikace a aktivní participace v sociálních vztazích vedoucích k plnohodnotnému prožívání života. Medicínský přístup vnímá sluchové postižení jako absenci či nesprávné fungování jednoho z pěti smyslů, kterými je

člověk vybaven. Jsme svědky nezadržitelného pokroku v oblasti zobrazovacích, diagnostických nástrojů či genomové terapie v medicíně, stejně tak technologického pokroku v oblasti kompenzace sluchových vad. Protiváhou k medicínskému přístupu je nahlížení na jedince se sluchovým postižením optikou sociokulturního přístupu, který vnímá sluchovou vadu jako možnou fyziologickou diverzitu. Příslušníci tohoto náhledu na sluchové postižení tvoří kulturně jazykovou menšinu neslyšících a ke komunikaci využívají zejména znakový jazyk, který je jim, vzhledem k jejich smyslové výbavě, přirozeně přístupný.

## **Senzitivní vývojová perioda a možnosti kompenzace sluchových vad**

---

Schopnost člověka osvojit si a tvořivě používat jazyk je do značné míry dána. Každé dítě se rodí se základními informacemi o jazyce, které mu zajistí, aby se naučilo jakémukoliv přirozenému jazyku (Chomsky in Průcha, 2011). Podmínkou rozvoje vrozeného chování (tedy i rozvoje jazyka) je přísun odpovídajících podnětů v období tzv. kritické vývojové periody. Jednoduše řečeno se jedná o určitou fázi vývoje dítěte, kdy dozrává centrální nervová soustava a organismus je biologicky připraven na vývoj některé nové funkce.

V případě potvrzení sluchové vady u dítěte jsou zvažovány další možnosti a postupy péče, jejichž cílem je zamezit negativním vlivům smyslové deprivace. Za nejdůležitější považujeme zajištění akustického přístupu ke srozumitelné řeči prostřednictvím kompenzačních pomůcek. Jednou z prvních možností volby je indikace sluchadel lékařem – foniatrem, který podle individuálních potřeb konkrétního jedince navrhne optimální variantu. Při samotném nastavování sluchadla je hlavním cílem zajištění zesíleného signálu, který je frekvenčně upraven tak, aby vyrovnal ztráty sluchu konkrétního uživatele (Havlík, 2007). Pokud se prokáže, že ani velmi výkonná digitální sluchadla neumožňují dítěti dostatečnou percepci a rozvoj mluvené řeči, bývá doporučena kochleární implantace. Kochleární implantát představuje funkční sluchovou neuroprotézu, která využívá elektrické stimulační dráždění nervových zakončení VIII. hlavového nervu – sluchorovnovážného nervu. Výběr vhodných kandidátů pro kochleární implantaci je prováděn dle indikačních kritérií, která jsou stanovena Českou společností otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP (2024).

Za určitých okolností však ani sluchadla nebo kochleární implantáty nemusí umožnit plnohodnotné slyšení a jejich uživatelé čelí překážkám v porozumění, které jsou zapříčiněny špatným poměrem signálu řeči k šumu. V takovém případě se zvažuje využití bezdrátové

technologie, např. FM technologie – frekvenční modulace ultrakrátkých vln nebo digitální Roger technologie (Horáková & Gábová, 2021).

## **Komunikační proces a perspektivy komunikačních systémů osob se sluchovým postižením**

---

Komunikační proces je komplexní interakční zkušenost, v níž si vyměňujeme celou řadu informací, často nevědomě. Přesto se výrazně promítají do vzájemných reakcí. Zatímco verbální komunikace tvoří jen část tohoto procesu, lze ji vnímat jako kostru, na kterou se napojují extralingvistické (nevokální) fenomény a paralingvistické (vokální) fenomény, souhrnně označované jako neverbální komunikace (Ephratt, 2011).

Porozumění zvukovým podnětům probíhá v mozkových centrech, kam sluchová dráha směřuje přes subkortikální struktury až do kortikálních oblastí. Během této cesty dochází k propojení s thalamem a amygdalou, což jsou struktury klíčové pro zpracování emocí. Thalamus mimo jiné ovlivňuje nálady, zatímco amygdala se podílí na ukládání emočně nabitých vzpomínek a reguluje reflexivní reakce na strach či stres. Její propojení s korovými centry zajišťuje, že na zvukové podněty reagujeme nejen kognitivně, ale i emocionálně – ještě předtím, než vědomě zpracujeme obsah řeči. Výzkumy ukazují, že afektivní reakce na hlasový profil nastává už do 6,5 ms, což je rychlejší, než zvládne mozek zpracovat komplexní řečový signál (Pannese et al., 2015; Pannese et al., 2016).

Emoční náboj sdělení tedy vnímáme dříve než samotný verbální obsah. Pro osoby se sluchovým postižením však může být značná část těchto paralingvistických informací nedostupná kvůli různým stupňům ztráty sluchu. Většinová společnost primárně komunikuje prostřednictvím mluveného jazyka, který není pro neslyšící přirozeně přístupný a jeho dekodování může vyžadovat značné úsilí. Nároky na komunikační prostředí proto závisí na smyslových modalitách, které daný jedinec přirozeně využívá. U osob se sluchovým postižením hraje klíčovou roli především zrak a v některých případech také hmat (Michalski & Petit, 2022).

Komunikační systémy lze rozdělit podle několika hledisek, například podle způsobu tvorby a příjmu informace, přirozenosti jazyka nebo jejich využití ve vzdělávacím prostředí. Z hlediska tvorby a příjmu informace rozlišujeme auditivně-orální komunikační systémy, kde příjem informace probíhá sluchem a produkce řeči pomocí mluvidel, tedy mluvené jazyky. Naproti tomu vizuálně-motorické komunikační systémy jsou založené na příjmu informací zrakem a jejich tvorbě motorickými pohyby částí těla (Horáková; 2012, Langer & Kučera, 2012; Krahulcová, 2014). Do této kategorie spadá znakový jazyk, který využívá pohyby rukou, hlavy

a trupu, nebo prstová abeceda, kde se komunikace soustředí na pohyby rukou (Slánská Bímová & Okrouhlíková, 2008; Macurová & Zbořilová, 2023). V praxi se lze setkat i s kombinovanými systémy, které propojují auditivně-orální a vizuálně-motorické prvky. Příkladem je znakovaná čeština, která doplňuje mluvený projev znaky převzatými ze znakového jazyka. Tento způsob komunikace ale nemusí být plně srozumitelný pro uživatele přirozeného znakového jazyka, protože gramatika znakového jazyka staví výpověď na odlišných principech (Krahulcová, 2014).

Další hledisko rozdělení komunikačních systémů se opírá o jejich jazykovou základnu. Český znakový jazyk byl v roce 1998 (zákon č. 155/1998 Sb.) uznán jako přirozený jazyk neslyšících, který splňuje všechny lingvistické atributy přirozeného jazyka. Novelizace z roku 2008 (zákon č. 384/2008 Sb.) rozdělila komunikační systémy na ty, které vycházejí z českého jazyka, jako například znakovaná čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, přepis mluvené češtiny, Lormova abeceda, Braillovo písmo v taktilní podobě, daktylografika, taktilní odezírání a vibrační metoda Tadoma. Druhou skupinu tvoří systémy vycházející z českého znakového jazyka, mezi které patří například modifikovaný znakový jazyk a znakový jazyk v taktilní podobě.

## **Komunikační přístupy ve vzdělávání jedinců s postižením sluchu**

---

Ve vzdělávání osob se sluchovým postižením se uplatňují různé komunikační přístupy, které odrážejí jejich individuální potřeby. Orální přístup se zaměřuje na maximální osvojení mluveného jazyka. Z historické perspektivy byl tento přístup považován za nerespektující přirozené potřeby neslyšících, avšak díky moderním technologiím a sofistikovaným kompenzačním pomůckám, jako jsou výkonná digitální sluchadla nebo kochleární implantáty, se dnes stává jednou z možných cest pro rozvoj komunikačních kompetencí osob s těžkým postižením sluchu. Příkladem využití orálního přístupu je auditivně-verbální terapie (Krahulcová, 2014; Cole & Flexer, 2019). S uznáním znakového jazyka jako přirozeného jazyka neslyšících se prosadil bilingvální přístup, který klade důraz na vzdělávání v přirozeném komunikačním prostředí, tedy ve znakovém jazyce, zatímco český jazyk je osvojován především v psané a čtené podobě. Další možností je totální komunikace, která zahrnuje kombinaci všech dostupných forem komunikace a umožňuje jedincům se sluchovým postižením volbu mezi mluveným a znakovým jazykem podle jejich preferencí (Krahulcová, 2014).

V některých zemích existují systémy, jejichž cílem je podpora odezírání, což je proces, který neslyšícím umožňuje odečíst pouze přibližně 30 % sdělených informací. Odezírání je velmi náročné na pozornost, protože některé hlásky, tzv. kinémy, mají podobný orofaciální obraz a je obtížné je rozlišit (Strnadová, 2008). Pro zvýšení přesnosti se v různých zemích vyvinuly podpůrné systémy, které kombinují odezírání s vizuálními podněty. V anglosaských zemích se využívá systém Cued Speech, v Dánsku Hand Mund System a v Polsku systém Chirografie. Ve všech těchto případech doprovází mluvený projev pohyby ruky v blízkosti úst, které usnadňují rozlišování jednotlivých hlásek, a pomáhají tak neslyšícím osobám přesněji porozumět řeči jejich komunikačního partnera (Krahulcová, 2014). V našem prostředí tak můžeme hovořit o využití tzv. pomocných artikulačních znaků.

## **Faktory ovlivňující úspěšnost sluchové a řečové rehabilitace**

---

Jedním z největších rizik sluchového postižení je narušený řečový a jazykový vývoj. Včasně zavedení kompenzačních pomůcek může výrazně podpořit téměř normální jazykový vývoj, avšak výsledek závisí i na dalších faktorech. Výzkumy ukazují, že mezi klíčové proměnné patří vzdělání matky, délka denního používání kompenzační pomůcky a neverbální inteligence dítěte (Lieu et al., 2020). Dále se ukazuje, že kromě kochleární implantace a kvalitního nastavení zvukových procesorů hraje významnou roli také druh logopedické terapie, užívání znakového jazyka, vzdělání pečujících osob a celková jazyková stimulace, které je dítě vystaveno (Benassi et al., 2021).

Děti vyrůstající v sociálně i jazykově bohatém prostředí mají větší příležitosti rozvíjet své kognitivní schopnosti, zlepšovat všímavost, integrovat komplexní zkušenosti a rozšiřovat slovní zásobu. Bohatost řečových podnětů v raném věku ovlivňuje nejen jazykovou kompetenci, ale i schopnost abstraktního myšlení a efektivní komunikace v různých sociálních situacích (Hart & Risley, 2003). Rozvoj dítěte je v tomto období silně závislý na pečujících osobách, a to zejména v souvislosti s výše popsanou senzitivní vývojovou periodou. Studie ukazují, že v rodinách s nízkým socioekonomickým statusem bývá řeč orientovaná na dítě méně častá a slovní zásoba, jíž je dítě vystaveno, není tak bohatá. Co se týká interakcí pečujících osob s dítětem, ty jsou často popisovány jako více restriktivní než podporující (Hart & Risley, 2003; Roby, 2022; Ellwood-Lowe et al., 2022).

## Logopedická intervence u dětí se sluchovým postižením

---

Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí se sluchovým postižením je zásadní pro jejich vzdělávací i sociální integraci. Logopedická intervence se proto zaměřuje nejen na rozvoj řečových schopností, ale také na podporu sluchového vnímání a celkového jazykového vývoje. Každý logoped s magisterským vzděláním by měl být schopen zajistit základní péči o dítě se sluchovým postižením, protože v rámci akreditovaného vzdělávání v České republice je vždy součástí studia jak logopedie, tak surdopedie (zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, 2025).

Logopedická i surdopedická péče u dětí se sluchovým postižením má svá specifika. V současnosti se na tuto oblast specializují pedaudiologická centra, která jsou strategicky rozmístěna v jednotlivých krajích České republiky (Věstník MZ ČR č.17/2023). V uvedených centrech je zajišťováno nejen vyšetření sluchu, ale především jeho korekce, dlouhodobé sledování a podpora dětí se sluchovým postižením.

Logopedická intervence dále probíhá ve specializovaných centrech kochleárních implantací, kde se kliničtí logopedi zaměřují nejen na rozvoj řeči, ale i na sluchovou rehabilitaci v širším kontextu (Bouček et al., 2017). Další možností je pak péče v běžných ambulancích klinických logopedů nebo ve školách zřízených podle § 16 odst. 9 školského zákona pro žáky se sluchovým postižením, jejichž součástí jsou speciálně pedagogická centra poskytující odborné poradenství a podporu v oblasti rozvoje komunikace dětí, žáků a studentů se sluchovým postižením.

V rámci logopedické intervence existuje široké spektrum přístupů a metod. Někteří logopedi mohou klást důraz především na auditivně-verbální terapii, která se zaměřuje na maximální využití zbytkového sluchu a stimulaci sluchového vnímání prostřednictvím mluveného jazyka. Tento přístup staví na výzkumech zdůrazňujících význam včasného vystavení mozku řečovým podnětům (Madell et al., 2018; Cole & Flexer, 2019). Na druhé straně stojí zastánci bilingválního přístupu, kteří podporují souběžné užívání znakového jazyka jako prostředku pro přirozený jazykový rozvoj dítěte, zejména v raném věku, kdy ještě není možná plná kompenzace sluchového postižení (Humphries et al., 2012; Krammer, 2014; Grznárová, 2020). Diskuse o vhodnosti využití vizuálně-motorických komunikačních systémů v logopedické péči probíhá dlouhodobě. Někteří odborníci argumentují, že znakový jazyk může přebírat funkci sekundárního sluchového centra, a tím ovlivnit rozvoj mluvené řeči (Madell et al., 2018). Avšak výzkumy ukazují, že komunikace za využití znakového jazyka v raném věku nebrání osvojování mluveného jazyka, pokud dítě získá dostatečný přístup k řečovým podnětům (Humphries et al., 2012; Krammer, 2014; Theunissen et al., 2015; Lieu et al., 2020).

Ve skutečnosti může vizuálně-motorický komunikační systém sehrát klíčovou roli v situacích, kdy dítě ještě nemá k dispozici plně funkční kompenzační pomůcku nebo se nachází v prostředí, kde není možné využívat sluchovou percepci (Humphries et al., 2012).

Je důležité si uvědomit, že přidělení kompenzační pomůcky samo o sobě nezaručuje plynulý rozvoj řeči a jazykových schopností. Až 30–50 % dětí s kochleárním implantátem vykazuje obtíže nejen v percepci řeči, ale i v jejím aktivním užívání, což může souviset se specifickými poruchami jazykového zpracování (Theunissen et al., 2015; Lieu et al., 2020). Samotná kompenzační pomůcka tedy sluchovou vadu neléčí, pouze umožňuje lepší přístup ke zvukovým podnětům (Horáková & Gábová, 2021). Navíc existují situace, kdy dítě kompenzační pomůcku nemůže nebo nechce používat – například při koupání, během spánku nebo v době nemoci. Alternativní vizuální komunikace v těchto momentech může být důležitým podpurným prvkem, který zajistí, že dítě nebude vyloučeno z interakce se svým okolím (Humphries et al., 2012).

V současné době se v českém prostředí stále více klade důraz na flexibilní přístup k rozvoji komunikačních dovedností a užívání vizuálně-motorických komunikačních systémů, který respektuje individuální potřeby dítěte. Klíčové je nejen to, jakým způsobem dítě komunikuje, ale také to, zda má dostatečné možnosti pro vyjádření svých potřeb a myšlenek v každodenních situacích (Holmanová, 2002; Grznárová, 2020; Horáková & Gábová, 2021).

## **Systemová podpora osob se sluchovým postižením**

---

Podpora jedinců se sluchovým postižením se zaměřuje především na raný věk, protože právě v tomto období je klíčové zajistit dostatečnou jazykovou stimulaci. Péče o dítě se sluchovým postižením se prolíná mezi resorty zdravotnictví, sociálních služeb a školství, aby byla zajištěna komplexní podpora nejen pro dítě, ale i pro jeho rodinu (Horáková, 2017).

### **Péče v resortu zdravotnictví**

---

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve World Report on Hearing (2021) zdůrazňuje, že prevence je nejefektivnějším a ekonomicky nejvýhodnějším přístupem k řešení sluchových vad. Klíčovým prvkem prevence je včasné odhalení sluchového postižení, což nejen v České republice zajišťuje novorozenecký screening. Většina porodnic u nás provádí screening sluchu prostřednictvím vyšetření otoakustických emisí, kdy se druhý až třetí den po porodu měří odezva vnějších vláskových buněk vnitřního ucha na zvukový podnět. Pokud jsou emise výbavné, znamená to, že periferní část sluchové dráhy reaguje standardně. Nevýbavné otoakustické emise však nemusí nutně znamenat sluchovou vadu, proto je nutné v časovém horizontu cca 4–6 týdnů od prvního vyšetření provést rescreening. Pokud i následné vyšetření

prokáže nevybavnost otoakustických emisí, provádí se další objektivní zkoušky sluchu, např. BERA vyšetření. Jedná se o měření elektrických potenciálů mozkového kmene jako odpovědi na akustický podnět (Lejska, 2020; Screening sluchu, 2020). V případě potvrzení přítomnosti sluchové vady u dítěte objektivními metodami měření jsou pro zpřesnění prahu sluchu a zjištění globální sluchové kapacity užívány subjektivní zkoušky. Jednou ze základních vyšetřovacích metod u dětí je využití vizuálně podmíněné audiometrie, tedy behaviorální metody, která spoléhá na určité předpokládané chování dítěte během toho, kdy dítě zaznamená přítomnost zvuku (Šestáková & Havlík, 2020).

Pravidelné vyšetření sluchu je součástí preventivních prohlídek. Od roku 2019 bylo zavedeno screeningové vyšetření sluchu u dětí v pěti letech věku, které probíhá formou prahové tónové audiometrie (Screening sluchu, 2020). Toto vyšetření poskytuje subjektivní pohled na vnímání zvukového signálu samotným dítětem a umožňuje identifikovat i lehčí nebo jednostranné vady, které sice nemusely ovlivnit řečový vývoj, ale mohou mít dopad na vzdělávací úspěšnost dítěte. Školní třída představuje poslechově náročné prostředí, a proto je včasná detekce sluchových obtíží klíčová.

## **Péče v resortu školství**

---

Primárním zdrojem podpory ve vzdělávání dětí, žáků a studentů se sluchovým postižením je speciálně pedagogické centrum (SPC). Jeho činnost vymezuje školský zákon č. 561/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 73/2025 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. SPC zajišťuje speciálněpedagogickou a psychologickou diagnostiku, na jejímž základě vydává doporučení ke vzdělávání v mateřských, základních i středních školách.

Podle školského zákona mají rodiče možnost rozhodnout, zda jejich dítě bude vzděláváno ve škole hlavního vzdělávacího proudu, nebo ve škole zřízené podle § 9 odst. 16 školského zákona, tedy ve škole určené pro žáky se sluchovým postižením. Každé vzdělávací prostředí klade na žáka i na pedagogický personál jiné nároky, a proto je důležité vytvořit optimální podmínky odpovídající individuálním potřebám jedince.

Potřeby žáků a studentů se sluchovým postižením jsou vysoce individuální a vycházejí nejen z jejich sluchové diagnózy, ale také z osobních zkušeností, rodinného zázemí a dalších vnějších i vnitřních faktorů. Současně je nutné sladit potřeby dítěte s požadavky školního prostředí, do kterého vstupuje. Ve školách zřízených podle § 16 odst. 9 školského zákona je prostředí již částečně přizpůsobeno žákům se sluchovým postižením, a přesto je nezbytné reagovat na individuální komunikační potřeby jednotlivých dětí. V běžném vzdělávacím proudu je klíčové

systematicky budovat povědomí pedagogických pracovníků o specifických potřebách těchto žáků. Tento proces zahrnuje nejen úpravu komunikace, výukových metod a forem práce, ale i prostředí třídy (Archbold & Mayer, 2012; Štibrányiová et al., 2021).

Prvním krokem je zjistit, jak konkrétní žák se sluchovým postižením vnímá zvuky a jaké jsou jeho stávající komunikační kompetence. Kompenzační pomůcky nenahrazují intaktní sluch a kvalita sluchového vnímání se může lišit v různých prostředích školy – například ve třídě, na chodbě, v tělocvičně nebo v jídelně. Pedagogičtí pracovníci by proto měli průběžně citlivě ověřovat, jak žák vnímá zvukové podněty v různých situacích. Sluchové postižení se netýká pouze ztráty sluchu samotného, ale ovlivňuje i kognitivní funkce, komunikační kompetence a sociální interakce. Podpora v těchto oblastech je proto zásadní pro vytvoření podmínek, které umožní žákovi efektivní vzdělávání a zapojení do třídního kolektivu (Cole & Flexer, 2019; Marschark et al., 2019).

Pro vytvoření informačně přístupného prostředí je vhodné používat následující komunikační strategie (Štibrányiová et al., 2021):

- Oslovování žáka jménem, aby věděl, kdo je zdrojem informace a kam se má otočit.
- Opakování výpovědí ostatních žáků, což pomáhá zachovat kontinuitu informací sdělených ve třídě a podporuje srozumitelnost diskuse.
- Zajištění pravidla, že hovoří vždy jen jeden člověk, což zajišťuje přehlednější poslechové prostředí a umožňuje žákovi soustředit se na mluvčího.
- Zapisování klíčových informací, například na tabuli, velký papír ve formě pojmových nebo myšlenkových map či časových os. Zápis by měl být dostupný multimodálně, aby žák mohl informace vnímat vizuálně i auditivně.
- Využívání rituálů, které mohou mít slovní, vizuální nebo zvukovou podobu a pomáhají oddělit části výuky nebo přitáhnout pozornost žáka.
- Vysvětlování dění ve třídě, včetně příčin a důsledků jednotlivých situací, což posiluje sociální učení.
- Příprava žáka na průběh výuky, která zvyšuje jeho aktivní participaci. Může probíhat například formou sdělení programu na další den při reflexi výuky, zobrazením plánu aktivit na tabuli nebo vizualizací pomocí obrázků a piktogramů.

Dalším důležitým prvkem podpory je volba takových výukových metod a forem, které zohledňují potřeby žáků se sluchovým postižením. Efektivní přístupy zahrnují multisenzoriální učení, podporu kritického a konceptuálního myšlení, učení v souvislostech, zážitkovou pedagogiku, posilování čtenářské gramotnosti, pravidelnou reflexi výuky a rozvoj sociálních dovedností.

Prostředí třídy by mělo být vizuálně podnětné, což lze podpořit například vhodným uspořádáním lavic a didaktických materiálů. Zároveň je třeba dávat pozor na vizuální či akustický smog, který může působit rušivě a zvyšovat únavu. Žák se sluchovým postižením se spoléhá primárně na zrakové vnímání, a proto jakýkoli poslechový úkol pro něj může být náročnější než pro slyšící spolužáky.

Nedílnou součástí vzdělávacího procesu je i spolupráce mezi školou, rodinou a SPC. Pravidelná komunikace mezi těmito subjekty pomáhá lépe přizpůsobit vzdělávací přístup individuálním potřebám dítěte a zajistit jeho úspěšné zapojení do výuky i sociálního prostředí školy (Jungwirthová, 2015; Štibrányiová, 2021).

Doposud bylo pojednáno o podpoře dětí, žáků a studentů se sluchovým postižením na úrovni primárního a sekundárního stupně vzdělávání. I neslyšícím studentům vysokých škol je zajišťována pomoc v podobě tlumočnických služeb, přepisu mluvené řeči nebo jazykového poradenství a konzultací ke čtení a psaní odborného textu. Speciálněpedagogická podpora je na úrovni terciárního vzdělávání zajišťována samostatnými celouniverzitními studijními odděleními, které organizačně zabezpečují průběh studia nejen studentům se sluchovým postižením, ale i studentům s jinými specifickými vzdělávacími potřebami, např. Středisko Teiresiás při Masarykově univerzitě, Centrum Carolina při Univerzitě Karlově nebo Centrum podpory studentů se specifickými potřebami při Univerzitě Palackého v Olomouci.

## **Péče v resortu sociálních služeb**

---

Systém sociálních služeb v České republice poskytuje podporu rodinám dětí se sluchovým postižením především prostřednictvím rané péče, která spadá pod zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Cílem rané péče je pomoci rodině s výchovnými strategiemi, orientací v systému péče a celkovou adaptací na novou situaci. Služba je poskytována bezplatně formou terénní nebo ambulantní podpory a může být dostupná až do sedmi let věku dítěte.

Specifickou péči o rodiny dětí se sluchovým postižením zajišťují organizace, jako je Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. nebo CKOP – Centrum komplexní odborné podpory pro osoby se sluchovým postižením (CKOP, 2025). Klíčovým prvkem těchto služeb jsou návštěvy poradce rané péče přímo v domácím prostředí rodiny. Tato forma podpory umožňuje přirozené nastavení výchovných a komunikačních strategií bez nutnosti dojíždění do poradenského centra (Centrum pro dětský sluch Tamtam, O.P.S., 2025; CKOP, 2025).

Sociální služby pokrývají také podporu dospělých osob se sluchovým postižením, například při jejich začleňování na trh práce (Tichý svět). Významným prvkem sociální podpory je také zajištění tlumočnických služeb, které jsou definovány výše zmiňovaným zákonem o sociálních

službách a zákonem o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob a pomáhají jedincům se sluchovým postižením při komunikaci s majoritní společností. Jedná se např. o organizace, jako je Centrum zprostředkování tlumočení neslyšícím, Česká unie neslyšících nebo Tichá linka. U osob s duálním smyslovým postižením, souběžnou ztrátou sluchu a zraku, zajišťuje podporu organizace LORM nebo Klub přátel červenobílé hole.

Sluchovou poruchou v širším slova smyslu nazýváme každé snížení sluchové ostrosti nebo změnu kvality sluchového vjemu, která vybočuje z mezí normálního sluchu. Je třeba si uvědomit, že sluch se může zhoršit kdykoliv v průběhu života, nejen kvůli negativním vlivům vnějšího prostředí, jako je zvýšený hluk, ale i nečekaně z důvodu nemoci. Dopad sluchového postižení na život jedince v dospělém či seniorském věku bude zcela jistě jiný než u člověka s prelingválním sluchovým postižením. Odlišné potřeby nejen v oblasti komunikace bude vykazovat člověk v produktivním věku, který o sluch přišel náhle, např. po prodělané meningitidě či po operaci vestibulárního schwannomu, jiné naopak člověk s presbyakuzií (stařeckou nedoslýchavostí) nebo jedinec s ušním šelestem (<https://www.neticho.cz/>).

Sluchové postižení je jen jedním z mnoha faktorů, které ovlivňují vývoj dítěte i život dospělého jedince. Poskytnout adekvátní podporu člověku s postižením sluchu znamená nejen zohlednit samotnou sluchovou vadu, ale také pochopit širší kontext, ve kterém se dítě nebo dospělý člověk nachází. Přihlédnout je nutné k jeho individuálním predispozicím a okolím, které ho formuje a zprostředkovává různé zkušenosti. Sluchovou vadu lze vnímat jako filtr, který ovlivňuje dostupnost informací i způsob, jakým dítě i dospělý chápe a interpretuje vjemy z vnějšího prostředí.

## Seznam použité literatury

---

Archbold, S., & Mayer, C. (2012). *Deaf Education: The Impact of Cochlear Im-plantation?* Deafness and Education International, 14(1), 2–15.

Benassi, E., Boria, S., Berghenti, M. T., Camia, M., Scorza, M., & Cossu, G. (2021). *Morpho-Syntactic Deficit in Children with Cochlear Implant: Consequence of Hearing Loss or Concomitant Impairment to the Language System?*. International journal of environmental research and public health, 18(18).

Bouček, J., Kluh, J., Čada, Z., Vokřál, J., Černý, L., Tichý, T., Skřivan, J., Betka, J., Plzák, J., 2017. *30 let kochleárních implantací v České republice*. Čas. lék. čes. 156(4), s. 178–182

CENTRUM PRO DĚTSKÝ SLUCH TAMTAM, O.P.S. Retrieved February 11, 2019, from CKOP. (2025). Retrieved February 28, 2025.

- Cole, E. B., & Flexer, C. (2019). *Children with Hearing Loss: Developing Listening and Talking*. Birth to Six (4 ed.). Plural Publishing.
- Ellwood-Lowe, M. E., Foushee, R., & Srinivasan, M. (2022). *What causes the word gap? Financial concerns may systematically suppress child-directed speech*. *Developmental science*, 25(1), e13151.
- Ephratt, M. (2011). *Linguistic, paralinguistic and extralinguistic speech and silence*. *Journal of Pragmatics*, 43(9), 2286–2307. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2011.03.006>
- Grznárová, N. (2020). *Specifika práce logopeda s dětmi s těžkým sluchovým postižením a s dětmi s kochleárním implantátem*. *Listy klinické logopedie*, (2), 44–50.
- Hart, B., & Risley, T. R. (2003). *The Early Catastrophe. The 30 Million Word Gap*. *American Educator*, 27(1), 4–9.
- Havlík, R. (2007). *Sluchadlová propedeutika*. Mikadapress
- Holmanová, J. (2002). *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Septima.
- Horáková, R. (2012). *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Portál.
- Horáková, R. (2017). *Sluchové vnímání dětí raného věku s postižením sluchu: funkční hodnocení*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Horáková, R., & Gábová, K. (2021). *Bezdrátová technologie u dětí s vadou sluchu: „Kde se dá koupit to špiónské ucho?“*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Humphries, T., Kushalnagar, P., Mathur, G., Napoli, D., Padden, C., & Rathmann, C. (2012). *Language acquisition for deaf children: Reducing the harms of zero tolerance to the use of alternative approaches*. *Harm Reduction Journal*, 9(1), 16-16. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-16>
- Jungwirthová, I. (2015). *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Portál.
- Krammer, K. (2014). *The benefits of sign language for deaf children with and without cochlear implant(s)*. *European Scientific Journal, ESJ; ESJ December 2013 /SPECIAL/ edition Vol.4 ; Revista Científica Europea; ESJ December 2013 /SPECIAL/ edition Vol.4*.
- Krahulcová, B. (2014). *Komunikační systémy sluchově postižených*. Beakra.
- Langer, J.; Kučera, P. (2012). *Komunikace s osobami se sluchovým postižením*. In: Ludíková, L.; Kozáková, Z. (eds.) a kol. *Specifika komunikace s osobami se speciálními vzdělávacími potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Lejska, M. (2020). *Vyšetření sluchu u nejmenších dětí za použití metod evokovaných potenciálů a jeho limity*. *Listy klinické logopedie*, (2), 44–50.
- Lieu, J. E. C., Kenna, M., Anne, S., & Davidson, L. (2020). *Hearing Loss in Children: A Review*. *JAMA*, 324(21), 2195–2205.

- Macurová, A., & Zbořilová, R. (2023). *Jazyky v komunikaci neslyšících: český znakový jazyk a čeština* (Vydání druhé). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Madell, J. R., Flexer, C., & Wolfe, J. (2018). *Pediatric Audiology: Diagnosis, Technology, and Management* (3rd ed.). Thieme.
- Marschark, M., Duchesne, L., & Pisoni, D. (2019). *Effects of Age at Cochlear Implantation on Learning and Cognition: A Critical Assessment*. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(3), 1318–1334. [https://doi.org/10.1044/2019\\_AJSLP-18-0160](https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-18-0160)
- Michalski, N., & Petit, C. *Central auditory deficits associated with genetic forms of peripheral deafness*. *Hum Genet* 141, 335–345 (2022).
- Pannese, A., Grandjean, D., & Fruhholz, S. (2015). *Subcortical processing in auditory communication*. *Hearing Research*, 328, 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2015.07.003>
- Pannese, A., Grandjean, D., & Frühholz, S. (2016). *Amygdala and auditory cortex exhibit distinct sensitivity to relevant acoustic features of auditory emotions*. *Cortex*, 85, 116–125.
- Průcha, J. (2011). *Dětská řeč a komunikace*. Grada
- Roby, E. (2022). *Financial concern reduces child directed speech in a socioeconomically diverse sample*. *Scientific Reports*, 12(1), 1–11.
- Screening sluchu. (2020). *Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*. Retrieved February 27, 2025, from <https://www.otorinolaryngologie.cz/screening-sluchu/>
- Slánská Bímová, P., & Okrouhlíková, L. (2008). *Rysy přirozených jazyků – Česká znakový jazyk jako přirozený jazyk*. Česká komora tlumočnicků znakového jazyka.
- Strnadová, V. (2008). *Odezírání jako schopnost*. Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. Česká komora tlumočnicků znakového jazyka.
- Šestáková, P., Havlík, R. (2020). *Vizuálně posílená audiometrie (VRA): vyšetřovací metoda sluchu u nejmenších dětí*. *Listy klinické logopedie*, (2), 69–73.
- Štibrányiová, M., Pejcharová, L., Ráslová, P., & Kratinová, P. (2021). *Zážitkem k porozumění aneb dítě se sluchovým postižením ve vaší třídě: Metodická příručka pro 1. stupeň základních škol*. 3. základní škola Heuréka.
- Theunissen, S. C. P. M., Rieffe, C., Soede, W., Briaire, J. J., Ketelaar, L., Kouwenberg, M., & Frijns, J. H. M. (2015). *Symptoms of Psychopathology in Hearing-Impaired Children*. *EAR AND HEARING*, 36(4), e190.
- World Health Organization. (2021). *World report on hearing*.
- zákon č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob (2008). *Zákony pro lidi*. Retrieved February 4, 2025.

zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů (2025) Zákony pro lidi. Retrieved February 4, 2025.

zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) (2025) Zákony pro lidi. Retrieved February 4, 2025.

## **Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením**

**prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.**

Zrak je pro člověka nejdůležitějším smyslem, díky němuž je mu umožněno vnímat světlo, barvy a tvary. Prostřednictvím zrakového vnímání se lidem dostává nejvíce informací, a to jak z blízkého okolí, tak i na dálku. V průběhu kterékoli etapy života může dojít k poškození zraku v důsledku úrazu, choroby, ale i nedodržování zásad zrakové hygieny, kdy v současnosti je zrak u řady lidí vystavován velmi často vysokému zatížení ve vazbě na intenzivní využívání počítačových zařízení, mobilních telefonů a dalších elektronických zařízení. Ve většině případů lze prostřednictvím adekvátních léčebných postupů či využití brýlové korekce problém odstranit, situaci stabilizovat a jedince plnohodnotně zapojit do běžného života. Pokud z nejrůznějších důvodů i po optimální korekci má člověk problémy v oblasti zrakového vnímání, které ho omezují v běžném životě, hovoříme potom o osobě se zrakovým postižením.

### **Oftalmopedie**

---

Oftalmopedie je obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením. Název oftalmopedie se skládá z řeckého *ophtalmos* (oko) a řeckého *paideia* (výchova). Někdy se pro tento obor užívá název *tyflopédie*, z řeckého *tyflos* (slepý) a řeckého *paideia* (výchova). Ani jedno z těchto pojmenování, které jsou spjata s historickým vývojem speciálněpedagogické terminologie, v současné době neodpovídá zaměření a pojetí tohoto oboru. Přesnější, vhodnější a vystihující zaměření oboru je označení speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. Všechna tato označení je nutno chápat jako synonyma.

Oftalmopedie zkoumá, za jakých adekvátních podmínek (zvolením odpovídajících zásad, metod, postupů a organizačních forem) lze dosáhnout maximálního rozvoje jedince se zrakovým postižením k jeho co nejvyššímu stupni socializace. Oftalmopedie se zaměřuje i na utváření kvalitních a odpovídajících podmínek pro edukaci a následnou přípravu na

povolání, pracovní zařazení a pokud možno plnohodnotné zapojení osob se zrakovým postižením do společenského života.

Maximální rozvoj osoby se zrakovým postižením musí vždy zohledňovat individuální potřeby toho kterého jedince. Tento rozvoj je nutno chápat vždy ve vazbě na celou řadu faktorů, které na daného jedince působí. Jednak je to samozřejmě typ, hloubka a doba vzniku zrakové vady, rodinné zázemí a typ výchovy, osobnostní vybavení daného jedince, rozsah a podoba speciální odborné podpory a širší společenské ukotvení, ale i ekonomická situace a další faktory.

K naplňování cíle musí oftalmologie spolupracovat s celou řadou vědních oborů. Mezi klíčové patří pedagogika, psychologie, sociologie, právo, pediatrie, neurologie, optika, akustika, kybernetika a samozřejmě i všechny ostatní speciálněpedagogické obory.

Na samotnou strukturu oboru můžeme nahlížet z různých hledisek Nejčastěji je členění popisováno směrem k věku či k stupni postižení.

## **Etiologie a kategorie osob se zrakovým postižením**

---

K vzniku zrakového postižení může dojít v průběhu celého života. Z hlediska doby vzniku lze hovořit o vrozeném a získaném zrakovém postižení. Spektrum příčin je poměrně široké a částečně se i liší s ohledem na to, zda se jedná o děti, či dospělé osoby. Rovněž skutečnost, zda se jedná rozvojové země, či více rozvinuté země, sehrává v etiologii poměrně významnou roli. Zatímco v chudších zemích dle epidemiologických studií převažují příčiny postižení zraku, jež vznikají později po narození a v průběhu raného dětství a zasahují častěji přední segment oka (jizvy a opacity rohovky po ophthalmia neonatorum, po spalničkách s výrazným deficitem vitamínu A, po různých nesprávných zákrocích tradičních léčitelů či jako následky traumat). Ve více rozvinutých zemích jsou příčiny převážně jiného charakteru, neboť se zde jedná spíše o onemocnění genetické etiologie, jež se objevují po narození a postihují zadní segment oka. Pro středně rozvinuté země je častou příčinou retinopatie nedonošených dětí (Kuchynka et al., 2007, s. 8).

Mezi hlavní příčiny zrakového postižení u dětí z pohledu oftalmologů se řadí geneticky podmíněná onemocnění (onemocnění s autosomálně recesivní dědičností, dystrofie sítnice), onemocnění intrauterinního období (vliv teratogenů, jako jsou radioaktivní a rentgenové záření, infekční agens, léčiva a jiné chemické látky, a vliv celkových onemocnění matky, tedy syndrom kongenitální rubeoly, kongenitální toxoplazmóza, fetální alkoholový syndrom). Mezi další etiologické faktory patří ty, jež se pojí s perinatálním obdobím (retinopatie nedonošených, postižení CNS, ophthalmia neonatorum). V postnatálním období a dětství jsou to zejména

spalničky a deficity vitamínu A, ale tyto příčiny se týkají převážně rozvojových zemí, v zemích s kvalitní zdravotní péčí je minimum případů. V některých případech, kdy se nepodaří příčiny objasnit, se jedná o neznámé etiologie, přičemž se povětšinou hovoří o multifaktoriální etiologii (Kuchynka, 2000, s. 19).

U kategorie dospělých patří mezi hlavní příčiny, které vedou k zrakovému postižení, katarakta, glaukom, věkem podmíněná makulární degenerace, opacity rohovky jako následek různých onemocnění, diabetická retinopatie, trachom, říční slepota a další oční postižení, která jsou spjata s genetickým vývojem, degenerativními procesy, traumaty a jinými příčinami (Kuchynka, 2007, s. 2).

Celosvětově jednotná kategorizace osob se zrakovým postižením neexistuje. Jednotlivé země vychází vždy z platné legislativy a současně i z oblasti, pro kterou je určena. Tak dochází k tomu, že se liší vymezení kategorií za účelem zdravotní péče, edukace, sociálního zabezpečení atd.

Ve většině kategorizací se vychází ze dvou základních parametrů, a to ze zrakové ostrosti (vizus) a stavu zorného pole. Nejčastěji se zraková ostrost zjišťuje prostřednictvím Snellenových optotypů, kdy se používají písmena velké abecedy a pro děti obrázky. Jinou možností je užití Pflügerových háků, což je písmeno E v různých polohách, nebo také neuzavřené C kruhy s pootočenou mezerou (Landoltovy kruhy). Stav zorného pole se zjišťuje prostřednictvím perimetru.

Světová zdravotnická organizace (WHO) v rámci 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) užívá základní kategorii **9D90** Zhoršení zraku včetně slepoty, kterou dále dělí na:

- **9D90.1** Mírné poškození zraku,
- **9D90.2** Středně těžké poškození zraku,
- **9D90.3** Těžké poškození zraku,
- **9D90.6** Slepota,
- **9D90.7** Deficity vidění nablízko.

Pro potřeby speciálněpedagogické podpory osoby se zrakovým postižením rozdělujeme do čtyř základních skupin, a to na osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké a osoby s poruchami binokulárního vidění.

## Osoby nevidomé

---

Nejtěžším stupněm zrakového postižení je nevidomost, která je chápána jako ireverzibilní pokles zrakové ostrosti pod určitou hodnotu. Neexistuje zcela jednotné vymezení – někteří odborníci pracují jen se zrakovou ostroší, jiní hodnotí i stav zorného pole.

Moravcová (2004) ji vymezuje ve dvou stupních, a to jako praktickou nevidomost (mezi 1/60 po světlocit se správnou projekcí) a úplnou nevidomost obou očí (v rozmezí světlocit s chybnou projekcí po úplnou ztrátu světlocitu).

Vymezení nevidomosti, jež zohledňuje jak pokles zrakové ostrosti, tak i stav zorného pole, se většinou uvádí v oftalmologické literatuře. Nevidomost je pokles vízu pod 1/60 až po světlocit. Praktická nevidomost je definována buď jako pokles vízu pod 3/60 do 1/60 včetně, nebo binokulární zorné pole méně než 10 stupňů, ale více než 5 stupňů. Skutečná nevidomost je pokles vízu pod 1/60 až světlocit, nebo oboustranné zorné pole pod 5 stupňů. Plná slepota je od světlocitu s chybnou projekcí světla po ztrátu světlocitu (Hycl a Valešová, 2003, s. 149).

Speciálněpedagogická klasifikace užívá kategorie nevidomost se zachovalým světlocitem s dobrou projekcí, nevidomost se zachovalým světlocitem s chybnou projekcí a nevidomost bez světlocitu.

Z pohledu speciálněpedagogické intervence je velmi důležité, zda u daného jedince jsou zachována, ač velmi malá, rezidua zrakového vnímání či alespoň světlocit, nebo ani tyto nelze využít. Rovněž tak klíčovou roli hraje skutečnost, zda se jedná o nevidomost vrozenou či získanou a kdy ke ztrátě došlo. Pokud lze alespoň minimálně využívat zrakové vnímání, je toto velkou podporou pro hlavní toky získávání informací, kterými jsou nižší a vyšší kompenzační činitele. Nižšími kompenzačními činiteli jsou hmat, sluch, čich a chuť a do skupiny vyšších kompenzačních činitelů se řadí myšlení, paměť, pozornost, řeč, představitost a obrazotvornost. Skutečnost, že člověk nemůže zrak využívat vůbec či velmi omezeně, vede k jisté míře informačního deficitu, který právě zapojením maxima z těchto kompenzačních činitelů a za využití širokého spektra kompenzačních pomůcek může být zmírněn. Je velmi důležité, aby se u nevidomých vytvářely adekvátní nezkreslené představy, a to jak o předmětech a okolním prostředí, tak i o světě jako celku. K tomu je vždy nutné využívat všechny dostupné cesty, jež vychází z vnímání ostatními smysly, a doplnění poznatků vyšších kompenzačních činitelů.

Nevidomí mají ztíženy podmínky stran čtení a psaní, neboť nemohou plnohodnotně využívat zrak. Většina proto používá speciální bodové písmo – Braillovo písmo. Jedná se o šestibodové písmo, kdy jsou tyto body umístěny ve třech řadách a dvou sloupcích. Jednotlivá písmena jsou

tvořena vytlačení jednoho až pěti bodů v různých kombinacích. Braillovo písmo umožňuje nejen plnohodnotné psaní textu, ale i např. matematické, chemické zápisy, záznam notopisu atd. K záznamu Braillova písma nejčastěji slouží Pichtův stroj, kde lze psát plnohodnotný text, ale uživatel musí zvládnout ovládání speciální klávesnice. Za velký pokrok a posun v kvalitě je bezesporu považováno zpřístupnění výpočetní techniky nevidomým. Díky výpočetní technice mohou uživatelé informace nejen pasivně přijímat (tedy číst nebo poslouchat), ale současně i snadno vytvářet a editovat. Výhodou je i skutečnost, že nevidomí si mohou volit mezi variantami založenými na hmatovém, nebo hlasovém výstupu. Mohou pracovat jak s braillovým řádkem, braillovou klávesnicí, braillovou tiskárnou, tak i s běžnou klávesnicí, hlasovým ovládním aj. Počítač tak nevidomým osobám může sloužit nejen jako nástroj k zaznamenávání informací všeho druhu, ke čtení tištěných dokumentů, které mohou uživatelé dále ukládat, editovat, předávat dalším osobám, ale i k napsání dopisu, správě elektronické pošty, komunikaci v reálném čase prostřednictvím programů a k využití služeb internetu.

V důsledku absence zrakového vnímání dochází u nevidomých k obtížím v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu. Pokud nechtějí být závislí pouze na službách průvodce, tak se opětovně musí spolehnout na kompenzační činitele a naučit se techniky chůze s bílou holí, využívání různých podpůrných prvků ozvučení prostředí, hmatových popisů tras, vodících linií apod. Pro řadu nevidomých osob je velkou oporou v rámci prostorové orientace a samostatného pohybu vodící pes. Jedná se o speciálně vycvičené zvíře. Jako vodící psi jsou pro svou povahu cvičeni hlavně labradoři, zlatí retrívři, němečtí ovčáci, kolie a královští pudli.

Ztíženy jsou u nevidomých i sebeobslužné činnosti, ať se jedná o osobní hygienu, oblékání, vaření, ale i údržbu domácnosti. Opětovně i v těchto oblastech se musí spolehnout na kompenzační činitele, naučit se řadu úkonů specifickými postupy, často na principu pevně po sobě následujících kroků, kdy všechny věci vždy musí být na stejných, pevně daných místech, aby se mohli dobře orientovat a bezpečně je nacházet a užívat. K zvládnutí a ulehčení úkonů slouží široké spektrum kompenzačních pomůcek, mezi které patří např. colortest, indikátor hladiny a světla, česky mluvící hodinky, hmatový budík, ozvučený lékařský teploměr, popisová šablona s rozlišovačem bankovek.

Nemožnost zrakového kontaktu může u některých nevidomých způsobovat problémy v rámci navazování kontaktu a v komunikaci s okolím. Zařazení do společnosti také může ovlivnit typ výchovy, kterou nevidomý prošel, jeho osobnostní vybavení, ale i pohled společnosti a její možné předsudky.

Přes skutečnost, že nevidomým je plně otevřen edukační proces na všech stupních a ve všech směrech, tak následné pracovní uplatnění je stále poměrně komplikované. Na jedné straně se sice otevírají možnosti zařazení nevidomých na nové pozice, a to zejména díky využití moderních technologií, ale na straně druhé stále přetrvávají jisté předsudky, které vychází ze zvyku obsazovat nevidomé do stereotypních pracovních pozic a obavy, zda nové pozice zvládnou. Z tzv. tradičních povolání jsou stále dobře uplatnitelní např. jako maséři, učitelé hudby, ladiči klavírů, čalouníci. Vedle těchto povolání ale mohou působit i jako IT pracovníci, právníci, překladatelé, tlumočníci, psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci či administrativní pracovníci.

## **Osoby slabozraké**

---

Speciálněpedagogické vymezení této kategorie hovoří o dětech, mládeži a dospělých, kteří mají zrakové vnímání na stupni slabozrakosti.

V odborných oftalmologických publikacích existují mírné rozdíly ve vymezení a klasifikaci slabozrakosti, ale tyto uváděné hodnoty nemají významný rozptyl.

Slabozrakost je vízus lepšího oka pod 6/18 až 3/60 včetně. Do 6/60 včetně se jedná o lehkou slabozrakost. Pod 6/60 do 3/60 hovoříme o těžké slabozrakosti (Hycl a Valešová, 2003, s. 149). Pro zvolení vhodného přístupu a následné práce se slabozrakým jedincem je důležité kromě znalosti vízu rovněž zhodnotit stav zorného pole, kdy se často může jednat o jednostranné či oboustranné zúžení zorného pole, a to jak ve vertikální, tak i horizontální rovině, až po trubicovité vidění. Komplikací mohou být výpadky v zorném poli, skotomy apod.

Snížený vízus a omezení v oblasti zorného pole u slabozrakého významně zhoršují kvalitu zrakového vnímání, které je nepřesné, omezené či deformované. Současně je třeba si uvědomit, že ač slabozraký má tyto problémy a omezení, tak zrakové vnímání je pro něj hlavním kanálem k získávání informací. K tomu, aby byly plnohodnotné, musí být doplňovány poznatky získanými prostřednictvím všech (nižších i vyšších) kompenzačních činitelů. Využití těchto činitelů pomáhá slabozrakým s překonáváním deficitů, které se objevují při tvorbě představ, v prostorové orientaci a při samostatném pohybu, ale i v dalších oblastech.

Slabozrakost mohou provázet i snížená koncentrace, slabá pozornost, rychlejší unavitelnost, pomalejší pracovní tempo a vyšší sugestibilita (Finková et al., 2007).

Pro plnohodnotné a dlouhodobě udržitelné využívání zraku u slabozrakých je důležité důsledně dodržovat zásady zrakové hygieny. Základem je kvalitní brýlová korekce. V případech, kdy je to nutné, se využívá doplňková optika, a to jak lupy klasické, stojánkové, hlavové, ale

i elektronické lupy, monokulár, Galileiho systém a další. Počítačová pracoviště využívají zvětšovací systémy či hlasové výstupy. Pro vykonávání jakékoli aktivity je důležité, aby bylo zajištěno adekvátní osvětlení. Pro slabozraké je nutná vyšší intenzita v oblasti centrálního osvětlení, případně další lokální doplňkové přisvícení. Prostory učebny by měly mít světlou výmalbu, pracovní plochy by měly mít sklopnou desku světlé barvy (přírodní dřevo), ale ne s vysokým leskem, okna dostatečně velká, ale současně by nemělo docházet k přímému dopadu slunečních paprsků na pracovní plochu, aby nedocházelo k oslnění. Vhodné je využít záclony, průsvitné závěsy bez vzorů. Důležitým pravidlem je dodržování pravidelného střídání práce do blízka a do dálky, případně prokládané zrakovou relaxací.

Při výuce je třeba slabozrakým zajistit optimální velikost textu, a to formou zvětšení fontu či využíváním zvětšovacích pomůcek. Při písemném projevu ve většině případů bude písmo větší a tvarově nejisté. Objekty, které jsou předkládány slabozrakým, by měly být vždy dobře nasvíceny, měly by být kontrastní s pozadím, barvy by měly být jasné a neměly by mít příliš detailů. Vhodné je využívat obrázky s černou konturou. Důležité je i samotné posazení slabozrakého v učebně, kdy se musí přihlížet k tomu, zda a jaké je omezení v zorném poli a jaká je úroveň jeho zrakové ostrosti. Zejména v počáteční etapě mohou mít slabozrací pomalejší tempo a nižší míru koncentrace. Zraková zátěž do blízka by měla být krátkodobější a střídána s prací do dálky.

Pracovní uplatnění nachází slabozrací na obdobných pozicích jako nevidomí. V některých případech v průběhu života u slabozrakých může docházet k progresi zrakové vady a k zhoršování zrakového vnímání, což může negativně ovlivnit již tak poměrně komplikované pracovní uplatnění. Dále při volbě povolání je třeba i zohlednit některé kontraindikace, které jsou spjaté s některými vadami, např. slabozraký s glaukomem nemůže být v prašných provozech, kde by měl manipulovat s těžkými břemeny.

## **Osoby se zbytky zraku**

---

Početně sice nejmenší, ale pro speciálněpedagogickou podporu nejsložitější skupina osob se zrakovým postižením je kategorie osob se zbytky zraku. Jedná se o jedince, jejichž zraková ostrost se pohybuje mezi těžkou slabozrakostí a praktickou slepotou. Zachovaná rezidua zraku jim umožňují z okolí získávat jen velmi omezené a poměrně výrazně deformované vizuální informace. Oftalmologové toto pásmo vymezují rozsahem zrakové ostrosti 3/60 až 0,5/60. Z hlediska dalšího vývoje u řady těchto jedinců hrozí progresse až po úplnou ztrátu zraku.

V důsledku tohoto postižení dochází nejen ke snížení zrakových informací, k jejich výrazným nepřesnostem, ale rovněž k narušení procesu vytváření představ, omezení samostatného pohybu a prostorové orientace. Zasaženy jsou i jejich grafické schopnosti.

Pro dosažení adekvátních, plnohodnotných informací, které by osobám se zbytky zraku zajistily kvalitní život, je třeba zapojit kompenzační činitele. Zjednodušeně se způsob práce dá popsat jako kombinace metod využívaných u slabozrakých i u osob s nevidomostí. Tento přístup bývá označován jako tzv. dvojmetoda (Finková et al., 2007).

V rámci výuky čtení a psaní dochází k současnému nácviku jak zvětšeného černotisku, tak i bodového Braillova písma, a to za podpory celé řady optických, haptických i akustických pomůcek. Celý tento proces, stejně jako všechny další aktivity, musí být realizován za dodržování přísných pravidel zrakové hygieny, aby nedocházelo k přetěžování zraku.

Skutečnost, že zrak je velmi slabý, a přesto se s ním snaží osoby se zbytky zraku získávat maximum informací, způsobuje, že se na vše musí velmi soustředit, což neúměrně zatěžuje jejich psychiku a často vede až k jejich psychickému, ale někdy i fyzickému vyčerpání. Předcházet tomuto stavu lze důsledným dodržováním nejen střídání práce do blízka a do dálky, ale i zařazováním řady relaxačních zrakových cvičení. Tato zátěž na psychiku se může odrážet i ve vyšší míře podrážděnosti, neadekvátních reakcích na nabízenou podporu, v horší schopnosti a ochotě přizpůsobit se. Celkově tak může docházet k narušení procesu socializace. Volba vhodného povolání a zařazení osob se zbytky zraku do pracovního procesu je velmi komplikovaná, a to jednak z důvodu nestability stavu, kdy velmi často dochází k progresi zrakové vady, jednak z důvodů ochrany a bezpečí zdraví při práci.

## **Osoby s poruchami binokulárního vidění**

---

U většiny lidí se po narození vyvíjí binokulární vidění, což lze popsat jako vidění oběma očima současně. Znamená to, že se obrazy vnímané simultánně oběma očima spojí v jeden, navíc nám tak umožňuje vnímat hloubku prostoru. K fyziologickému vývoji dochází za podmínek, že existují normální anatomické poměry a funkční předpoklady oka, ale při jejich narušení vznikají poruchy binokulárního vidění. Binokulární vidění se vyvíjí zhruba do jednoho roku života. Následně do šesti až osmi let dochází k jeho upevnování. Binokulární vidění má tři vývojové fáze. V první fázi (simultánní percepce) každé oko vnímá samostatně obraz na své sítnici. V průběhu druhé fáze (fúze) postupně dochází k dokonalejšímu překrytí obrazů pravého a levého oka, až vzniká jeden vjem. Konečně v poslední, třetí fázi (stereopse) nastává situace,

kdy se vytvoří hloubkový vjem, a vzniká tak trojrozměrný obraz. Z pohledu vývoje vidění dítěte po jednotlivých měsících tak lze popsat následující etapy:

- fixační reflex (0–2 měsíce) – dítě se dívá jedním okem, druhé oko může fyziologicky zašilhávat,
- binokulární reflex (2. měsíc) – dítě se začíná dívat oběma očima,
- reflex konvergence (3. měsíc) – dítě sleduje bližší i vzdálenější předměty,
- reflex akomodace (4. měsíc) – schopnost zaostřit na bližší i vzdálenější předměty,
- reflex fúze (6. měsíc) – spojení obrazů v jeden smyslový vjem,
- upevňování binokulárních reflexů (přibližně 9. měsíc),
- rozvoj prostorového vidění (od 1 roku),
- stabilizace binokulárních reflexů (do 6 let).

Pokud v období normálního vývoje oko zasáhne nějaká porucha, změní se vývoj v patologický, a mohou tak vzniknout poruchy binokulárního vidění. Jedná se o funkční poruchy, které pokud jsou včas diagnostikovány a proběhne jejich komplexní léčba, tak jsou ve většině případů odstranitelné, nebo se dají alespoň zmírnit tak, že dospělý člověk může být i zcela bez obtíží. Mezi poruchy binokulárního vidění se zejména řadí šilhavost (strabismus) a tupozrakost (amblyopie).

Strabismus je porucha vzájemné spolupráce obou očí, při níž dochází k poruše rovnovážného postavení očí. Osy očí nejsou rovnoběžné, ale rozbíhavé, což způsobuje, že obrázky v obou očích nevznikají na stejném místě, a tudíž nemůže dojít k jejich dokonalému překrytí a vzniku hloubkového vjemu. Strabismus se vyskytuje v různých podobách. Manifestní je viditelný již při pohledu na daného jedince, latentní, skrytý, se dá diagnostikovat při střídavém zakrytí očí. Dále se strabismus popisuje podle směru odchylky oka na esotropie (konvergentní), exotropie (divergentní), hypotropie (dolů), hypertropie (nahoru), cyclotropie (rotační). Další členění je strabismus konkomitantní (souhybný nepatetický dynamický) a inkomitantní (paretický).

V důsledku nedokonalého překrytí obrázků obou očí dochází ke vzniku rozostřeného obrázku, který může mít dvojitou konturu. Tento stav se nazývá dvojitým viděním (diplopie).

Jedním z hlavních předpokladů odstranění strabismu je včasná diagnostika. Čím dříve je strabismus zjištěn, tím větší je časový prostor pro adekvátní terapii, která je orientována na vytvoření či obnovení binokulárních funkcí a na nastavení paralelního postavení očí. Konzervativní terapie cílí na převedení monokulární formy strabismu na alternující, dosažení normální zrakové ostrosti obou očí, centrální fixaci a optimální stupeň binokulárního vidění. Chirurgická terapie má nastavit normální paralelní postavení očí a zlepšit podmínky pro rozvoj

binokulárního vidění (Finková et al., 2007). Celý proces léčby by měl být, pokud je to možné, ukončen před nástupem dítěte do základní školy.

Amblyopie je snížení zrakové ostrosti při optimálním vykorigování bez viditelných známek nemoci. Je důsledkem abnormálního vývoje vidění a vzniká v důsledku nepřítomnosti nebo aktivní suprese zrakového vjemu postiženého oka. Je většinou jednostranná (Hycl a Valešová, 2003, s. 128).

Amblyopie je tedy stav, kdy dochází ke snížení zrakové ostrosti obvykle jednoho oka, a to bez objektivně prokazatelné anomálie. Jde o funkční poruchu, kdy se obvykle nevyskytuje orgánové poškození. V případě, že orgánová vada se přece jenom vyskytne, tak potom míra snížené zrakové ostrosti neodpovídá stupni zrakové vady. Míra snížení zrakové ostrosti je různá a může dosahovat až pásma praktické slepoty. Amblyopie se vyskytuje v několika formách. Pro případy vyvolané organickou lézí optického aparátu se užívá označení kongenitální amblyopie. Po 4. roce života se může na základě strabismu, ametropie nebo anizometropie objevit amblyopie ze zástavy a v období po dokončení vývoje vidění může vzniknout amblyopie z vyřazení z funkce, kde podkladem bývá katarakta apod.

Pro úspěšnou terapii je opět zásadní provedení včasné diagnostiky. Základním terapeutickým přístupem je využití pleoptiky, kdy se prostřednictvím okluzoru překryje jedno oko. V počáteční fázi se okluze (brýlová či náplast'ová) přikládá na zdravé oko, a to na celý den. Postupně se časový úsek zkracuje, přechází se na částečnou okluzi. Cílem je, aby došlo k posilování amblyopického oka. První podmínkou úspěšné léčby je věk, kdy se s dítětem pracuje. Do pěti let se obvykle dosáhne normy, v období mezi 5. a 9. rokem jsou již výsledky individuální a po 10. roce je efekt minimální. Druhou nezbytnou podmínkou úspěšné léčby je dokonalá korekce případné refrakční vady.

Speciálněpedagogické přístupy, již se u dětí s poruchami binokulárního vidění zaměřují na rozvoj postižených zrakových funkcí, významným způsobem pomáhají k dosažení úspěšných výsledků celé terapie. Při poruchách binokulárního vidění jsou velmi často narušeny základní zrakové funkce, jako je analyticko-syntetická činnost, lokalizace a hloubkové vidění, což se sebou přináší problémy nejen při zrakové práci, ale i při motorických aktivitách, které jsou pomalejší. Nedostatky jsou v koordinaci ruka – oko: nepřesné směřování a zacílení pohybu atd. Objevuje se i pomalejší tempo a nepřesnosti při tvorbě představ.

Pokud nedojde k odstranění poruch binokulárního vidění před nástupem dítěte do školy, tak výuka je poznamenána již od počátku nácvičku čtení a psaní obtížemi v lokalizaci, v analýze a syntéze. Tyto aktivity jsou pro dítě po stránce zraku namáhavé a způsobují mu zarudnutí a slzení očí, bolesti hlavy a někdy až nevolnost.

U dětí s poruchami binokulárního vidění již od stanovení diagnózy je důležitá úzká spolupráce lékaře, ortoptické sestry, rodičů a speciálního pedagoga. Speciálněpedagogická intervence je zacílena formou různých pleopticko-ortoptických cvičení na rozvoj zasažených zrakových funkcí. Tato cvičení mohou probíhat na speciálních přístrojích, pomocí ortoptických pomůcek či softwaru. Tato intervence by měla vhodně doplňovat cvičení, které dítě absolvuje pod vedením ortoptisty.

Vzhledem k pozitivní prognóze tak u většiny těchto osob není problém s volbou povolání a následným pracovním zapojením. Pouze v případech, kdy nedojde k obnovení kvalitního binokulárního vidění, nastávají limitace v určitých profesích, např. v dopravě.

## **Komplexní služby pro osoby se zrakovým postižením**

---

V České republice je vytvořen celý systém služeb, které mají za cíl svými aktivitami předcházet vzniku zrakových postižení a tam, kde již vzniknou, eliminovat jejich dopady na život a socializaci osob s tímto postižením. Cílem veškerých opatření je zajistit osobám se zrakovým postižením a pečujícím o tyto jedince odpovídající kvalitu života, aby se mohli co nejvíce bez jakýchkoli bariér zapojit do společenského života, aby byli maximálně samostatní a soběstační, aby se jim dostávalo adekvátního přístupu k informacím, tedy aby nedocházelo k jejich diskriminaci, a aby jim byla zajištěna rovná práva a příležitosti s ohledem na jejich potenciál.

Komplexní služby vycházejí ze soudobého pojetí speciální pedagogiky, které cílí na celoživotní podporu. Měly by osoby se zrakovým postižením provázet po celou dobu, kdy se u nich vyskytuje zrakové postižení, a to buď do doby vyléčení (a tam, kde to není možné), nebo až po konec života. Na zajištění těchto služeb se podílí celá řada státem zřízených organizací a institucí, jejichž nabídka je doplňována aktivitami širokého spektra nestátních neziskových organizací. Stěžejními resorty zajišťujícími tyto služby jsou Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Opomenuta by neměla být ani úloha Ministerstva spravedlnosti ČR při zohledňování specifík osob se zrakovým postižením v rámci tvorby veškeré legislativy v kontextu zajišťování rovného zacházení a rovných příležitostí. V možnosti přístupu ke kulturním památkám a výtvarné, hudební i literární tvorbě významnou úlohu sehrává Ministerstvo kultury ČR. Pochopitelně nezastupitelná je i úloha Ministerstva financí ČR, neboť bez zajištění dostatečného objemu a směřování finančních zdrojů k organizacím zajišťujícím tyto služby by systém byl nefunkční.

Ministerstvo zdravotnictví je prvním, kdo vstupuje do tohoto systému, a to preventivní péčí, která je nasměrována k předcházení vzniku zrakových vad. Prevence je zacílena již na období, kdy rodiče plánují početí dítě. Mohou zde využít genetického poradenství, které je určeno jak pro rodiče, kteří již mají v rodině zrakově postiženého, či sami jsou osobami se zrakovým postižením, ale i páry bez postižení. Následně pokračuje systematická preventivní péče o matku a dítě v době těhotenství a speciální sledování rizikových těhotenství. Okamžitě po porodu následuje preventivní pokápnutí očí dítěte, aby nedošlo k infekčním onemocněním oka, a screeningové vyšetření zraku (reakce na světlo). Speciální pozornost až do věku dvou let je věnována dětem rodičů se zrakovým postižením a předčasně narozeným dětem. Prevence u všech dětí v předškolním věku spadá do pediatrické péče. Klíčová vyšetření zacílená na stav zraku a vývoj zrakového vnímání jsou stanovena v období jednoho roku, ve třech letech a před nástupem do základní školy, v pěti či šesti letech. Pokud je podezření na vznik zrakové poruchy, je dítě předáno do oftalmologické péče, která zajišťuje diagnostiku, terapii, prevenci i poradenství. Síť oftalmologických pracovišť v České republice je počtem i rozmístěním dostatečná. Ve Fakultní nemocnici v Praze Motole je zřízeno specializované pracoviště Centrum zrakových vad. Je jediným zdravotnickým zařízením v České republice, které se specializuje na komplexní péči o zrakově postižené osoby všech věkových kategorií. Pracuje v něm tým odborníků v oborech oftalmologie, klinické psychologie, zrakové terapie, speciální pedagogiky, sociálního a profesního poradenství. Externě pracoviště spolupracuje se specializovaným očním optikem. Osobám se zrakovým postižením se zde dostává jak oftalmologické péče, tak psychologické a psychoterapeutické podpory, poradenství v rané péči a stimulaci zraku, ale i speciálněpedagogického a profesního poradenství. Centrum nabízí i možnost vyzkoušet si speciální pomůcky a rovněž absolvovat zácvik práce s nimi. Nedílnou součástí je poskytování sociálního poradenství a služeb.

Vzdělávání osob se zrakovým postižením, jako všech ostatních, je v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Česká republika, stejně jako většina vyspělých zemí, se snaží zajistit rovný přístup ke vzdělání všem bez rozdílu. Podmínky vzdělávání vymezuje zákon 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Děti a žáci se zrakovým postižením jsou ve většině případů vzdělávání formou inkluze v tzv. běžných školách. Rovněž lze, za přesně zákonem daných podmínek, zřízovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny pro tyto děti či žáky. Jsou to mateřská škola pro zrakově postižené, základní škola pro zrakově postižené, střední škola pro zrakově postižené (střední odborné učiliště pro zrakově postižené, odborné učiliště pro zrakově postižené, praktická škola pro zrakově postižené, gymnázium pro zrakově postižené, střední

odborná škola pro zrakově postižené, konzervatoř pro zrakově postižené). Nedílnou součástí stávajícího systému jsou školská poradenská zařízení (speciálněpedagogické centrum, pedagogicko-psychologická poradna), která se podílejí na diagnostické a poradenské činnosti, na stanovení podpůrných opatření, tvorbě individuálního vzdělávacího plánu, ale i na metodické podpoře v rámci vzdělávání žáka se zrakovým postižením.

Úloha Ministerstva práce a sociálních věcí ČR je směrem k osobám se zrakovým postižením naplňována skrz zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zákon vymezuje nároky osob se zrakovým postižením a osob o ně pečující na příspěvek na péči a sociální služby (sociální poradenství, sociální péče, sociální prevence). Jednou ze sociálních služeb je raná péče, která má významnou roli při podpoře rodiny s dítětem se zrakovým postižením ve věku do 7 let. Jedná se o terénní službu, která může být popřípadě doplněná ambulantní formou. Je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby, na výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Dále se zaměřuje i na zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a sociálně terapeutické činnosti. Vedle sociálních služeb má ministerstvo ve své gesci i problematiku zaměstnanosti. Podmínky a pravidla stran zaměstnávání osob se zrakovým postižením jsou legislativně zakotveny v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Pro zajištění kvality života osob se zrakovým postižením je velmi důležité, aby se jim dostávalo i adekvátní finanční podpory formou příspěvků a dávek, což vymezuje vyhláška 182/1991 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění jeho pozdějších předpisů a změn.

Nedílnou součástí komplexních služeb je i podpora, které se osobám se zrakovým postižením dostává prostřednictvím organizací nestátního neziskového sektoru. V České republice rozvíjí svou činnost poměrně široká škála těchto organizací, od těch, které mají celorepublikovou působnost, přes ty, jejichž zacílení je v rámci regionu, až po místní lokální organizace. Nejčastějšími právními formami těchto organizací jsou občanská sdružení a jejich organizační jednotky, nadace a nadační fondy, církevní právnické osoby zřizované církvemi a náboženskými společnostmi a obecně prospěšné společnosti. Celostátně působící organizací je Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS), jejímž posláním je jednak sdružovat nevidomé a jinak těžce zrakově postižené občany a hájit jejich zájmy, jednak poskytovat konkrétní služby vedoucí k integraci takto postižených občanů do společnosti. Na krajské úrovni působí Tyfloservis, který pomáhá nevidomým a slabozrakým lidem získávat potřebné informace a praktické dovednosti, díky nimž mohou žít samostatněji a nezávisleji na cizí pomoci. Tyfloservis učí zájemce například samostatně se pohybovat v prostoru s bílou holí, postarat se o domácnost, číst a psát Braillovo bodové písmo nebo psát na klávesnici počítače.

Zároveň se mohou seznámit s různými druhy kompenzačních a rehabilitačních pomůcek. Sociální rehabilitaci, sociálně aktivizační služby, odborné sociální poradenství a další sociální služby, podporující inkluzi osob s těžkým zrakovým postižením, poskytuje organizace TyfloCentrum. Pomáhat překonávat každodenní překážky lidem s těžkým zrakovým postižením a podporovat důstojný a aktivní život osob se zrakovým postižením má ve svém poslání Nadace prof. Vejdovského. Mezi významné projekty patří Světluška, Okamžik, Leontýnka a Český svaz zrakově postižených sportovců.

## Literatura

---

Finková, D., Ludíková, L., Růžičková, V. (2007). *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Univerzita Palackého.

Hycl, J., Valešová, L. (2003). *Atlas oftalmologie*. Triton.

Kuchynka, P. (2000). *Trendy soudobé oftalmologie*. Galén.

Kuchynka, P. et al. (2007). *Oční lékařství*. Grada Publishing.

Moravcová D. (2004). *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Triton.

## **Speciální pedagogika osob s poruchami chování, problémovým a rizikovým chováním**

**Mgr. Veronika Vavrušková**

**Ing. Eva Nyklová, Ph.D., MBA**

Pokud bychom měli problematiku osob s poruchami chování, problémovým a rizikovým chováním zařadit do jedné z disciplín speciální pedagogiky, byla by to rozhodně etopedie. Na úvod je však třeba zmínit, že do jejího působení spadají i další skupiny jedinců, o nich však následující text nebude pojednávat, jelikož se etopedie primárně soustředí na podporu a intervenci u osob, které vykazují různé formy poruch chování a problémového či rizikového chování (PPR). Tato oblast je v odborné praxi dominantní a vyžaduje specifické pedagogické a terapeutické intervence, jež tvoří jádro etopedické specializace. Legislativně je problematika vzdělávání dotčených jedinců ukotvena ve školském zákoně (zákon č. 561/2004 Sb.), k němu vydaných prováděcích vyhláškách (vyhláška č. 27/2016, vyhláška č. 72/2005) a metodických pokynech a doporučeních ministerstva. Více se k tématu dočtete v kapitole Legislativní rámec.

### **Pojetí a vymezení speciální pedagogiky osob s poruchami chování, problémovým a rizikovým chováním**

---

Ethos, vycházející z významu "zvyk", a paideia, znamenající "výchova", představují základní pilíře názvosloví etopedie. Etopedie se zaměřuje na problematiku poruch chování, problémového a rizikového chování, přičemž zahrnuje jak edukaci a socializaci, tak i maximální rozvoj osob s tímto typem chování. Nedílnou součástí tohoto oboru je také prevence, intervence a resocializace zaměřená na tyto jedince (Vojtová, 2013).

Etopedie je relativně mladou vědní disciplínou, která se v roce 1969 vyčlenila z psychopedie. Stala se samostatným oborem především kvůli specifickým cílové skupiny, s níž pracuje. Etopedie i přes toto rozdělení s psychopedií nadále úzce spolupracuje. Na rozdíl od ostatních oborů speciální pedagogiky, jako je surdopedie nebo oftalmopedie, které se zaměřují na poruchy smyslového vnímání, etopedie nepracuje přímo s poruchou, ale zaměřuje se na odstranění rizikových faktorů a podporu sociálního začlenění. Přesto však její kořeny sahají hluboko do minulosti, kdy vycházela z pedopatologie – oboru, který se na přelomu 19. a 20.

století věnoval výchově mravně narušených jedinců, mezi něž patřily děti s poruchami chování, opuštěné děti a děti s morálními vadami (Kaleja, 2013).

Cílovou skupinou etopedie lze v širším kontextu chápat celou společnost, neboť prevence a intervence etopedie se zaměřuje na eliminaci rizikových faktorů, které mohou vést k rozvoji tohoto typu chování. Primárním cílem etopedie je socializace jedince, která podporuje jeho plnohodnotné začlenění do společnosti.

Předmětem etopedie je pochopení základních otázek práce s jedinci s problémy výchovného charakteru. Jedná se např. o otázky morálního ovlivňování a formování osobnosti jedince s problémovým a rizikovým chováním či poruchou chování a otázky zaměřené na prevenci vzniku těchto poruch. Důležitým faktorem je i samotná etiologie vzniku problémů (Slomek, 2013).

## **Postavení etopedie v systému věd**

---

Etopedie je interdisciplinární obor, což znamená, že čerpá poznatky z několika vědních disciplín. Odborníci z oblasti etopedie spolupracují s dalšími specialisty z různých oborů, jako je filozofie, etika, pedagogika, lékařské obory, psychologie, sociologie, politika, právo, kriminologie či penologie.

Etopedie čerpá z psychologie poznatky o psychických jevech, zejména v oblasti prevence a intervence problémového chování. Ve fázi prevence přispívá k identifikaci problémových situací a vztahů ve skupině, zatímco v intervenční fázi se zaměřuje na diagnostiku a pochopení individuálních potřeb jedince. Vývojová psychologie přináší důležité informace o dětském vývoji, které pomáhají rozlišit normální a odchylné chování. Pedagogická psychologie zkoumá psychologické aspekty vzdělávacího procesu a vytváří strategie pro děti s PPR chování. Sociální psychologie se zaměřuje na vliv sociálních interakcí na chování jedince, což je zásadní pro práci s rizikovými skupinami (Vojtová, 2008, 2010).

Etopedie také čerpá z filozofie a pedagogiky, které poskytují teoretické základy výchovy a didaktiky, přizpůsobené potřebám jedinců s PPR chováním. Sociální pedagogika analyzuje vliv prostředí na vznik tohoto typu chování, zatímco penologie a penitenciární pedagogika se věnují nápravě a změnám chování během výkonu trestu. Z lékařských oborů, jako je psychiatrie, neurologie a pediatrie, získává etopedie informace o diagnózách, které určují přístupy k těmto jedincům. Psychiatrie je např. klíčová pro diagnostiku poruch, jako je např. ADHD. Politika a právo určují legislativní rámec, který se vztahuje na osoby s PPR chováním. Etopedie jako samostatná disciplína není ve světě obecně systemizována, což je důležité zmínit. V zahraniční terminologii se obvykle používá širší pojem "special education" (speciální

pedagogika), který zahrnuje různé přístupy k výchově a vzdělávání dětí se speciálními potřebami, včetně těch s PPR chování. Přesto lze v některých zemích nalézt prvky a přístupy blízké etopedii, např. na Slovensku či v Polsku (srov. Žolnová, 2013; Krupa & Sowa, 2021).

## **Jedinec s poruchou chování, problémovým a rizikovým chováním**

---

V dnešní společnosti, která se dynamicky mění a kde se normy i očekávání neustále vyvíjejí, je nezbytné hlouběji porozumět tomu, jak různé formy chování jedinců ovlivňují nejen samotné jednotlivce, ale i jejich širší okolí. Společenské normy stanovují určité vzorce chování, které jsou považovány za akceptovatelné, a pokud jedinec tyto normy poruší, může to mít různé důsledky, jak pro něj samotného, tak pro jeho sociální prostředí.

Jedinci, kteří vykazují projevy problémového, rizikového chování či poruchy chování, často přinášejí výzvy nejen svým rodinám, ale i pedagogům, terapeutům a dalším odborníkům, kteří se je snaží podpořit. Neadekvátní reakce na tyto problémy může vést ke zhoršení situace, prohloubení sociální izolace nebo vzniku dalších psychických či emočních potíží.

### **Charakteristika chování**

---

V kapitole věnované speciální pedagogice osob s poruchami chování, problémovým a rizikovým chováním je charakterizace chování nezbytná, protože poskytuje základní rámec pro pochopení dané problematiky. Jasná definice chování umožňuje odborníkům rozlišovat mezi běžnými projevy chování a skutečnými patologickými odchylkami, které vyžadují specifické intervence. Bez tohoto vymezení by bylo obtížné identifikovat, na co konkrétně pedagogická a terapeutická péče cílí.

Součástí kultury každé společnosti nebo sociální skupiny jsou ustálené hodnoty, které její členové uznávají, vzorce chování, podle nichž jednají, a normy a pravidla, na jejichž základě se hodnotí. Za normální se považuje chování, které společnost s ohledem na věk, situaci a kulturu od jedince očekává.

Z psychologického hlediska označujeme jako chování způsob, jakým se člen společnosti projevuje navenek. Je souhrnem vnějších projevů, činností, jednání a reakcí organismu na vnější podněty (postoje, pohyby, gesta, síla hlasu aj.). Podle Velkého psychologického slovníku od Pavla Hartla a Heleny Hartlové (2010) je chování definováno jako soubor vnějších projevů a reakcí organismu na podněty z vnějšího i vnitřního prostředí. Psychologie popisuje chování také v závislosti na schopnosti ovlivnit vlastní jednání vůlí jedince jako volní a mimovolní (bezděčné, vůlí neovlivnitelné). V kontextu smyslového vnímání a myšlení pak rozlišuje tři typy projevů chování. Jde o instinktivní chování, které je nezávislé na smyslovém vnímání,

pudové, není výsledkem učení ani vlastní zkušenosti; návykové chování, charakteristické prováděním určité činnosti nebo přijímáním návykové látky, kdy dochází u jedince k potřebě jejího opakování, při tom dochází k poruchám prožívání reality a v případě absence této činnosti nebo látky dochází k abstinenčním příznakům; rozumové chování ovlivněné myšlením (srov. Hartl, 2004; Nakonečný, 2013).

Sociologický pohled řeší chování ve vztahu ke společnosti, skupinové, kolektivní chování a rozděluje chování do čtyř skupin: prosociální – skupině prospěšné; asociální – nerespektující společenské normy a pravidla; antisociální, aberantní – kriminální, porušující, ale nepopírající normy; nonkonformní – normy popírá a chce je změnit (Sapolsky, 2017).

Chování z etologického hlediska (biologie chování) je chápáno jako adaptace zdravého organismu na změny prostředí. Předmětem zkoumání je v tomto ohledu vztah mezi podnětem a reakcí organismu (Komárek, 2008).

Chování z pohledu pedagogického je spojeno s projevy žáka v průběhu jeho vzdělávání. Předmětem zkoumání jsou v tomto případě vnitřní a vnější faktory, které ovlivňují chování žáka (zájem o předmět, strach z trestu), komunikace a spolupráce s ostatními, vztahy s učiteli, spolužáky, schopnost žáka regulovat své emoce, zvládat stres, řešit konflikty, zapojit se do výuky, plnit úkoly, účast na školních aktivitách, docházka a připravenost na hodiny, schopnost navazovat a udržovat pozitivní vztahy, respekt k ostatním aj. (NPI ČR, 2019).

## **Porucha chování**

---

Porucha chování (PCH) je odborný diagnostický termín, který označuje negativní odchylky od společensky uznávaných norem, projevující se nevhodným či nežádoucím chováním. Tyto projevy mohou postupně eskalovat až k závažnějším formám, jako je delikvence, nebo dokonce kriminalita (Hutyrová et al., 2019).

Porucha chování představuje nevhodné jednání, které dítě či mladistvý neprovádí s úmyslem škodit, ale často bez plného uvědomění si důsledků. Původ těchto projevů je zpravidla komplexní a zahrnuje různé faktory, včetně sociálního prostředí a individuálních charakteristik. Podle Průchy je základním znakem poruch chování nerespektování společenských norem a pravidel, což je typické pro děti a mládež s touto diagnózou. Světová zdravotnická organizace (WHO) charakterizuje poruchy chování jako opakující se trvalý obraz disociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Ojedinelé projevy disociálního chování či kriminálních činů nejsou však důvodem pro určení této diagnózy.

Příčiny vzniku poruch chování mohou být vrozené, nebo získané a jejich etiologie zahrnuje široké spektrum vlivů, které působí na jedince v různých fázích vývoje, a to prenatálně,

perinatálně a postnatálně. Mezi základní faktory přispívající k rozvoji poruch chování patří genetické dispozice a osobnostní charakteristiky jednotlivce, které mohou ovlivnit jeho schopnost reagovat na vnější podněty a adaptovat se na sociální prostředí. Dále hrají významnou roli poruchy a oslabení centrálního nervového systému, které mohou narušovat normální funkce mozku a chování jedince. Úroveň inteligence rovněž přispívá k výskytu poruch chování, jelikož nižší intelektové schopnosti mohou ztěžovat efektivní zvládnání stresových situací a interakci s okolím (Divoká, 2017).

Rodinné a sociální prostředí, zejména vlivy subdeprivace a deprivace, také mohou patřit mezi příčiny vzniku PCH. Názorným příkladem nám mohou být jedinci umístění v institucionálních zařízeních (DD, DDŠ, VÚ, DÚ apod.), kteří patří mezi skupiny ohrožené vznikem PCH. Negativní podmínky v rodině, jako je násilí nebo zanedbávání (př. syndrom CAN), mohou mít devastující dopad na psychický a sociální vývoj dítěte.

Důležitou roli hrají také vrstevnické skupiny a subkultury, které formují sociální chování jedince a mohou buď pozitivně, nebo negativně ovlivnit jeho postoje a hodnoty. Nakonec je třeba zmínit vliv životního prostředí a minoritních sociálních skupin, které mohou ovlivnit vývoj jedince. Tato prostředí mohou poskytovat jak podpůrné, tak negativní vzorce chování, což se projevuje v celkovém vývoji poruch chování.

## **Symptomatologie poruch chování**

---

Poruchy chování se nevztahují k žádnému konkrétnímu vývojovému období ani nejsou omezeny na specifické sociálně-kulturní prostředí. Tyto poruchy se mohou projevit napříč různými věkovými skupinami i v odlišných sociálních vrstvách. Diagnostické ukazatele PCH jsou komplexní a zahrnují řadu primárních symptomů, které jsou typické pro jedince trpící těmito poruchami. Mezi hlavní symptomy poruch chování patří agresivní chování vůči lidem a věcem, kdy jedinec vykazuje násilné tendence, jež mohou vést k fyzickému poškození osob nebo majetku. Tento typ chování často eskaluje a způsobuje vážné problémy nejen v osobním, ale i společenském kontextu. Dalším významným projevem je odcizení a izolace, kdy se jedinec postupně uzavírá do sebe, distancuje se od mezilidských vztahů a vykazuje neschopnost zapojit se do sociálních interakcí a skupinových aktivit (Pugnerová a Kvintová, 2016).

Součástí projevů poruch chování je i vandalismus a destruktivní chování, při kterém jedinec úmyslně ničí cizí majetek nebo veřejné prostory, čímž demonstruje svůj nedostatek respektu k sociálním normám a pravidlům. Opakující se tendence ke lhaní je dalším významným symptomem, kdy jedinec zkresluje pravdu nebo vytváří falešné situace s cílem vyhnout se odpovědnosti nebo dosáhnout osobního prospěchu. Mezi další běžné projevy poruch chování

patří několik specifických jevů, které odrážejí různé úrovně narušení psychické a behaviorální rovnováhy. Jedním z těchto jevů je abulie, tedy neschopnost jedince rozhodovat se a vykonávat činnosti, což často vede k apatii a pasivitě v běžném životě. Agitovanost se projevuje jako zvýšený vnitřní neklid, který je doprovázen neklidnými pohyby, čímž dochází k narušení schopnosti soustředit se či udržet kontrolu nad vlastním chováním (Kaleja, 2013).

Dalším častým projevem je impulsivní jednání, kdy jedinec jedná nepromyšleně, pod vlivem okamžitého podnětu, bez uvážení důsledků svého jednání. Podobně je tomu u zkratovitého jednání, kdy se jedinec rychle a bez rozmyslu rozhodne, což může vést k závažným chybám či problémům, protože nebyly zohledněny potenciální důsledky. Na druhé straně kompulzivní jednání představuje opakované, nutkavé chování, kdy jedinec cítí potřebu projevovat se nějakým způsobem, i když si uvědomuje jeho nesmyslnost či negativní dopady.

Specifickým projevem je také raptus, což je náhlý a intenzivní výbuch zlosti či agresivního chování. Tento výbuch bývá krátkodobý, ale velmi intenzivní a může způsobit fyzické či emocionální škody sobě i ostatním. Tento typ chování může vést k delikventní činnosti nebo jiným formám vážného společenského selhání, které mohou mít dlouhodobé důsledky pro jedince i jeho okolí.

Porucha chování se může vyskytovat jako samostatná diagnóza nebo být přítomna v kombinaci s dalšími problémy, jako jsou poruchy pozornosti, hyperaktivita (např. ADHD) či poruchy nálad. Tento fakt zdůrazňuje komplexnost PCH a nutnost multidisciplinárního přístupu k diagnostice a intervenci.

## **Klasifikace poruch chování**

---

Na začátek je třeba zmínit, že klasifikace poruch chování se liší podle jednotlivých vědních oborů, které na ně pohlížejí, což ovlivňuje způsob, jakým jsou tyto poruchy definovány a hodnoceny.

V rámci medicínské klasifikace, kterou používají především lékaři, se uplatňují mezinárodní standardy. V Evropě a Asii se nejčastěji využívá Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), v Americe je zase standardem Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-V), vydaný Americkou psychiatrickou asociací. Tato klasifikace se soustředí na klinické příznaky a délku trvání symptomů, čímž poskytuje strukturovaný rámec pro diagnostiku a následnou intervenci. Psychiatrická diagnostika hraje zásadní roli při identifikaci poruch chování jak u dětí, tak u dospívajících. Klíčovým kritériem je délka trvání symptomů, která musí být minimálně šest měsíců, a jejich výskyt ve více prostředích, jako je škola, rodina či širší společenské okolí.

V MKN-11 je nově využit celoživotní přístup (lifespan approach), což znamená, že byla odstraněna celá diagnostická kategorie „Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání“ (původně F9 v MNK-10) a jednotlivé poruchy z této dosavadní kategorie byly rozdělovány do již existujících či nově vyčleněných kategorií, s nimiž sdílejí klíčové příznaky a charakteristiky.

Sociální nebo sociologická klasifikace rozděluje poruchy chování do tří základních kategorií. První z nich, disociální chování, zahrnuje nepřiměřené chování, které zásadně neporušuje společenské normy a je možné řešit standardními pedagogickými metodami. Druhá kategorie, asociální chování, se vyznačuje porušováním sociálních norem, avšak bez výrazného poškození ostatních; příklady zahrnují záškoláctví a závislost na alkoholu. Třetí, nejzávažnější forma, je antisociální chování, které zahrnuje činy škodící jak jednotlivci, tak společnosti, jako jsou krádeže nebo násilné trestné činy (Potměšilová, 2013).

Dimenzionální klasifikace, která je využívána psychology a speciálními pedagogy zejména v anglosaských zemích, se na rozdíl od předchozích metod neřídí kódováním diagnóz, ale nabízí slovní popis chování. Orientuje se na podrobný popis fenoménu, popis všech klíčových okolností souvisejících s demonstrací projevů poruchy chování. Nejznámější je Achenbach System of Empirically Based Assessment.

	<b>Klasifikace ASEBA – obecné ukazatele projevu PCH</b>
Externalizované PCH	rvačky, vyhrožování, ničení majetku, nedostatek pocitu viny, lež, podvod, krádež
Internalizované PCH	pocit zbytečnosti, plačtivost, tendence k sebevraždě, deprese, časté bolesti hlavy, častá únava, závratě
Neseskupená dimenze PCH	divné myšlenky, impulzivita, stížnost na osamělost, není oblíbený, slyší různé věci

*Tab. 1 klasifikace ASEBA (Kaleja, 2020)*

Školská nebo pedagogická klasifikace se zaměřuje na poruchy chování v kontextu vzdělávacího prostředí, které jsou často spojovány s konflikty, agresí a závislostí. Učitelé obvykle identifikují klíčové problematické vzorce chování u žáků a snaží se přizpůsobit pedagogické postupy tak, aby efektivně reagovali na potřeby těchto jedinců.

Prevalence poruch chování se odhaduje na 5–15 % dětské a adolescentní populace, přičemž výskyt těchto poruch je častější u dětí z rodin s narušenými vztahy, známými jako disharmonické rodiny (Hutyrová, 2019).

## Problémové chování

---

Každý způsob projevů jedince navenek má své důvody, je něčím vybuzen, něčím udržován, slouží k uspokojování potřeb. Chování má také přímou souvislost s tím, jak jedinec vnímá sám sebe, se sebeúctou. O vhodnosti či nevhodnosti chování jedince usuzujeme podle toho, zda jsou jeho projevy v souladu, či v rozporu s nastavenými společenskými pravidly a normami, tedy tím, co jako normální a očekávané vnímá a hodnotí daná společnost.

Existují výjimky, kdy za chování porušující normy nelze považovat chování jedince, který není schopen chápat význam společenských norem a hodnot (např. osoba s mentálním postižením, s poruchami autistického spektra, dítě pocházející z jiného sociokulturního prostředí, dítě věkem neschopné chápat normy, vztah k vlastnictví apod.). V časové linii vývoje osobnosti můžeme nalézt také jisté tolerované odchylky chování od obecně platné normy, neboť tyto jsou vzhledem k danému vývojovému období přirozenou součástí vývoje jedince. Jako příklad můžeme uvést období tzv. puberty, kdy u dospívajících ve věku 11–15 let dochází k hlubšímu uvědomování si sebe sama a formování vlastní identity, v důsledku čehož mohou nastat změny v psychice i chování. Zde hraje významnou roli výchova, jejímž prostřednictvím lze nežádoucí projevy chování včas usměrňovat, a zabránit tak vzniku poruchy chování (srov. Essa, 2011; Hutyrová et al., 2019; Kaleja, 2020).

V období školního věku dítěte je jeho nevhodné chování označováno jako problémové. Zahrnuje širokou škálu chování, jež je v rozporu s normami a pravidly společnosti. Problémové chování se může projevovat v různých prostředích, jako je škola, rodina nebo širší společnost. V dané sociální skupině či společnosti je nežádoucí, neboť narušuje a obtěžuje své okolí, vyznačuje se opakovaným nerespektováním nastavených pravidel (např. pravidla třídy, školní řád), neschopností navazovat a udržovat sociální vazby a verbální i neverbální agresivní chování spočívající v silné reakci zlosti i na obecně banální podněty. Problémové chování může být důsledkem různých faktorů, včetně genetických predispozic, rodinného prostředí, sociálních vlivů i individuálních psychologických charakteristik osobnosti (nedostatek empatie, přemíra egocentrismu, snaha o okamžité uspokojování vlastních potřeb aj.) (Kaleja, 2015, 2019).

V rámci školy by mělo být problémové chování žáka zvládnutelné intervencí třídního učitele, u vážnějších odchylek od normy ve spolupráci se školním poradenským pracovištěm a rodinou žáka. Při opakovaných, dlouhodobých nebo neřešených projevech může problémové chování vyústit až do projevů poruchy chování. V tomto případě již vyžadovaná intervence přesahuje možnosti školy a do řešení vstupují externí subjekty (poradenská zařízení, středisko výchovné

péče aj.). Vždy je důležité mít na paměti, že při hodnocení chování je nezbytné zohlednit specifika vývojového období, v němž se jedinec nachází, i jeho sociální kontext (srov. Bělík et al., 2017; Kaleja, 2019).

O tom, zda se jedná o problémové chování, nebo již o poruchu chování, usuzujeme na základě časového období, po které se jedinec nevhodně projevuje, podle četnosti opakování a intenzity takového chování. O poruše chování, jak již bylo řečeno, hovoříme, jestliže se v průběhu jednoho roku vyskytly v chování alespoň tři nežádoucí symptomy, z nichž jeden se v posledních šesti měsících pravidelně opakuje. Problémové chování se zpravidla vyznačuje menší intenzitou a frekvencí nežádoucích projevů chování a je časově omezeno na kratší období (NPI ČR, 2019).

Dalším důležitým faktorem, který ovlivňuje to, zda u jedince půjde o problémové chování, nebo toto přeroste v poruchu chování, je jeho motivace ke změně. Ta vyžaduje silnou vnitřní motivaci, kdy jedinec své chování sám změnit chce, vnímá, že k tomu má dostatečné dispozice, a zároveň věří, že změna možná je. Důvodem ke změně může být například zlepšení fyzického a duševního zdraví, cítit se lépe sám se sebou, touha po seberealizaci, po zlepšení vztahů s rodinou, přáteli aj. Změna z nežádoucího na přijatelné chování je dlouhodobým, systematickým procesem, v němž je zapotřebí, aby si jedinec uvědomil svůj problém, pochopil důvody svého chování, rozhodl se pro změnu, získal jasnou představu o tom, čeho chce dosáhnout, a toto nové chování si udržel. Jedním z podpůrných opatření v nastavení strategie změny nežádoucího chování žáka může být individuální výchovný plán (Mertin & Krejčová, 2013). Důležitou roli v realizaci změny hraje podpora přicházející z rodiny, ze školy, od odborníků (např. psychologů, terapeutů) i z širšího okolí. U problémového chování je důležité použít cíleně specifickou intervenci, která pomáhá jedinci nahradit nevhodné chování sociálně přijatelnými vzorci (Vágnerová, 2012).

### **Příklady problémového chování:**

---

V praxi se setkáváme s rozdílnými projevy problémového chování (Jařabáč, 2018). Problém v sociální oblasti se dotýká sebepojetí jedince, častá bývá neschopnost navazovat a udržovat kontakty, přecitlivělost, závislosti, motorický neklid, nepozornost, nesoustředěnost. Dalším projevem je nerespektování pravidel a autorit, kam řadíme záškoláctví, spočívající v opakovaném vynechávání školní docházky bez oprávněného důvodu, a odpor vůči autoritám, ignorování pokynů učitelů, rodičů nebo jiných autorit. K problémům spojeným se zvládnutím zátěžových a konfliktních situací patří lhaní, tedy opakované uvádění nepravdivých informací, podvádění, při kterém jedinec záměrně klame za účelem získání výhody, a útěky či toulání.

Chování zaměřené proti vlastní osobě zahrnuje zejména sebepoškozování, jež se projevuje ve formě fyzického ubližování, například řezáním, pálením nebo úmyslným způsobováním bolesti, nebo psychickým sebepoškozováním, které se vyznačuje silnou sebekritikou, nízkým sebevědomím a depresivními stavy.

Emoční problémy mohou být zastoupeny úzkostmi, projevujícími se nadměrnými obavami a nervozitou, nebo depresí, charakterizovanou trvalým smutkem a ztrátou zájmu o běžné aktivity. K tomu se může připojit sociální izolace, která spočívá ve vyhýbání se sociálním interakcím a aktivitám, a negativismus, tedy trvalý odpor vůči návrhům a požadavkům okolí.

Dále se v této problematice objevuje agresivní chování, které může být verbální, například nadávky, urážky či vyhrožování, nebo fyzické, jako je bití, kopání, strkání a ničení majetku. K problematickým projevům se také řadí kriminální chování, zahrnující krádeže, kdy si jedinec přivlastňuje cizí majetek bez souhlasu, a vandalismus, tedy poškozování veřejného či soukromého majetku. V neposlední řadě sem spadá rizikové chování, které představuje široké spektrum aktivit s potenciálně nebezpečnými důsledky. Motivátory vedoucí jedince k problémovému chování jsou různé a spočívají v jeho neuspokojených potřebách, např. v potřebě citové jistoty a bezpečí (upoutání pozornosti, touha být členem party), v potřebě seberealizace (uznání, prestiž), v potřebě úniku z aktuálně tíživé situace, v potřebě získat materiální prostředky, v potřebě stimulace vzrušení vedoucího k uspokojení (Vágnerová, 2012).

Projevy problémového chování zahrnují nadměrné upoutávání pozornosti, které se často objevuje u dětí s citovou deprivací nebo s pocitem méněcennosti. Cílem tohoto chování může být naplnění potřeby emocionálního zabezpečení a uznání, zejména pokud je narušena rodinná dynamika, např. když dítě usiluje o stejnou pozornost jako jeho sourozenec (srov. Hutyrková et al., 2019; Kaleja, 2019; Navrátil & Mattioli, 2011).

Dalším častým jevem je negativismus, kdy dítě projevuje odpor k autoritám, odmlouvá nebo odmítá poslušnost. Toto chování se často objevuje během období vzdoru (zhruba mezi 1,5 až 5 lety), kdy si dítě začíná uvědomovat své „já“ a touží po nezávislosti. Negativismus může být rovněž výsledkem nejasně nastavených pravidel v rodině, přítomnosti rodinného napětí, nebo nedostatku pozornosti, kdy se dítě snaží získat pozornost skrze neposlušnost. Tento vzorec chování může také odrážet vývojovou nezralost, kdy dítě ještě nemá dostatečně rozvinuté schopnosti pro regulaci emocí a chování, což vede k afektivním reakcím (Faber a Kong, 2023). Lhaní může sloužit jako úniková strategie k vyhnutí se nepříjemné situaci či následkům, nebo jako prostředek k získání pozornosti, zejména pokud je dítě přehlíženo. Malé děti často

experimentují s realitou a nerozlišují mezi fantazií a skutečností. Lhaní může také vyplynout z nedostatku sebevědomí a snahy zapadnout mezi vrstevníky (Mynaříková, 2015).

Útěk a toulání bývají reakcí na stresující prostředí, které dítě považuje za ohrožující. Příčinou mohou být konflikty v rodině, obavy z reakce rodičů, zkušenosti s týráním, zanedbáváním nebo potíže s vrstevníky, jako je šikana. Dítě může také postrádat dostatečnou citovou vazbu k rodině a lidem v jeho okolí, což přispívá k pocitu „nezakotvenosti“.

Agrese, ať už fyzická, nebo verbální, přesahující přirozenou reakci, bývá důsledkem nedostatku sociálních dovedností a schopnosti vyjádřit své potřeby jiným způsobem. Často vzniká na základě frustrace, stresu či nedostatku lásky a pozornosti. K agresivnímu chování může přispět také napodobování vzorců chování dospělých nebo médií, genetické a biologické faktory, případně psychické problémy jako úzkost, deprese nebo poruchy chování (Martínek, 2015).

Mimo výše uvedené negativní odchylky od normy existují také pozitivní anomálie v chování (např. sebeobětování, altruismus), ty se však za problémové nepovažují.

## **Rizikové chování**

---

Za problémové se označuje také chování, které v sobě nese jistá rizika. V problematice rizikového chování je často operováno s nejednotnou terminologií. Mohou za to různá teoretická východiska či zdůraznění sociálního, zdravotního či normativního kontextu. V českých pramenech nalézáme pojmy jako abnormální chování, agresivní chování, antisociální chování, asociální chování, delikvence, disociální chování, návykové chování, kriminální chování či nepřizpůsobivé chování. Pojem rizikové chování můžeme chápat jako pojem nadřazený těmto termínům (Sobotková, 2014).

Pojem rizikové chování je tedy relativně nový, nahradil dříve používané slovní spojení „sociálně-patologické jevy“ (Hartl, 2004; Fišer a Škoda, 2024). Za rizikové je označováno chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost (Miovský, 2015, str. 28-29). Toto chování často zahrnuje aktivity, které jsou potenciálně nebezpečné nebo škodlivé, přímo nebo nepřímo ústí v poruchu chování (psychosociální nebo zdravotní poškození jedince), může poškozovat jiné osoby, majetek nebo prostředí. Může se projevovat v různých oblastech života, jako je zdraví, bezpečnost, sociální vztahy i právní problémy.

Rizikové chování zahrnuje širokou škálu aktivit s potenciálně vážnými negativními důsledky, které mohou ohrožovat jak zdraví a bezpečí jedince, tak sociální prostředí, ve kterém se nachází. Mezi tyto aktivity patří závislostní chování, zahrnující užívání návykových látek, závislost na technologiích (netolismus) a gambling. Nebezpečné sexuální chování je další významnou

kategorií, kam spadají nechráněné sexuální styky, promiskuita nebo zapojení do sexuálních aktivit v nízkém věku (Kardaras, 2021).

Dalšími projevy rizikového chování jsou poruchy příjmu potravy, které často souvisejí s komplexními emocionálními a psychickými problémy. V oblasti mezilidských interakcí se pak objevují formy agrese, jako je šikana, kyberšikana či další rizikové formy komunikace přes multimediální platformy (Brown, 2017). Násilné chování se může projevit jak v osobních vztazích, jako je domácí násilí, tak ve veřejném prostoru formou vandalismu. Dalšími rizikovými faktory jsou negativní působení sekt a podpora extrémistických a netolerantních postojů, jako jsou antisemitismus, rasismus, xenofobie nebo homofobie.

Kriminální aktivity spojené s rizikovým chováním zahrnují krádeže, loupeže, vydírání a vyhrožování, které mohou mít vážné právní následky. Rizikové chování se může projevit i formou sebepoškozování, například řezáním či pálením. V některých případech se jedinci zapojují do extrémních sportů nebo jiných riskantních fyzických aktivit bez adekvátní přípravy či bezpečnostních opatření, což může vést k vážným zraněním (Martínek, 2015).

Dále sem patří rizikové chování v dopravě, projevující se například porušováním pravidel silničního provozu, a záškoláctví, kdy se jedinec vyhýbá školní docházce, případně i útěky z domova.

Názorné příklady konkrétních projevů rizikového chování uvádí tabulka č. 2.

<b>Příklady rizikového chování</b>	<b>Situace</b>	<b>Důsledky</b>
Užívání návykových látek	Adolescent začne experimentovat s alkoholem a drogami na večírcích.	Zvýšené riziko závislosti, zdravotní problémy, problémy ve škole a v rodině.
Nebezpečné sexuální chování	Mladý člověk se zapojuje do nechráněného sexu s více partnery.	Riziko pohlavně přenosných nemocí, nechtěné těhotenství, emocionální a psychické problémy.
Sebepoškozování	Jedinec se uchyluje k řezání nebo pálení kůže jako způsobu zvládnání stresu.	Fyzické zranění, infekce, dlouhodobé psychické problémy.
Kriminální aktivity	Skupina mladistvých se zapojuje do vandalismu a krádeží.	Právní problémy, trestní stíhání, negativní dopad na budoucí kariérní možnosti.
Hazardní hraní	Jedinec tráví značné množství času a peněz na hazardních hrách.	Finanční problémy, závislost, sociální izolace.
Záškoláctví a útěky z domova	Dítě pravidelně vynechává školu a utíká z domova.	Zhoršení školního prospěchu, zvýšené riziko kriminality, problémy v rodinných vztazích.
Riskantní sportovní aktivity	Mladý člověk se věnuje extrémním sportům bez adekvátního zabezpečení.	Vysoké riziko úrazů, trvalé zdravotní následky, finanční náklady na léčbu.
Rychlá jízda	Mladý řidič pravidelně překračuje povolenou rychlost a riskuje nebezpečné manévry.	Zvýšené riziko dopravních nehod, právní postihy, ohrožení života a zdraví.

*Tab. 2 příklady rizikového chování*

Výčet základních forem rizikového chování je obsažen v Metodickém doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (2010), které vydalo MŠMT. Tento dokument vymezuje aktuální terminologii, začlenění prevence do školního vzdělávacího programu a školního řádu, popisuje jednotlivé instituce v systému prevence a úlohu pedagogického pracovníka. Obsahuje tematicky zaměřené přílohy (jejich současný výčet obsahuje tabulka č. 3) s uvedením charakteristik jednotlivých forem rizikového chování a jejich projevů. Doporučení je koncipováno jako metodická pomoc školám a školským zařízením při řešení rizikového chování.

č. p.	Forma rizikového chování
1	Návykové látky
2	Rizikové chování v dopravě
3	Poruchy příjmu potravy
4	Alkohol
5	Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě ve škole
6	Školní šikana
7	Kyberšikana a další formy kybernetické agrese
8	Homofobie
9	Extremismus, rasismus, xenofobie, antisemitismus
10	Vandalismus
11	Záškoláctví
12	Krádeže
13	Tabákové výrobky, výrobky určené ke kouření a nikotinové sáčky
14	Krizové situace spojené s ohrožením násilím ve školním prostředí, z vnějšího i vnitřního prostředí
15	Netolismus
16	Sebepoškozování
17	Nová náboženská hnutí
18	Rizikové sexuální chování
19	Příslušnost k subkulturám
21	Hazardní hraní
22	Dodržování pravidel prevence vzniku problémových situací týkajících se žáků s PAS
23	Krizový plán pro prevenci vzniku problémových situací týkajících se žáka s PAS
24	Psychická krize/duševní onemocnění žáka
25	Sebevražedné chování

*Tab. 3 formy rizikového chování dle Metodického pokynu MŠMT*

## **Symptomatologie problémového a rizikového chování**

Problémové a rizikové chování často vychází z komplexního působení různých faktorů, které se navzájem prolínají a ovlivňují. Mezi hlavní příčiny patří především biologické faktory, jako jsou neurologické abnormality, které mohou zahrnovat poruchy ve zpracování nervových impulzů nebo hormonální nerovnováhu, např. v úrovni testosteronu či serotoninu, a také perinatální komplikace. Genetické predispozice rovněž hrají významnou roli, zejména

v případě chromozomálních anomálií, které mohou zvyšovat riziko problémového chování (Hutyrová et al., 2019).

Rodinné prostředí je dalším klíčovým faktorem, kde dysfunkční rodinné vztahy, nedostatek rodičovské kontroly, absence pozitivních vzorů a negativní socioekonomické postavení mohou mít zásadní vliv. Rovněž mohou působit závažná psychická onemocnění rodičů, nedostatečné materiální zajištění, nespokojování základních biologických a psychických potřeb dítěte, nebo dokonce vystavení násilí či zneužívání.

K formování rizikového chování přispívají také sociální vlivy, včetně vlivu vrstevníků, sociální izolace a negativních zkušeností ve školním prostředí. Psychologické faktory hrají svou roli v podobě nízkého sebevědomí, hledání náhradního uspokojení, emoční deprivace, přítomnosti deprese a úzkosti, ale také poruch v adaptaci, bipolárních poruch a disharmonického vývoje osobnosti. Kulturní a společenské faktory rovněž ovlivňují rizikové chování, zejména prostřednictvím převládajících společenských norem a hodnot, mediálního vlivu a také dostupnosti návykových látek, které mohou jednání jednotlivce významně usměrňovat (Hutyrová et al., 2019).

## **Prevence rizikového chování**

---

Prevence rizikového chování zahrnuje strategie a postupy zaměřené na snížení nebo eliminaci nežádoucího chování. Je realizována prostřednictvím subjektů angažovaných v dané oblasti. Jde o podporu a intervenci poskytovanou pedagogickými pracovníky ve vzdělávání, o podporu ze strany rodiny a komunity, o dostupnost poskytovaných poradenských služeb a odborné pomoci.

Podstatou školské primární prevence rizikového chování je předcházení vzniku rizikového chování. Primární prevence tedy cílí na žáky a studenty, kteří se rizikově neprojevují, rizikové chování se u nich dosud nevyskytlo. Další úroveň prevence rizikového chování je prevence sekundární. Její principy se aplikují na osoby, které již s rizikovým chováním mají vlastní zkušenost. Cílem je včasný záchyt projevů (diagnóza) již nastartovaného rizikového chování, zahájení intervence proti existujícím rizikovým faktorům a zabránění jeho dalšího rozvoje. Cílem terciární prevence je předcházení zdravotním nebo sociálním potížím v důsledku rizikového chování, omezení progresu rizikového chování a zabránění jeho opakování (srov. Miovský, 2015; MŠMT, 2019).

Ministerstvo školství popisuje primární prevenci v širším slova smyslu jako výchovu ke zdravému životnímu stylu a k rozvoji pozitivního sociálního chování a rozvoji psychosociálních dovedností a zvládání zátěžových situací osobnosti.

## Primární prevence rizikového chování

---

Termín primární prevence rizikového chování v sobě zahrnuje jakýkoliv typ intervencí (výchovných, vzdělávacích, sociálních, zdravotních aj.), které cílí na prevenci, tedy předcházení výskytu rizikového chování, zamezení jeho progresu, zmírnění již existujících forem rizikového chování včetně poskytování pomoci při řešení jeho důsledků (Miovský, 2015, str. 28).

Doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (Metodický pokyn, 2010), které je metodickým materiálem obsahujícím přehled základních forem rizikového chování, je součástí Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže, strategického dokumentu MŠMT, který vytváří základní rámec politiky primární prevence rizikového chování v České republice. Aktuálně je platná Národní strategie pro období let 2019–2027 (2019). Politika primární prevence stojí na šesti pilířích (systém; koordinace; legislativa; vzdělávání; financování; monitoring, hodnocení a výzkum), k nimž jsou stanoveny cíle a priority.

Systematicky je primární prevence členěna do tří úrovní (MŠMT, 2019):

- všeobecná primární prevence – zaměřena na běžnou populaci dětí a mládeže, zohledňuje se pouze věkové složení a specifické faktory (např. sociální), spadají sem preventivní programy pro kolektivy tříd atp.,
- selektivní primární prevence – cílí na skupiny ohrožené přítomností rizikových faktorů, rizikové skupiny je možné identifikovat na základě biologických, psychologických, sociálních nebo environmentálních rizikových faktorů, podle věku, pohlaví, rodinné historie, místa bydliště, úrovně sociálního znevýhodnění, realizují se selektivní programy na míru dané skupině,
- indikovaná primární prevence – zaměřuje na jedince nebo skupinu výrazně ohroženou nebo s projevy rizikového chování, je poskytována specifická intervence s cílem co nejdříve podchytit problém, vyhodnotit potřebnost a zahájit intervenci.

Primární prevence je koordinovaným procesem, který probíhá na dvou vzájemně propojených úrovních: centrální a krajské (místní) úrovni. Tato prevence je koncipována v souladu s horizontální linií, tedy meziřesortní koordinací, která nese strategickou odpovědnost za realizaci Národní strategie. Současně je řízena vertikální linií, která zahrnuje státní, krajskou a místní úroveň. Tento přístup umožňuje koordinaci preventivních aktivit na regionální a místní úrovni s ohledem na specifické místní podmínky a potřeby. Vertikální linie zároveň zodpovídá za to, že intervence je v souladu s určenými cíli, zásadami a doporučenými postupy.

Mezi hlavní aktéry na vertikální úrovni patří krajský školský koordinátor prevence, metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně, školní metodik prevence a také třídní učitelé spolu s dalšími pedagogickými pracovníky školy (MŠMT, 2019).

Dalším možným pohledem na primární prevenci rizikového chování je její rozdělení na specifickou a nespecifickou. Specifická primární prevence rizikového chování je cílená na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování žáků. Nespecifická pak zahrnuje všechny aktivity bez přímé souvislosti s rizikovým chováním. Spadají sem aktivity spojené se smysluplností využívání volného času, zájmové vzdělávání, sportovní aktivity aj., které svou podstatou napomáhají v šíření osvěty, v rozvoji pozitivního sociálního chování, přijímání odpovědnosti za vlastní jednání i snižování rizika vzniku rizikového chování (Pavlas Martanová, NPI ČR).

## **Diagnostika a intervence poruch chování, problémového a rizikového chování**

---

Pro účinnou intervenci a podporu jedinců s poruchou chování, problémovým a rizikovým chováním je zásadní kvalitní diagnostika. Diagnostický proces probíhá v několika fázích. Prvním krokem je screening, tedy prvotní identifikace potenciálně nežádoucího chování, která je prováděna prostřednictvím dotazníků, rozhovorů či pozorování. Následuje podrobnější hodnocení chování, které zahrnuje rozhovory s jednotlivcem, jeho rodinou a dalšími relevantními osobami a používání specifických diagnostických nástrojů (Hutyrová, 2019). Součástí diagnostiky je i identifikace rizikových a protektivních faktorů. Tento krok zahrnuje zkoumání faktorů, jež mohou přispívat k nežádoucímu chování, jako jsou například rodinné problémy a sociální vlivy, a také ochranných faktorů, mezi něž patří silné sociální vazby nebo podpora ze strany rodiny. Na základě těchto zjištěných informací je pak vytvořen intervenční plán, který zahrnuje preventivní a terapeutické strategie zaměřené na snížení výskytu problematického chování.

Diagnostika si klade za cíl identifikovat specifické problémy a jejich příčiny, aby bylo možné navrhnout účinné intervence. Mezi hlavní diagnostické metody patří pozorování, které umožňuje systematické sledování chování jedince v různých situacích, přičemž většina projevů problémového chování je zřejmá již na první pohled. Další metodou jsou dotazníky a rozhovory, využívající strukturované nástroje k získání informací od jedince, jeho rodičů a učitelů. Psychologické testy představují standardizované nástroje pro hodnocení kognitivních a emocionálních aspektů chování. Důležitou součástí diagnostiky je rovněž analýza anamnézy,

kteřá zahrnuje zkoumání předchozích záznamů a historie chování jedince. Výsledky diagnostického procesu jsou základnou pro nastavení efektivní intervence při řešení nežádoucího chování nebo volbu vhodné terapeutické metody (srov. Hutyřová et al., 2019; Kaleja, 2020).

Intervence v oblasti poruch chování, problémového a rizikového chování zahrnují kombinaci různých strategií a postupů zaměřených na eliminaci nežádoucích projevů chování (Hutyřová et al., 2019). Tyto intervence mohou být preventivní nebo reaktivní, v závislosti na tom, zda se zaměřují na prevenci vzniku problémového a rizikového chování, nebo jsou aplikovány jako reakce na již existující obtíže.

Preventivní formy intervencí zahrnují vzdělávání a osvětu, při níž jsou jednotlivci informováni o rizicích spojených s určitými druhy chování a zároveň vybaveni potřebnými nástroji a dovednostmi k jejich zvládnutí. Dalším přístupem jsou školní a pracovní programy, které se zaměřují na prevenci rizikového chování v rámci školních institucí a na pracovištích prostřednictvím besed, školení, workshopů či podpůrných skupin. Významnou roli v prevenci hraje i podpora rodiny a širší komunity, kdy je zapojení rodiny a sociálního okolí podpořeno např. rodinnou terapií a komunitními programy.

Reaktivní formy intervencí zahrnují poradenství a terapie, a to jak individuální, tak skupinové, které pomáhají jedincům pochopit příčiny jejich chování a nalézt cesty ke změně. Mezi další zásadní formy reaktivní podpory patří krizová intervence, jež poskytuje okamžitou pomoc v akutních situacích, např. při domácím násilí či závislosti na návykových látkách. Tyto intervence jsou klíčové pro prevenci a řešení nežádoucího chování a mohou výrazně přispět k lepšímu fyzickému a psychickému zdraví jednotlivců (Svoboda et al., 2021).

Ve školním prostředí je cílem intervence podpora pozitivního chování, prevence rizikového chování a náprava problémového chování (často označovaného jako nekázeň). Vedle přímého působení pedagogických pracovníků, zejména třídních učitelů, tato školní intervence zahrnuje programy a strategie aplikované k podpoře pozitivního chování a prevenci problémového chování. Každý jednotlivý učitel využívá všeobecně platné i své vlastní postupy a metody, které se mu časem v rámci jeho pedagogické praxe osvědčily, na pozitivní změnu v chování žáka měly pozitivní dopad a zpravidla byly a jsou v dané situaci účinné (srov. Kaleja, 2019; Bendl, 2016).

Obecně osvědčenými postupy doporučenými při řešení nežádoucího chování žáků jsou pozitivní přístup učitele, nenálepkování žáků, učitelův objektivní přístup k žákům a jeho „čitelnost“ v jednání a chování, trpělivost, důslednost, respekt, cílení intervence a posilování silných stránek žáka, ocenění pokroku při změně chování žáka, jednoznačné a srozumitelné

zadávání pokynů, mírné a žákem akceptovatelné postihy za nevhodné jednání, posilování sebekontroly žáka a jeho sebehodnocení, častá zpětná vazba, učitelova frustrační tolerance a odolnost proti stresové zátěži. Jako podpůrné metody v identifikaci a řešení nežádoucího chování dítěte a identifikace silných či slabých míst v přístupu učitele k řešení tohoto chování mohou pomoci také supervize nebo mentoring učitelů (srov. Divoká, 2017; Kaleja, 2015, 2019). Pokud učitelovy strategie nefungují a není účinná ani změna jeho stylu výuky (řešení problému je nad jeho síly), může požádat o podporu školního poradenského pracoviště, využít některý z programů na podporu pozitivního chování žáků, případně konzultovat s rodiči možnou pomoc dalších odborníků.

Řešení nežádoucího chování, na které již škola nestačí, je možné prostřednictvím různých terapeutických metod a postupů. Terapie jsou poskytovány vyškolenými terapeuty, (psychologové, psychiatři, odborníci na duševní zdraví). V etopedické praxi jsou nejčastěji používány tři základní terapeutické metody (srov. Kroupová et al., 2016; HutYROVÁ et al., 2019). Behaviorální terapie je metoda zaměřená na změnu chování jedince, která využívá techniky systematické desenzibilizace a expozice, kdy je jedinec vystavován stresujícím situacím s cílem posílit jeho odolnost proti úzkosti, nebo techniku pozitivního posilování využívající odměny jako faktorů posilujícího pozitivní chování.

Kognitivně-behaviorální terapie vychází z předpokladu, že nežádoucí chování je z části ovlivněno narušením kognitivních procesů. Její metody spočívají v nácviku řešení problémů (angl. problem solving training). Terapeut učí dítě zvládat problémové situace jinými, vhodnějšími formami chování. Podstatou terapeutické metody je práce s emocemi a myšlenkami, které tyto emoce vyvolávají. Cílem je změnit nežádoucí chování dítěte prostřednictvím posilování pozitivního a eliminací negativního chování. Je účinná při léčbě rizikového chování (např. užívání návykových látek, sebepoškozování, kriminální aktivity). Používá techniku kognitivní restrukturalizace (identifikace a změna negativních myšlenkových vzorců), behaviorálního experimentu (testování nových způsobů chování v reálných situacích), nácviku sociálních dovedností (interpersonálních dovedností a řešení konfliktů).

Pracuje se také s rodiči dítěte, aby dokázali identifikovat problémové chování dítěte a byli schopni intervenovat ve smyslu žádoucího sociálního učení a vést dítě ke změně myšlení a chování. Rodinná terapie slouží také k podpoře změn v rodinné dynamice a zlepšení komunikace a vztahů uvnitř rodiny. Strukturální rodinná terapie se zaměřuje na reorganizaci rodinných struktur, strategická pomáhá v řešení problémů a změně chování, systémová analyzuje a mění vzorce komunikace a vztahů v rodině (HutYROVÁ et al., 2019).

Úspěšná diagnostika a intervence eliminující rizikové chování vyžaduje multidisciplinární přístup a kooperaci mezi odborníky, rodinou a školou, včetně aplikace vhodných kombinací terapeutických metod a technik s ohledem na individuální potřeby řešeného jedince.

## **Poradenství u jedinců s poruchou chování, problémovým a rizikovým chováním**

---

Etopedické poradenství představuje specializovanou oblast poradenství v rámci speciální pedagogiky. Jedná se o zaměřený a řízený proces, který má za cíl provázet jedince při řešení jeho aktuální situace, naplňování jeho osobních cílů a efektivnější využívání jeho možností (Hadj-Mousová, 2004). Etopedické poradenství představuje komplexní spektrum intervenčních přístupů, které mají za cíl podpořit jedince s PPR chování a jejich okolí. Mezi hlavní formy etopedického poradenství patří vedení a informování klienta, což zahrnuje poskytování osvětových a výchovných informací, které mu pomáhají lépe porozumět jeho situaci a možnostem řešení. Dalším důležitým aspektem je poradenství v užším smyslu, které představuje interaktivní proces zaměřený na analýzu klientovy situace a hledání efektivních řešení. Tento proces zahrnuje aktivní zapojení klienta, což mu umožňuje reflektovat vlastní myšlenky a pocity a zároveň rozvíjet dovednosti potřebné k úspěšnému zvládnutí problémů.

Etopedické poradenství je v české společnosti vnímáno a uplatňováno v různých kontextech, které jsou také úzce spojeny s výchovným a vzdělávacím procesem. Tyto kontexty můžeme rozdělit do dvou hlavních kategorií, rodinné a vzdělávací. V rámci rodiny zahrnuje etopedické poradenství primární, ranou socializaci v přirozeném rodinném prostředí. V tomto prostředí se formují výchovné styly, modely a limity, které mají zásadní vliv na rozvoj dítěte a jeho chování. Vzdělávací kontext pak zahrnuje sekundární socializaci, která probíhá ve školním a mimoškolním prostředí. Školní etopedické poradenství je součástí komplexního systému podpory žáků ve školách, zaměřeného na prevenci, diagnostiku a intervenci žáků s PPR chování. Můžeme jej členit do dvou odnoží, a to do externího a interního.

Součástí toho interního jsou ředitelé škol, třídní učitelé, běžní učitelé a školní poradenská pracoviště, mezi které zařazujeme odborníky, jako jsou např. školní metodik prevence, výchovný poradce, školní psycholog, školní speciální pedagog a sociální pedagog. Mezi hlavní cíle tohoto pracoviště patří včasná intervence zaměřená na aktuální problémy, které mohou postihovat jednotlivé žáky nebo celé třídní kolektivy. Kromě toho školní poradenské pracoviště nabízí kariérní poradenství a udržuje úzkou spolupráci s dalšími poradenskými institucemi, včetně orgánů sociálně-právní ochrany dětí, policie a zdravotnických zařízení.

Externí poradenství představuje důležitou úroveň podpory poskytovanou mimo školní prostředí prostřednictvím školských poradenských zařízení, jako jsou pedagogicko-psychologické poradny (PPP), speciálně pedagogická centra (SPC) a střediska výchovné péče (SVP).

V rámci etopedického poradenství hrají podstatnou roli střediska výchovné péče tím, že poskytují specializovanou podporu žákům s výchovnými a behaviorálními problémy. Proto jim je v následujícím textu věnována větší pozornost než PPP či SPC. Odborně diagnostikují problémové a rizikové chování a ve spolupráci s učiteli, poradci a rodiči vytvářejí individuální výchovné plány zaměřené na zvládnání emocí a posilování sociálních dovedností. Odborníci z SVP mohou přímo ve školách poskytovat konzultace a podporu pedagogům při řešení výchovných obtíží.

SVP rovněž organizují skupinové terapeutické a intervenční programy, např. preventivní aktivity na podporu mezilidských vztahů a zvládnání stresu, a zajišťují krizovou intervenci v akutních případech, jako je násilné chování či sebepoškození. Nedílnou součástí činnosti SVP je i spolupráce s rodiči, kterým poskytují rodinné poradenství, čímž podporují efektivnější komunikaci mezi rodinou a školou a zajišťují stabilní výchovné prostředí pro děti.

## **Shrnutí**

---

Chování je způsob, jakým se člen společnosti projevuje navenek. Je souhrnem pro okolí patrných reakcí jedince na změnu situace nebo prostředí. Jedinec s poruchou chováním, problémovým a rizikovým chováním svou speciálněpedagogickou podstatou spadají do etopedické oblasti. Porucha chování (PCH) je definována jako negativní odchylka od společensky uznávaných norem, která se projevuje nevhodným chováním, jež může eskalovat až k delikvenci. Problémové chování je charakterizováno jako chování nerespektující sociální normy, neschopnost navazovat a udržovat přijatelné sociální vztahy a verbální i neverbální agresivní chování spočívající v silné reakci zlosti i na banální podněty. Rizikové chování je chování jedince, které zvyšuje pravděpodobnost negativních následků a vzniku škod pro jednotlivce nebo pro okolní společnost. Prevence rizikového chování je systém strategií a postupů zaměřených na snížení nebo eliminaci nežádoucího chování. Je řízená státem prostřednictvím Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže. Má tři úrovně v závislosti na míře ohrožení a výskytu rizikového chování (primární, sekundární, terciární). Specifická primární prevence rizikového chování se zabývá jednotlivými formami rizikového chování žáků, nespecifická zahrnuje všechny aktivity bez přímé souvislosti s rizikovým chováním. Diagnostika poruch chování, problémového a rizikového chování

zahrnuje screening, hodnocení a identifikaci rizikových a protektivních faktorů chování s cílem naplánovat vhodnou intervenci. Intervence v rámci nežádoucího chování zahrnuje různé strategie a postupy zaměřené na snížení nebo eliminaci chování, které může mít negativní důsledky pro jednotlivce nebo společnost. Intervence mohou být preventivní, nebo reaktivní. Etopedické poradenství je specializovaná oblast v rámci speciální pedagogiky, která se zaměřuje na podporu jednotlivců při řešení jejich aktuálních situací a naplňování osobních cílů. Tento proces zahrnuje komplexní spektrum intervenčních přístupů, které pomáhají lidem s nežádoucím chováním a jejich okolí.

## Použité zdroje

---

- Bělík, V., Hoferková, S., Kraus, B., & kol. (2017). *Slovník sociální patologie* (s. 66). Praha: Grada.
- Bendl, S., Hanušová, J., & Linková, M. (2016). *Žák s problémovým chováním: cesta institucionální pomoci*. Praha: Triton.
- Brown, J. (2017). *Online risk to children: impact, protection and prevention*. New Jersey: Wiley Blackwell.
- Divoká, J. (2017). *Jak podpořit dítě s problémovým chováním ve škole: Z pohledu dítěte, rodiče a učitele*. Praha: Pasparta.
- Essa, E. (2011). *Jak pomoci dítěti: metody zvládání problémů dětí v předškolní výchově*. Brno: Computer Press.
- Faber, J. a King, J. (2023). *Jak mluvit s dětmi, když neposlouchají: odmouvání, záchvaty vzteku, vzdor a další nesnáze dětství*. Překlad Kadlecová E. Brno: CPress.
- Fischer, S. a Škoda, J. (2024). *Sociální patologie: forenzněpsychologický rozbor vybraných sociálněpatologických jevů. 3., rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada.
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník* (s. 88, 201). Praha: Portál.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál.
- Hutyrová, M., & kol. (2019). *Děti a problémy v chování: Etopedie v praxi*. Praha: Portál.
- Jařabáč, I. (2018). *Kontrakt (dohoda) jako předpoklad reedukace žáka s poruchou emocí a chování na základní škole. Ze zkušeností pedagogů*. Ostrava: Montanex.
- Kaleja, M. (2015). *Základy etopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita.

- Kaleja, M. (2019). *Sociologie dětství a dítěte*. Opava: Slezská univerzita v Opavě
- Kaleja, M. (2020). *Etopedická diagnostika a prevence*. Opava: Slezská univerzita v Opavě.
- Kardaras, N. (2021). *Svítilící děti: závislost na moderních technologiích a jak se jí zbavit*. Překlad D. Slepánková. Brno: Zoner Press.
- Komárek, S. (2008). *Obraz člověka a přírody v zrcadle biologie*. Praha: Academia.
- Kroupová, K., & kol. (2016). *Slovník speciálněpedagogické terminologie: Vybrané pojmy* (s. 228, 233). Praha: Grada.
- Martínek, Z. (2015). *Agresivita a kriminalita školní mládeže. 2., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5309-6.
- Mertin, V., & Krejčová, L. (2013). *Problémy s chováním ve škole – jak na ně: individuální výchovný plán*. Praha: Wolters Kluwer.
- Miovský, M. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství* (2. přepracované a doplněné vydání). Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.
- Mynaříková, L. (2015). *Psychologie lži*. Psyché. Praha: Grada.
- Nakonečný, M. (2013). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Navrátil, S., & Mattioli, J. (2011). *Problémové chování dětí a mládeže*. Praha: Grada.
- NPI ČR. (2019). *Inkluze v praxi – Poruchy chování a jak na ně*. Praha: Národní pedagogický institut České republiky.
- Pavlas Martanová, V. (n.d.). *Specifická a nespecifická prevence rizikového chování*. Praha: Národní pedagogický institut České republiky.
- Potměšilová, P. (2013). *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. Parta.
- Pugnerová, M., & Kvintová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. Grada.
- Sapolsky, R. M. (2017). *Chování: Biologie člověka v dobrém i ve zlém*. Praha: Academia.
- Slomek, Z. (2010). *Etopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2021). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (Vydání čtvrté). Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (s. 786). Praha: Portál.

Vojtová, V. (2010). *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku poruch chování a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Muni Pres. ISBN 978-80-210-5159-1.

Vojtová, V. (2008). *Úvod do etopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Paido.

Vojtová, V. (2013). *Kapitoly z etopedie I*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita.

Žolnová, J. (2013). *Základy pedagogiky psychosociálně narušených*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity.

## Elektronické zdroje

---

Practical Health Psychology. (n.d.). *Title of the specific page or article*. Retrieved October 15, 2024, from <https://practicalhealthpsychology.com/>

Inkluzivní škola. (n.d.). *Název konkrétní stránky nebo článku*. Retrieved October 15, 2024, from <https://inkluzivniskola.cz/>

Česká televize. (n.d.). *Podpora žáků v riziku a s poruchami chování – ČT edu*. Retrieved October 15, 2024, from <https://edu.ceskatelevize.cz/storage/worksheet/ochrance/podpora-zaku-s-pouchami-chovani.pdf>

Česká republika, MŠMT. (2019). *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027*. Praha: MŠMT. Retrieved from [https://msmt.gov.cz/uploads/narodni\\_strategie\\_primarni\\_prevence\\_2019\\_27.pdf](https://msmt.gov.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf)

Česká republika. (2004). *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. Sbíрка zákonů České republiky. Retrieved from <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

Česká republika. (2005). *Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. Sbíрка zákonů České republiky. Retrieved from <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>

Česká republika. (2016). *Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*. Sbíрка zákonů České republiky. Retrieved from <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2016). *Metodický pokyn k prevenci a řešení šikany ve školách a školských zařízeních č.j. MSMT-21149/2016*. Praha: MŠMT. Retrieved from [https://msmt.gov.cz/file/38988\\_1\\_1/](https://msmt.gov.cz/file/38988_1_1/)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2010). *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010-28*. Praha: MŠMT. Retrieved from <https://msmt.gov.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2024). *Metodické doporučení k prevenci a postihu záškoláctví a omlouvání žáků z vyučování*. Praha: MŠMT. Retrieved from <https://msmt.gov.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/metodicke-doporuceni-msmt-k-prevenci-a-postihu-zaskolactvi>

# Speciální pedagogika osob s poruchou autistického spektra

PhDr. Petr Adamus, Ph.D.

## Teoretický úvod a historický kontext

---

Poruchy autistického spektra (PAS) jsou skupinou vývojových poruch, které se projevují již od raného věku a významně narušují komunikační dovednosti, sociální interakci, vnímání a exekutivní funkce. Důsledkem bývá často nestandardní chování, které snižuje adaptační schopnosti jedince a jeho fungování v běžném životě. Osoby s PAS představují pro rodiny značnou psychickou zátěž, přičemž sociální a společenské dopady jsou rovněž významné. Termín „spektrum“ vyjadřuje různorodost symptomů a míry postižení, která se pohybuje od těžkých forem vyžadujících celodenní péči až po jedince, kteří žijí samostatně a zakládají rodiny. V průběhu života se symptomy mohou měnit, avšak většina dětí s diagnózou autismu si tuto poruchu nese po celý život.

Termín „*autismus*“ byl poprvé použit v roce 1911 švýcarským psychiatrem Eugenem Bleulerem, který jej využil k popisu jednoho ze symptomů schizofrenie – odtažení od reálného života a ponoření se do vnitřního světa fantazie. Bleuler popisoval toto myšlení jako neproduktivní a pasivní, blíže charakterizované jako forma snění (Thorová, 2016). Důležitým mezníkem v historii autismu byl rok 1943, kdy americký psychiatr Leo Kanner publikoval článek „*Autistická porucha afektivního kontaktu*“. Kanner v něm popsal 11 případů dětí s příznaky podobnými schizofrenii, které se však lišily časným začátkem a absencí dřívějších sociálních vazeb. Mezi hlavní projevy patřilo extrémní samotářství, stažení se do vlastního světa, neschopnost navázat afektivní vztahy, stereotypní pohyby, vyhýbání se očnímu kontaktu a lpění na rituálech. Kanner tuto poruchu označil jako „*časný dětský autismus*“ (Vermeulen, 2006; Adamus, 2017). Ve stejné době, v roce 1944, publikoval Hans Asperger svou práci „*Autističtí psychopati v dětství*“, kde popsal čtyři děti s těžkou poruchou sociální interakce, se stereotypními zájmy a motorickou neobratností, přičemž jejich řeč a inteligence byly normální nebo nadprůměrné. Aspergerova práce se stala známou v anglicky mluvících zemích až v roce

1981, kdy britská lékařka Lorna Wingová použila termín „*Aspergerův syndrom*“ (Hrdlička & Komárek, 2004; Thorová, 2012).

Jak uvádí Hrdlička & Komárek (2014), dominovaly v 50. a 60. letech teorie emocionálních příčin autismu, které vedly k tomu, že děti s autismem byly považovány za nevzdělatelné a neschopné komunikace. Psychoanalytický přístup podporoval hypotézu, že autismus je důsledkem citově chladné výchovy, a obviňoval rodiče, zejména matky, z nesprávného zacházení s dítětem. Tento názor zastávali například Margaret Mahlerová a Bruno Bettelheim. Konec 60. let však přinesl zásadní zlom, když Bernard Rimland (1964) ve své knize „*Dětský autismus*“ odmítá teorii o chladných rodičích a definuje autismus jako neurobiologickou poruchu organického původu. Vliv psychoanalýzy tak začal slábnout. Rimlandovo úsilí se nakonec stalo základem změny pohledu odborné veřejnosti na autismus.

S nástupem experimentální psychologie se na přelomu 60. a 70. let změnilo postoje k výchově a vzdělávání dětí s autismem, a vznikaly nové intervenční techniky. Rodiče byli zbaveni obvinění z příčiny poruchy a autismus byl začleněn mezi vrozené vývojové poruchy, které negativně ovlivňují porozumění, komunikaci a chování. Koncem 70. let se teorie o organickém poškození mozku jako příčině autismu stala všeobecně přijímanou. Autismus byl v roce 1968 zařazen mezi dětské psychózy v Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM) Americké psychiatrické asociace, stejně tak v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) z roku 1977. Definice autismu byla poprvé zahrnuta do DSM-III v roce 1980 pod pojmem pervazivní vývojová porucha (PDD). Pojem „*poruchy autistického spektra*“ navrhly koncem 70. let Lorna Wingová a Judith Gouldová, čímž byla zdůrazněna různorodost této poruchy (Vocilka, 1996; Thorová, 2016). Toto označení je užíváno i v současnosti.

## **Etiopatogeneze poruch autistického spektra**

---

V souvislosti s výrazným nárůstem diagnostikovaných případů autismu se hovoří o tzv. „*epidemii autismu*“. Kvalifikované odhady naznačují, že za posledních pět dekad došlo k nárůstu až o 600 %. Tento nárůst lze vysvětlit především zlepšenými diagnostickými nástroji, které umožňují odborníkům lépe rozeznávat a diagnostikovat poruchy autistického spektra (PAS), a také rozšířením diagnostických kritérií. Weintraub (2011) analyzuje tento trend a uvádí, že přibližně 54 % nárůstu případů PAS lze vysvětlit konkrétními faktory: 25 % představuje rozšíření diagnostiky o případy, které by dříve dostaly diagnózu mentální retardace; 15 % souvisí se zvýšeným povědomím a znalostmi odborníků i rodičů, což je i výsledkem celosvětového rozšíření internetu; 10 % lze přičíst vyššímu věku rodičů při zakládání rodiny

a 4 % geografickému shlukování rodin s postiženými dětmi a odborné pomoci. Přesto zůstává 46 % nárůstu nevysvětleno. Sama autorka se nicméně nedomnívá, že by za tím stály nové faktory znečištění životního prostředí, jak se často navrhuje.

Prevalence poruchy autistického spektra (PAS) celosvětově narůstá. Nejkomplexnější data pocházejí ze Spojených států amerických, kde je prevalence dlouhodobě sledována, zejména u osmiletých dětí. Podle nedávné studie Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) z roku 2023 je diagnóza PAS stanovena u 1 z 36 dětí (2,8 %) ve věku osmi let. Pro porovnání, v roce 2000 mělo diagnózu PAS každé 150. dítě v USA (0,7 %). V roce 2018 pak diagnózu mělo již každé 44. dítě (2,3 %), což odráží dramatický nárůst v rozpoznávání této poruchy. Zároveň se postupně snižuje věk, kdy je diagnóza PAS v USA stanovena – z průměrných pěti let na tři roky. Přesto však mnoho dětí podstupuje diagnostiku až ve školním věku, kdy narůstá tlak na jejich výkon (Maenner et al., 2023). Rozdíly ve výskytu v závislosti na pohlaví jsou významné, přičemž výskyt autismu u mužů je přibližně třikrát vyšší než u žen, s uváděným poměrem přibližně 4:1.

O autismu je dnes známo, že se jedná o vrozenou neurovývojovou poruchu s organickým podkladem. Současné výzkumy poukazují na spolupůsobení genetických a environmentálních faktorů, které ovlivňují vývoj mozku. Hoffman (2008) zmiňuje, že spouštěcími faktory mohou být například prostředí, metabolické problémy, střevní onemocnění, alergie a imunologické poruchy. Přesný mechanismus vzniku autismu ani jeho patogeneze však stále nejsou známy. Předpokládá se multifaktoriální příčina, s významnou rolí genetických predispozic. Další studie naznačují, že významnými rizikovými faktory mohou být komplikace během těhotenství, jako například expozice thalidomidu, rubeoly nebo jiným virovým infekcím, a také pre a perinatální komplikace, jako intrauterinní infekce. Zmíněné jsou i neurochemické odlišnosti centrální nervové soustavy, zahrnující poruchy serotoninergního a dopaminergního systému či dysfunkce systému endogenních opioidů, což může ovlivňovat například citlivost na bolest (Thorová, 2006; Hrdlička, 2004).

V současné době jsou diskutovány především následující příčiny vzniku autismu:

**Genetické faktory** – Výzkumy potvrzují významnou roli genetiky v etiologii autismu. Genomové studie identifikovaly různé genetické mutace, včetně tzv. de novo copy number variances (CNV), které se vyskytují u jedinců s PAS. Genetické faktory jsou považovány za klíčové ve více než 90 % případů (Geschwind, 2014). Přesto se ukazuje, že i nejčastější genetické mutace vysvětlují jen 10–20 % všech případů autismu, přičemž každá z těchto mutací je specifická pouze pro malé procento pacientů.

**Multifaktoriální model** – Podle Lyalla et al. (2017) je v současnosti autismu přisuzována multifaktoriální příčina, zahrnující jak genetické, tak environmentální faktory. Výzkumy naznačují, že genetické predispozice mohou být ovlivněny faktory prostředí, jako jsou imunitní odpovědi matky během těhotenství, expozice toxickým látkám nebo věk rodičů při narození dítěte. Tento model ukazuje, že genetická predispozice nemusí sama o sobě stačit k rozvoji autismu, ale environmentální faktory mohou působit jako spouštěče.

**Imunitní faktory** – Mateřská imunitní aktivace (MIA) během těhotenství byla identifikována jako významný rizikový faktor pro vznik autismu. Jak uvádí Patterson (2009), autoimunitní onemocnění matky, jako jsou astma, lupénka nebo alergie, mohou zvýšit riziko autismu u dítěte. Bylo zjištěno, že infekce matky během těhotenství, zejména v prvním a druhém trimestru, mohou ovlivnit neurovývoj plodu.

**Neurobiologické aspekty** – Neurobiologické studie se zaměřují na specifické oblasti mozku, jako je mozeček, limbický systém, kortex a hippocampus, kde byly nalezeny různé abnormality u jedinců s autismem. Současné výzkumy také zkoumají narušení neurochemických systémů, jako je serotoninergní a dopaminergní systém, které mohou přispívat k symptomům autismu (Hrdlička, 2004, 2014).

## **Deskripce poruch autistického spektra dle MKN-11**

---

V květnu 2019 schválila Světová zdravotnická organizace (WHO) 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, která vstoupila v platnost dne 1. ledna 2022. Samotná implementace MKN-11 v českém jazyce do praxe bude probíhat v průběhu roku 2028 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). Terminologické změny a způsob řazení se velmi blíží klasifikaci uvedené v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM-5), vydaném Americkou psychiatrickou asociací v roce 2013 (v české verzi v roce 2015). Kategorie pervazivních vývojových poruch zanikla a byla nahrazena skupinou **Neurovývojových, duševních a behaviorálních poruch (6A)**, kam spadají Vývojové poruchy intelektu (6A00), Vývojové poruchy řeči a jazyka (6A01), **Porucha autistického spektra (6A02)**, Vývojová porucha učení (6A03), Vývojová porucha motorické koordinace (6A04), Porucha aktivity a pozornosti (6A05) a Stereotypní pohybová porucha (6A06). Pro osoby, které jsou nezařaditelné do konkrétních výše uvedených kategorií, byl vytvořen kód pro Neurovývojové poruchy, jiné určené (6A0Y) a Neurovývojové poruchy, neurčené (6A0Z).

## Charakteristika skupiny

Neurovývojové, duševní a behaviorální poruchy představují syndromy, které se vyznačují klinicky významným narušením kognitivních procesů, emoční regulace a chování jedince. Tyto poruchy jsou často spojeny s dysfunkcí psychologických, biologických a vývojových procesů, jež tvoří základ pro duševní a behaviorální fungování. Zpravidla se s nimi váže distres, což je negativně prožívaný, zatěžující a intenzivní stres, který často vyvolává úzkostné a depresivní reakce a má nepříznivý vliv na vývoj osobnosti a zdraví jedince. Porucha autistického spektra se projevuje přetrvávajícími obtížemi v iniciaci a udržování vzájemné sociální interakce a komunikace, stejně jako omezenými, opakujícími se a nepružnými vzorci chování a zájmů. Tato porucha se obvykle objevuje během určitého vývojového období, často v raném dětství, avšak příznaky se mohou plně projevit až později, kdy sociální nároky překročí omezené schopnosti jednotlivce. Závažnost těchto deficitů je taková, že ovlivňuje osobní, rodinné, sociální, vzdělávací, pracovní a další důležité oblasti fungování. Tyto obtíže jsou většinou trvalým rysem chování jedince a jsou pozorovatelné ve všech prostředích, přičemž se mohou měnit v závislosti na sociálních, vzdělávacích nebo jiných kontextech.

Podle MKN-11 existuje několik subtypů poruchy autistického spektra, které souvisejí s úrovní intelektuálního a jazykového vývoje. Toto spektrum zahrnuje široké spektrum schopností, od osob s vysokým IQ a dobrými jazykovými dovednostmi po jedince s intelektovými poruchami, kteří mají neosvojenou funkční řeč.

	<b>Porucha intelektu</b>	<b>Poškození funkční řeči</b>
6A02.0	porucha není přítomna	poškození není přítomno, nebo je mírné
6A02.1	porucha je přítomna	poškození není přítomno, nebo je mírné
6A02.2	porucha není přítomna	poškození je přítomno
6A02.3	porucha je přítomna	poškození je přítomno
6A02.5	porucha je přítomna	absence funkční řeči

*Tab. 1 poruchy a poškození*

## Charakteristika subtypů poruch autistického spektra

**6A02.0 Porucha autistického spektra bez poruchy vývoje intelektu a s mírným nebo žádným poškozením funkční řeči.** Jsou splněny všechny požadavky pro definici poruchy autistického spektra, intelektové funkce a adaptivní chování jsou minimálně v průměrném rozmezí (přibližně vyšší než 2,3 percentil) a schopnost jedince používat funkční jazyk/řeč

(mluvená nebo psaná forma) jako nástroj pro vyjádření osobních potřeb a přání je pouze mírně narušena nebo není narušena vůbec.

**6A02.1 Porucha autistického spektra s poruchou vývoje intelektu a s mírným nebo žádným postižením funkční řeči.** Jsou splněna všechna definiční kritéria jak poruchy autistického spektra, tak poruchy vývoje intelektu, a existuje pouze mírné nebo žádné postižení schopnosti jednotlivce používat funkční jazyk/řeč (mluvená nebo psaná forma) jako nástroj pro vyjádření osobních potřeb a přání.

**6A02.2 Porucha autistického spektra bez poruchy vývoje intelektu a se zhoršenou funkční řečí.** Jsou splněny všechny požadavky pro definici poruchy autistického spektra, intelektové funkce a adaptivní chování jsou alespoň v průměrném rozsahu (hodnota percentilu přibližně vyšší než 2,3) a funkční řeč (mluvená nebo psaná forma) vykazuje významné postižení s přihlédnutím k věku, kdy jednatel není schopen použít více než jednotlivá slova nebo jednoduché fráze jako nástroj např. pro vyjádření osobních potřeb a přání.

**6A02.3 Porucha autistického spektra s poruchou vývoje intelektu a s narušením funkční řeči.** Jsou splněny všechny požadavky pro definici jak poruchy autistického spektra, tak poruchy vývoje intelektu, a existuje značné postižení funkční řeči (mluvené nebo znakové formy) s přihlédnutím k věku jednotlivce, přičemž jednatel není schopen použít více než jednotlivá slova nebo jednoduché fráze jako nástroj např. pro vyjádření osobních potřeb a přání.

**6A02.5 Porucha autistického spektra s poruchou vývoje intelektu a absencí funkční řeči.** Jsou splněny všechny požadavky jak pro definici poruchy autistického spektra, tak poruchu vývoje intelektu, a existuje úplná nebo téměř úplná absence schopností přiměřených k věku jedince používat funkční řeč (mluvenou nebo psanou formu) jako nástroje, např. pro vyjádření osobních potřeb a přání (MKN-11)<sup>11</sup>.

## **Přístupy a podpora osob s poruchou autistického spektra**

---

V současné době pohlížíme na poruchu autistického spektra jako na neurovývojovou poruchu, která se projevuje různou intenzitou. Je součástí širšího spektra neurodiverzity, které zahrnuje i další stavy jako *Porucha pozornosti s hyperaktivitou (6A05)*, *Vývojová porucha učení (6A03)* nebo *Poruchy vývoje intelektu (6A00)*. Podle Adamuse (2021) mohou osoby s autismem vynikat v oblasti logického myšlení, vnímání detailů a vizuálního vnímání, ale také mohou mít potíže s abstraktním myšlením, porozuměním sociálním kontextům či přijímáním změn. Sociální

---

<sup>11</sup> [MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti](#)

dovednosti mohou být pro osoby s autismem náročné, což se projevuje problémy s porozuměním neverbální komunikaci, navazováním očního kontaktu nebo udržováním konverzace. Osoby s autismem mohou být hypersenzitivní nebo hyposenzitivní na určité smyslové podněty, což může ovlivňovat jejich každodenní život.

Je tedy zřejmé, že v posledních dekáдах došlo k výraznému posunu v chápání autismu, od dřívějšího pojetí jako vzácné a těžké poruchy k uznání autismu jako komplexního neurovývojového spektra. Tento posun je úzce spojen se zvýšeným povědomím veřejnosti i odborníků, což vedlo k několika zásadním změnám v diagnostice a péči o osoby s poruchami autistického spektra (PAS). Revize diagnostických manuálů, zejména DSM-5, a vývoj nových diagnostických nástrojů přispěly k rozšíření diagnostických kritérií a umožnily identifikovat širší spektrum projevů PAS. Díky tomu jsou dnes diagnostikovány i osoby s mírnějšími formami autismu, které byly dříve přehlíženy (APA, 2013). Současně se zlepšila přesnost diagnostiky, což umožňuje individualizovanější přístup k intervencím (Lord et al., 2018).

Podle Geschwinda (2014) přispěl intenzivní výzkum v oblasti neurověd, genetiky a behaviorálních věd k hlubšímu porozumění neurobiologickým základům PAS. Díky tomu se rozvíjejí nové diagnostické markery a biomarkery, které mohou v budoucnu přinést ještě přesnější a objektivnější diagnostiku. Změny ve společenském vnímání autismu, zvýšená akceptace neurodiverzity a lepší dostupnost informací vedly k aktivnějšímu vyhledávání diagnostiky ze strany rodičů a odborníků. Současně se zlepšila kvalita a dostupnost intervenčních programů, což zvyšuje motivaci k diagnostice.

Je zřejmé, že zvýšené povědomí o autismu, pokrok v neurovědách a zlepšení diagnostických nástrojů vedly k výraznému nárůstu počtu diagnostikovaných případů PAS. Nicméně i přes významný pokrok zůstávají v diagnostice autismu stále určité výzvy. Patří mezi ně například přesnější vymezení hranic mezi PAS a jinými neurovývojovými poruchami, diagnostika u osob s komorbiditami nebo diagnostika v různých kulturních a jazykových kontextech. Budoucí výzkum by se měl zaměřit na vývoj ještě přesnějších diagnostických nástrojů, na identifikaci časných biomarkrů a na vývoj personalizovaných intervenčních programů (Kapp, 2020; Elsabbagh et al., 2012). V neposlední řadě je potřeba i nadále pracovat nejen na zlepšení diagnostických postupů, ale i na vzdělávání odborníků a na vytváření inkluzivního prostředí pro osoby s PAS.

## **Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života osob s PAS**

---

Poskytování podpory osobám s PAS při jejich inkluzi do společnosti zahrnuje výraznou podporu sociálního prostředí se zapojením širší komunity. Podpůrná sociální síť, včetně rodiny,

přátel a odborníků, je pro tyto osoby nezbytná. Dostupnost komunitních služeb, zaměstnání a volnočasových aktivit může výrazně přispět ke zlepšení kvality života osob s PAS. Programy zaměřené na podporu samostatnosti, sociální inkluzi a zaměstnávání osob na spektru autismu mají pozitivní vliv na jejich sebevědomí a sociální zapojení. Zapojení do komunitních aktivit, včetně dobrovolnictví, může zlepšit sociální dovednosti a celkovou pohodu jedince s PAS (Bauminger & Kasari, 2003).

Podle Fombonne (2009) je **intenzita symptomů** jedním z klíčových faktorů ovlivňujících kvalitu života. Vyšší závažnost symptomů je často spojena s omezenějšími schopnostmi adaptace, což může vést ke snížení samostatnosti a zhoršení této kvality. Lidé s těžšími formami poruch autistického spektra mají větší problémy v oblasti sociální interakce, komunikace a chování, což může narušit jejich každodenní fungování a schopnost se zapojit do společenských aktivit.

**Kognitivní funkce** hrají významnou roli v kvalitě života osob s autismem. Vyšší kognitivní schopnosti mohou usnadnit adaptaci na nároky prostředí a podporovat lepší integraci do vzdělávacích a pracovních systémů. Naopak nižší kognitivní schopnosti jsou často spojeny s většími problémy v oblasti samostatnosti a sociální integrace, což může vést k nižší kvalitě života (Howlin et al., 2005).

**Rodina** je podle Brown & Odoma (2021) dalším klíčovým faktorem v životě osob s PAS. Podpůrné rodinné prostředí je nezbytné pro optimální rozvoj jedince a jeho samostatnost. Výzkumy ukazují, že rodiny, které poskytují emocionální a praktickou podporu, zlepšují kvalitu života svých dětí s PAS. Rodiče a sourozenci často hrají důležitou roli v každodenní péči, a proto je důležité, aby i oni měli přístup k potřebné podpoře a vzdělávacím zdrojům. Stres v rodině, například kvůli finančním problémům nebo vyčerpání pečovatелů, může mít naopak negativní vliv na kvalitu života všech členů rodiny.

**Školní prostředí** může zlepšit kvalitu života dětí s PAS. Dostupnost podpůrných opatření ve škole, jako jsou asistenti pedagoga nebo speciální učební pomůcky, může výrazně zlepšit adaptaci dítěte na školní prostředí. Prostředí, které poskytuje potřebné přizpůsobení vzdělávacích podmínek a podporu, může zvýšit motivaci a sebedůvěru dětí, což pozitivně ovlivňuje jejich celkovou kvalitu života. Nicméně, nedostatečná příprava pedagogů nebo nevhodné podmínky ve třídě mohou naopak přispívat k frustraci a izolaci žáků s autismem (Carter, Stoneman, & Friman, 2007).

**Podpora sociálního zapojení a volnočasových aktivit** je pro tyto osoby výzvou, ale současně důležitým faktorem. Programy zaměřené na podporu sociálních dovedností mohou výrazně zlepšit kvalitu života osob na spektru autismu. Trénink sociálních dovedností zahrnuje výuku

základních interakcí, rozpoznávání sociálních signálů a zlepšení komunikačních schopností. Jak uvádí Adamus (2019), nabízejí organizované volnočasové aktivity jak příležitost k rozvoji sociálních dovedností a vytváření pozitivních vztahů, tak poskytují i bezpečné a strukturované prostředí, ve kterém osoby s PAS rozvíjejí své dovednosti. Tyto aktivity zahrnují sportovní programy, umělecké kroužky a další zájmové činnosti, které podporují socializaci a osobní růst.

## **Včasná intervence a intenzivní podpora osob s poruchou autistického spektra**

---

Včasná intervence je považována za důležitý prvek pro rozvoj dětí s poruchami autistického spektra. Hlavní zaměření včasné intervence spočívá v identifikaci PAS a zahájení intenzivní podpory co nejdříve po stanovení diagnózy, což může výrazně zlepšit rozvoj potřebných a klíčových dovedností. Spolupráce s rodinou je zásadní složkou včasné intervence, a to z toho důvodu, že rodina hraje klíčovou roli v každodenní implementaci terapeutických strategií a podpory rozvoje dítěte. Rodinná terapie a intenzivní zapojení rodičů do intervencí mohou výrazně zvýšit účinnost terapeutických postupů. Hlavní cíle včasné intervence zahrnují rozvoj komunikace, sociálních dovedností a soběstačnosti, což umožňuje dítěti s PAS lépe se zapojit do společnosti a vzdělávacího procesu. Mezi často využívané přístupy včasné intervence patří *TEACCH program*, *Aplikovaná behaviorální analýza (ABA)*, *Floortime*, *Early Start Denver Model (ESDM)* nebo *Augmentativní a alternativní komunikace (AAK)*. Každý z těchto přístupů má své specifické cíle a metody práce s jedinci s PAS.

**Program TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children)** je komplexním přístupem k výuce a podpoře dětí s poruchami autistického spektra, který se zaměřuje na jejich individuální potřeby a schopnosti. Tento přístup klade důraz na vytvoření strukturovaného a vizuálně organizovaného prostředí, které pomáhá dětem s PAS lépe se orientovat v jejich okolí, porozumět očekáváním a rozvíjet dovednosti potřebné pro každodenní život. Mesibov et al. (2005) zdůrazňují, že vizuální struktura, jasná organizace a předvídatelnost jsou klíčovými prvky programu, které minimalizují stres a podporují efektivní učení.

Jedním z pilířů programu je spolupráce s rodinou, která je považována za nezbytného partnera v celém procesu intervence. Rodiče jsou zapojeni nejen do plánování, ale i do každodenní realizace aktivit, čímž se zajišťuje kontinuita mezi školním a domácím prostředím. Dalším významným aspektem programu je úzká spolupráce s učiteli a dalšími odborníky, kteří se podílejí na výuce a podpoře dětí s PAS.

TEACCH zahrnuje širokou škálu intervencí, které se zaměřují na rozvoj klíčových oblastí, jako je komunikace, sociální interakce, sebeobsluha a pracovní dovednosti. Cílem programu je podporovat soběstačnost a sociální adaptaci dětí nejen ve školním prostředí, ale i v širším kontextu jejich každodenního života (Thorová, 2016). Díky své flexibilitě a důrazu na individualizaci se program TEACCH stal jedním z nejužší a nejúčinnějších přístupů v oblasti práce s dětmi s PAS, který nachází uplatnění v různých kulturních a vzdělávacích kontextech.

**Aplikovaná behaviorální analýza (ABA)** představuje vědecky ověřený a široce doporučovaný přístup pro práci s dětmi s poruchou autistického spektra. Jedná se o metodu založenou na behaviorálních principech, která má za cíl podporovat žádoucí chování, rozvíjet nové dovednosti a eliminovat nežádoucí chování prostřednictvím systematického procesu učení. Podle Lovaase (1987), jednoho z průkopníků tohoto přístupu, ABA využívá strategie, jako je pozitivní posilování, které zvyšuje pravděpodobnost opakování žádoucího chování, a postupné učení, kdy jsou komplexní dovednosti rozděleny na menší a zvládnutelnější kroky.

Tento přístup je vysoce individualizovaný a vychází z detailní analýzy potřeb konkrétního dítěte. Klíčovou součástí ABA je systematický sběr a analýza dat, která umožňuje průběžné vyhodnocování efektivity intervence a případnou úpravu strategie. Cílem je nejen rozvoj konkrétních dovedností, jako je komunikace, soběstačnost nebo sociální interakce, ale také jejich přenos a udržení v přirozeném prostředí dítěte.

Odměňování žádoucího chování v rámci ABA zahrnuje širokou škálu posilovačů, které jsou přizpůsobeny individuálním preferencím dítěte, což zvyšuje motivaci k učení. Postupným budováním jednoduchých dovedností se dítě učí složitějším úkolům, což přispívá k celkovému rozvoji autonomie a schopnosti zapojit se do běžného života. ABA je také flexibilní v tom, že může být aplikována individuálně, například v domácím prostředí, nebo skupinově, například ve školách či terapeutických centrech (Smith, 2020; Leaf et al., 2016).

Moderní aplikace ABA často zahrnují spolupráci s rodinou, která hraje klíčovou roli při přenosu naučených dovedností do každodenního života. ABA může být navíc efektivně kombinována s dalšími terapeutickými přístupy, jako jsou logopedie, ergoterapie nebo intervence zaměřené na senzorní integraci, čímž se zvyšuje celková komplexnost a efektivita podpory dítěte s PAS. Díky své univerzálnosti a silnému vědeckému zázemí je ABA jedním z nejrozšířenějších a nejlépe prozkoumaných přístupů v práci s touto cílovou skupinou.

**Floortime** je terapeutický přístup zaměřený na podporu emocionálního a sociálního rozvoje dětí prostřednictvím hry a interakcí, které vycházejí z jejich přirozených zájmů a potřeb. Tento přístup, který je vhodný zejména pro děti s autismem nebo jinými vývojovými obtížemi, klade důraz na budování hlubokého emocionálního spojení mezi dítětem a dospělým. Základem je

přizpůsobení se tempu dítěte a podpora jeho iniciativy, čímž se vytváří prostředí, které stimuluje přirozenou komunikaci a rozvoj vztahů.

Klíčovou součástí Floortime je zapojení dospělého do hry nebo aktivity, kterou si dítě samo zvolí. Dospělý aktivně sleduje zájmy dítěte a používá je jako výchozí bod pro rozvoj dovedností, jako je neverbální i verbální komunikace, emoční regulace a schopnost spolupráce. Tento proces zahrnuje jak podporu v raných vývojových stupních, například při navazování očního kontaktu, tak pokročilejší aktivity, jako je rozvoj symbolické hry, která přispívá k rozvoji abstraktního myšlení a sociálního chování.

Floortime se také zaměřuje na rozvoj schopnosti dítěte regulovat své emoce, zvládat stresové situace a navazovat zdravé vztahy s ostatními. Emoční regulace je považována za základní kámen pro další rozvoj sociálních a kognitivních dovedností. Proces učení probíhá přirozeně, bez nátlaku, což umožňuje dítěti zapojit se do interakce spontánně a s radostí.

Jednou z výhod tohoto přístupu je jeho flexibilita, která umožňuje jeho aplikaci jak rodiči v domácím prostředí, tak odborníky, například terapeuty nebo speciálními pedagogy, v terapeutických či vzdělávacích zařízeních. Rodiče jsou často klíčovými partnery v realizaci Floortime, protože tento přístup staví na každodenních aktivitách a přirozených interakcích mezi dítětem a rodinou. Mercer (2017) zdůrazňuje, že Floortime lze efektivně kombinovat s dalšími terapeutickými metodami, jako je logopedie nebo ergoterapie, což zvyšuje jeho celkovou účinnost.

Díky důrazu na budování emocionálního vztahu a podporu individuality dítěte je Floortime ceněným přístupem, který nejen podporuje rozvoj konkrétních dovedností, ale také přispívá k celkovému zlepšení kvality života dítěte a jeho rodiny. Tento přístup pomáhá dítěti stát se aktivním účastníkem interakce, což je klíčové pro jeho dlouhodobý osobnostní i sociální rozvoj.

**Early Start Denver Model (ESDM)** je vývojově orientovaný a intenzivní přístup k intervenci, který byl vytvořen speciálně pro malé děti s PAS ve věku od 12 do 48 měsíců. Tento model propojuje principy aplikované behaviorální analýzy (ABA) s technikami zaměřenými na podporu přirozeného vývoje dětí. ESDM se soustředí na rozvoj klíčových oblastí, jako je jazyk, kognitivní dovednosti, sociální interakce a emoční regulace, přičemž cílem je podpora celkového vývoje dítěte a jeho schopnosti zapojit se do sociálního prostředí.

Jedním z hlavních principů ESDM je využití přirozeného prostředí dítěte, jako je domov nebo mateřská škola, což zvyšuje efektivitu intervence a umožňuje lepší přenos naučených dovedností do každodenního života. Terapie je silně individualizovaná a zahrnuje aktivity přizpůsobené zájmům a vývojovým potřebám konkrétního dítěte. Klíčovým aspektem přístupu

je hravá interakce mezi dítětem a terapeutem, která podporuje učení prostřednictvím pozitivních zážitků a motivace.

ESDM se zaměřuje na vytváření přirozených příležitostí k učení během běžných aktivit, což zahrnuje například společné hry, interakce s vrstevníky nebo každodenní rutiny, jako je jídlo nebo oblékání. Důležitou roli hraje pozitivní posilování, které pomáhá dítěti upevnit nové dovednosti, a systematické sledování pokroku pomocí sběru dat.

Dalším klíčovým pilířem ESDM je aktivní zapojení rodiny do celého procesu intervence. Rodiče jsou považováni za klíčové partnery, kteří nejen spolupracují s odborníky na sestavení plánu terapie, ale také jsou vyškoleni k tomu, aby mohli pokračovat v intervenci během běžných každodenních situací. Tato spolupráce mezi rodinou a terapeuty zajišťuje generalizaci a dlouhodobé udržení nových dovedností (Rogers & Dawson, 2010).

Výzkumy ukazují, že ESDM má pozitivní dopad na rozvoj dětí s PAS, zejména v oblasti komunikace, sociálních dovedností a kognitivních schopností. Díky své intenzitě a komplexnímu přístupu je tento model široce uznáván jako efektivní metoda rané intervence, která podporuje nejen vývoj dítěte, ale také posiluje vztah mezi dítětem a jeho rodinou. Tím přispívá k lepší kvalitě života a dlouhodobým vývojovým výsledkům pro děti s PAS.

**Augmentativní a alternativní komunikace (AAK)** představuje soubor nástrojů, strategií a technik zaměřených na podporu nebo nahrazení mluvené řeči u dětí i dospělých osob na spektru autismu, které mají výrazné obtíže v oblasti verbální komunikace. Tento přístup je klíčový pro děti, které nejsou schopné efektivně využívat mluvenou řeč jako hlavní komunikační prostředek, a umožňuje jim zapojit se do sociálního života, vyjádřit své potřeby, myšlenky a emoce, a tím snížit frustraci způsobenou komunikačními bariérami.

AAK zahrnuje jak netechnické, tak technické prostředky. Mezi netechnické patří například obrázkové komunikační systémy, které využívají vizuální podněty k podpoře porozumění a vyjadřování. Jedním z nejznámějších systémů tohoto typu je *Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)*, který vychází z celosvětově uznávaného systému PECS (The Picture Exchange Communication System). Tento přístup je založen na výměně obrázků nebo symbolů za konkrétní předměty, aktivity nebo odpovědi, což podporuje funkční komunikaci a zároveň učí dítě iniciovat interakci.

Technické prostředky zahrnují zařízení s hlasovým výstupem, jako jsou tablety, mobilní telefony nebo specializované komunikační pomůcky. Tato zařízení umožňují uživatelům vybrat obrázky, symboly nebo texty, které jsou následně převedeny na mluvenou řeč, což rozšiřuje možnosti komunikace v reálném čase. Moderní technologie navíc nabízejí široké možnosti personalizace, které lze přizpůsobit individuálním potřebám a schopnostem konkrétního dítěte.

Význam AAK spočívá v tom, že podporuje rozvoj funkční komunikace, což má zásadní dopad na kvalitu života dětí s PAS. Podle Knapcové (2011) přispívá AAK ke zlepšení sociálních interakcí a snižuje frustraci spojenou s neschopností vyjádřit své potřeby nebo porozumět ostatním. Současně napomáhá rozvoji dalších oblastí, jako je schopnost učit se, emoční regulace nebo sociální dovednosti, a to díky zvýšené možnosti zapojit se do každodenních aktivit a interakcí. Augmentativní a alternativní komunikace je velmi flexibilní a může být používána v různých prostředích, včetně domova, škol či sociálních služeb. Klíčovou roli zde hraje zapojení rodičů a dalších pečujících osob, kteří jsou proškoleni k tomu, aby mohli efektivně využívat tyto nástroje v každodenních situacích. Kombinace AAK s dalšími terapeutickými přístupy, jako je logopedie nebo behaviorální terapie, může výrazně zvýšit efektivitu komunikace a celkový rozvoj dítěte.

Díky svému širokému záběru a možnosti přizpůsobení individuálním potřebám dětí je AAK neocenitelným nástrojem v práci s dětmi s autismem a dalšími komunikačními obtížemi.

## **Podpora zaměstnanosti a nezávislého života**

---

Podpora osob s poruchou autistického spektra na cestě k nezávislému životu a zaměstnanosti zahrnuje širokou škálu intervencí a služeb. Tyto služby a intervence začínají přípravou na pracovní život již od raného věku a zahrnují i specifickou pomoc při hledání zaměstnání, adaptaci na pracovní prostředí a přechod do samostatného bydlení. Pro osoby se zdravotním postižením (OZP) existuje v České republice propracovaný systém příspěvků, které jsou zakotveny v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Tento systém usnadňuje zaměstnávání lidí s PAS, kteří mají přiznaný invalidní důchod v některém ze tří stupňů. Zkušenosti z praxe ukazují, že lidé se statutem OZP naleznou zaměstnání snáze než lidé bez přiznané trvalé invalidity, i když mají podobné obtíže (Adamus, 2019).

Podle Cimery (2010) **podporované zaměstnávání** a jeho modifikace vychází z předpokladu, že každý člověk má právo na smysluplnou a placenou práci. Smysluplná práce přináší materiální jistotu, zlepšuje sociální integraci a má pozitivní vliv na psychické zdraví. Podpora může zahrnovat nácvik pracovních dovedností, vzdělávání v pracovněprávní oblasti, vyhledávání pracovních nabídek či přímou komunikaci se zaměstnavateli. Někteří lidé s PAS si však nepřejí sdělit diagnózu zaměstnavateli a preferují pouze podporu při hledání práce nebo nácvik specifických situací (Gillott & Standen, 2007).

**Příprava na zaměstnání** by měla začít v raném věku prostřednictvím rozvoje základních sociálních a pracovních dovedností. Adamus (2019) uvádí, že u osob s PAS je nezbytné začlenit výuku praktických dovedností, které zvyšují jejich šance na úspěšnou integraci do pracovního

prostředí. Tyto dovednosti zahrnují schopnost řešit problémy, samostatnost, komunikaci a sociální interakce. Je důležité, aby výchovně-vzdělávací proces zaměřený na přípravu na zaměstnání probíhal již na úrovni základního a středního vzdělávání a zahrnoval praktické zkušenosti z různých pracovních prostředí.

Podpora při hledání zaměstnání a následná adaptace na pracovní prostředí je velmi důležitá. Hledání zaměstnání pro osoby s PAS vyžaduje specifickou podporu, která zahrnuje asistenci při hledání vhodného zaměstnání, přípravu na pohovory a trénink adaptace na pracovní prostředí. Vhodné pracovní prostředí by mělo být přizpůsobeno potřebám zaměstnanců s PAS, včetně jasných pokynů, struktury a podpůrných mechanismů (Howlin, 2005). V českém kontextu je významná role chráněných pracovních míst a sociálních podniků, které poskytují bezpečné a podporující pracovní prostředí pro osoby na spektru autismu, které potřebují více individuální podpory. Tito lidé se svými odbornými dovednostmi, jazykovou vybaveností a oblastmi uplatnění se v mnoha ohledech neliší od lidí bez autismu. Navzdory tomu se však více než polovina osob s autismem v produktivním věku nachází bez výdělečné činnosti (Hrdlička, 2017). Výzkumy ukazují, že mnoho osob s PAS najde zaměstnání buď samostatně, nebo s pomocí rodiny a přátel, zatímco jiní využívají podpůrných služeb. Možnost podnikání je velmi málo rozšířená. Přestože jedinci s autismem mají často potřebné schopnosti a dovednosti, jsou na trhu práce považováni za ohroženou skupinu.

Jak uvádí Adamus (2019) jsou **chráněné pracovní místo a sociální podniky** důležitou součástí podpory zaměstnanosti. Tyto organizace poskytují strukturované pracovní prostředí, které je přizpůsobeno individuálním potřebám zaměstnanců, a současně jim nabízejí možnost rozvíjet pracovní dovednosti v bezpečném a chápajícím prostředí. Sociální podniky navíc umožňují osobám s autismem zapojit se do pracovního procesu a získávat pracovní zkušenosti, které jim mohou pomoci přejít na běžný trh práce.

Hlavními problémy, kterým čelí lidé s poruchou autistického spektra při získávání a udržení zaměstnání, jsou podle Howlin et al. (2005) deficity v oblasti sociální interakce a komunikace. Dále se setkávají se sníženou pružností a schopností přizpůsobit se aktuálním výzvám, což je často spojeno s jejich specifickým způsobem myšlení. U některých z nich se může projevit porucha intelektu, senzorické obtíže nebo přidružené duševní onemocnění, jako jsou úzkostné poruchy či deprese. Dalšími překážkami mohou být obtíže s jemnou i hrubou motorikou, adaptabilita na stres a pomalejší psychomotorické tempo (Attwood, 2008; Gillott & Standen, 2007). Na druhé straně se cílení na uchazeče s PAS stává trendem, který přispívá k diverzitě pracovního prostředí, inovacím a vyšší efektivitě. Tito uchazeči často vynikají schopnostmi, jako je spolehlivost, smysl pro detail, schopnost vizualizace a preciznost.

Jednou z forem podpory je tzv. **pracovní asistence**, která zahrnuje přítomnost pracovníka na pracovišti a podporu při adaptačních problémech spojených s nástupem do zaměstnání. Pracovní asistent může pomoci zaměstnavateli nastavit strukturu pracovní náplně a optimalizovat vzájemnou komunikaci. Tato podpora je zvláště důležitá u lidí s těžšími projevy autismu nebo s poruchou intelektu. U osob s lehčí formou či bez poruchy intelektu se většinou osvědčuje standardní průběh nástupu do zaměstnání a pracovní konzultant je k dispozici v případě potřeby.

Samostatné bydlení představuje další krok na cestě k nezávislosti. **Podpora při přechodu do samostatného bydlení** je proto důležitou součástí tohoto procesu. Osoby s autismem často potřebují specifickou podporu v této oblasti, například při hledání vhodného bydlení a získávání dovedností potřebných k samostatnému životu. V České republice se v rámci chráněného bydlení a asistovaného bydlení poskytuje podpora formou tréninku samostatnosti, která zahrnuje správu financí, péči o domácnost a řešení každodenních situací (Matoušek, 2011).

## **Celostní přístup ke zdraví osob s autismem**

---

Zdraví je klíčovým faktorem ovlivňující kvalitu života osob na spektru autismu, a to jak z hlediska fyzického, tak i zdraví psychického. Dostupnost specializované zdravotní péče a pravidelné zdravotní prohlídky jsou zásadní pro včasnou diagnostiku a léčbu komorbidních onemocnění. Studie ukazují, že osoby s PAS často trpí úzkostí, depresi, ADHD nebo epilepsií, což má zásadní vliv na každodenní život. Úzkostné a depresivní poruchy mohou snižovat schopnost účastnit se každodenních aktivit a výrazně ovlivňovat emocionální pohodu (Gillott & Standen, 2007). Komorbidní onemocnění mohou navíc omezit schopnost jedince zapojit se do vzdělávání, zaměstnání nebo sociálních interakcí. Vágnerová (2020) v této souvislosti uvádí, že vhodně zvolená psychoterapie může být účinná při zlepšování psychické pohody a zmírňování symptomů komorbidních poruch u osob s PAS. Somatická onemocnění mohou také výrazně omezit jejich každodenní fungování. Například gastrointestinální problémy nebo poruchy spánku jsou poměrně časté a mohou výrazně zhoršovat jejich fyzickou pohodu a schopnost fungovat ve společnosti. Tyto zdravotní problémy mohou zvýšit stres a snížit schopnost jedince účastnit se běžných aktivit (Volkmar, Klin, & Cohen, 2005; Mazefsky et al., 2014).

Osoby s poruchou autistického spektra často potřebují přístup k specializované zdravotní péči, která zohledňuje jejich specifické potřeby. Tato péče zahrnuje nejen pravidelné lékařské prohlídky, ale také specializované služby, jako je ergoterapie, logopedie a psychoterapie. Dostatečná zdravotní péče zahrnuje také pravidelné sledování fyzického zdraví, včetně léčby

komorbidních stavů, jako jsou epilepsie, gastrointestinální poruchy či poruchy spánku, které jsou u osob s autismem poměrně běžné (Mazefsky, 2014). V českém kontextu je však stále nedostatečná dostupnost těchto služeb, zejména mimo velká města.

Jak uvádí Hrdlička (2014), fyzická aktivita hraje významnou roli v celkovém zdraví a prožívání kvality života těchto osob. Současné výzkumy ukazují, že pravidelná fyzická aktivita může zlepšit motorické schopnosti, snížit stres a zlepšit psychickou pohodu. V České republice existují aktivity zaměřené na podporu sportovních aktivit pro osoby s autismem, které jim pomáhají rozvíjet zdravý životní styl a sociální kontakty.

## Závěr

---

Poruchy autistického spektra představují komplexní neurovývojové poruchy s širokým rozsahem symptomů, které ovlivňují především sociální interakce, komunikaci a adaptivní chování. Z historického hlediska prošel přístup k těmto poruchám výraznými změnami – od počátečních mylných představ o emocionálních příčinách až po současné chápání autismu jako neurobiologické poruchy s multifaktoriálním původem. Díky výzkumným pokrokům v oblasti genetiky a neurověd došlo k rozšíření diagnostických kritérií a zlepšení diagnostických nástrojů, což umožnilo přesnější identifikaci nejen těžkých, ale i mírnějších forem autismu. Navzdory těmto pokrokům zůstávají některé výzvy, zejména v oblasti diferenciatní diagnostiky a zajištění včasné intervence, která je klíčová pro úspěšný rozvoj dětí s PAS. Rovněž podpora rodiny, školního prostředí a společenské inkluze jsou zásadními faktory ovlivňujícími kvalitu života jedinců s autismem, a to jak ve fázi vzdělávání, tak i později v dospělosti. Výhled do budoucnosti přináší očekávání dalšího rozvoje diagnostických metod a personalizovaných intervencí, které budou lépe zohledňovat individuální potřeby těchto osob. Přesto, či právě proto je nutné nadále zvyšovat povědomí o této problematice a současně zajišťovat podporu jak pro samotné jedince s poruchou autistického spektra, tak pro jejich rodiny.

## Literatura

---

- Adamus, P. (2021). *Poruchy autistického spektra: Distanční studijní text (1. vyd.)*. Fakulta veřejných politik v Opavě.
- Adamus, P. (2019). *Možnosti podpory osob s autismem v Moravskoslezském kraji (1. vyd.)*. Ostravská univerzita.
- Adamus, P., Vančová, A., & Löfflerová, M. (2017). *Poruchy autistického spektra v kontextu aktuálních interdisciplinárních poznatků (1. vyd.)*. Ostravská univerzita.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Attwood, T. (2008). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bauminger, N., & Kasari, C. (2003). *Loneliness and friendship in high-functioning children with autism*. *Child Development*, 71(2), 447–456. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00156>
- Brown, J. L., & Odom, S. L. (2021). *Family perspectives on the implementation of early intensive behavioral interventions*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(2), 495–506. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04614-7>
- Carter, A. S., Stoneman, Z., & Friman, P. C. (2007). *Peer relationships and social integration of children with and without disabilities*. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 32(1), 23–30. <https://doi.org/10.2511/rpsd.32.1.23>
- Elsabbagh, M., Knapp, M., Constantino, J. N., ... & Fombonne, E. (2012). *Prevalence of autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis*. *PLoS ONE*, 7(7), e41669. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041669>
- Geschwind, D. H. (2014). *Genetics of autism spectrum disorder*. *Nature*, 511(7513), 203–209. <https://doi.org/10.1038/nature13394>
- Gillott, A., & Standen, P. J. (2007). *Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism*. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(4), 359–370. <https://doi.org/10.1177/1744629507083585>
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Lopez-Wagner, M. C., Hodge, D., Nam, C. Y., & Botts, B. H. (2008). *Children with autism: Sleep problems and mothers' stress*. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 23(3), 155–165. <https://doi.org/10.1177/1088357608316271>
- Hrdlička, M. (2017). *Autismus: Současné trendy v diagnostice a terapii*. Grada.
- Hrdlička, M., & Komárek, V. (Eds.). (2004). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Portál.
- Hrdlička, M., & Komárek, V. (Eds.). (2014). *Dětský autismus: Přehled současných poznatků (2. dopl. vyd.)*. Portál.
- Howlin, P. (2005). *Autismus u dospívajících a dospělých: Cesta k soběstačnosti (1. vyd.)*. Portál.
- Kapp, S. K. (2020). *Autistic community and the neurodiversity movement: Stories from the frontline*. Springer Nature.
- Knapcová, M. (2011). *Komunikační systém – VOKS*. Národní ústav pro vzdělávání.
- Leaf, J. B., McEachin, J., Taubman, M., & Sheldon, J. B. (2016). *The role of the Applied Behavior Analysis (ABA) practitioner in autism spectrum disorder interventions*. In J. L.

Matson (Ed.), *Comprehensive Guide to Autism* (pp. 319–336). Springer.

[https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6435-8\\_17](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6435-8_17)

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). *Autism spectrum disorder*. *Lancet*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)

Lovaas, O. I. (1987). *Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3–9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.3>

Lyall, K., Croen, L., Daniels, J., Fallin, M. D., Ladd-Acosta, C., Lee, B. K., Park, B. Y., Snyder, N. W., Schendel, D., Volk, H., Windham, G. C., & Newschaffer, C. (2017). *The changing epidemiology of autism spectrum disorders*. *Annual Review of Public Health*, 38, 81–102. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044318>

Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., Amoakohene, E., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hughes, M. M., Ladd-Acosta, C. M., McArthur, D., Pas, E. T., Salinas, A., Vehorn, A., Williams, S., Esler, A., Grzybowski, A., Hall-Lande, J., Nguyen, R. H. N., Pierce, K., Zahorodny, W., Hudson, A., Hallas, L., Mancilla, K. C., Patrick, M., Shenouda, J., Sidwell, K., DiRienzo, M., Gutierrez, J., Spivey, M. H., Lopez, M., Pettygrove, S., Schwenk, Y. D., Washington, A., & Shaw, K. A. (2023). *Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020*. *MMWR Surveillance Summaries*, 72(2), 1–14. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>

Matoušek, O., a kol. (2011). *Sociální služby*. Portál.

Mazefsky, C. A., Schreiber, D. R., Olino, T. M., & Minshew, N. J. (2014). *The association between emotional and behavioral problems and gastrointestinal symptoms among children with high-functioning autism*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(5), 1111–1120. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1977-7>

Mercer, J. (2017). *Examining DIR/Floortime™ as a treatment for children with autism spectrum disorders: A review of research and theory*. *Research on Social Work Practice*, 27(5), 625–635.

MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti. (n.d.). <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs#1516623224>

Ošlejšková, H. (2008). *Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku*. *Pediatric pro praxi*, 9(2), 80–84.

- Patterson, P. H. (2009). *Immune involvement in schizophrenia and autism: Etiology, pathology, and animal models*. Behavioral Brain Research, 204(2), 313–321.  
<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2008.12.016>
- Rimland, B. (1964). *Infantile autism: The syndrome and its implications for a neural theory of behavior*. Taylor & Francis.
- Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. Guilford Press.
- Thorová, K. (2006). *Poruchy autistického spektra (1. vyd.)*. Portál.
- Thorová, K. (2007). *Komplexní diagnostika autismu* [online]. APLA. Dostupné na <http://www.autismus.cz/diagnostika/index.php>
- Thorová, K. (2008a). *Poruchy autistického spektra: Včasná diagnóza branou k účinné pomoci*. APLA.
- Thorová, K. (2016). *Poruchy autistického spektra (Rozšířené a přepracované vydání)*. Portál.
- Vágnerová, M. (2020). *Vývoj pozornosti a exekutivních funkcí*. RAABE
- Vermeulen, P. (2006). *Autistické myšlení (1. vyd.)*. Grada Publishing.
- Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T., & Klin, A. (2004). *Autism and pervasive developmental disorders*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45(1), 135-170.  
<https://doi.org/10.1046/j.0021-9630.2003.00317.x>
- Vocilka, M. (1996). *Autismus (1. vyd.)*. TECH-MARKET.
- Weintraub, K. (2011). *The prevalence puzzle: Autism counts*. Nature, 479(7371), 22–24.  
<https://doi.org/10.1038/479022a>

# Speciální pedagogika osob s vývojovými poruchami učení

PaedDr. Renata Kovářová, Ph.D.

Mgr. Helena Chlebcová

Terminologie vývojových poruch učení není v současné době jednotná. Školský zákon uvádí termín *vývojové poruchy učení*, což je v souladu se současným pojetím neurovývojové etiologie těchto poruch. Tento termín také akceptuje Mezinárodní klasifikace nemocí v 11 revizi. Ve vyhlášce o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných č. 27/2026 Sb. se však setkáme s termínem *specifické poruchy učení*. Ani v odborné literatuře se nesetkáváme s jednotnou terminologií, objevují se oba termíny, tedy jak vývojové poruchy učení (např. Pokorná), tak i specifické poruchy učení (např. Krejčová, Jucovičová, Žáčková). Známa odborná publikace O. Zelinkové nese název *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení psaní a dalších školních dovedností*. Přestože jednotlivé přívlastky mají odlišné významy, komplexní názvy specifické poruchy učení a vývojové poruchy učení můžeme považovat za synonyma. V této kapitole budeme v souladu se školským zákonem a MKN-11 používat termín vývojové poruchy učení.

## Vývojové poruchy učení v pedagogické praxi v České republice

---

Zkoumání vývojových poruch učení (dále VPU) nemá v českém ani ve světovém kontextu dlouhou historii. Souvisí to se specifiky těchto poruch, které jsou úzce spojeny s rozvojem vzdělanosti a s potřebou efektivního čtení a psaní pro další uplatnění v životě. Intenzivní výzkumy související s etiologií, symptomatologií a intervencí vývojových poruch učení jsou spojeny s 20. stoletím. Mezi historicky významné osobnosti, které svými výzkumy přispěly k současnému pojetí vývojových poruch učení, patří S. A. Orton, J. Wada, D. Kimuarová, N. Geschwind, A. Galaburda a D. Bakker. Přestože některé závěry výše uvedených odborníků jsou již překonány, nutno uznat, že ve své době byly velmi významné (Matějček, 1993).

Zkoumání VPU ve svém počátku souviselo s medicínou (první poruchou, která se začala zkoumat, byla dyslexie) a je úzce spojeno s výzkumy neurologů P. Brocy a O. Wernickeho ve 2. polovině 19. století (Matějček, 1993). V české historii je významnou osobností A. Heveroch. V té době také docházelo k hledání adekvátního terminologického vymezení,

objevovaly se termíny „slovní slepota“, „vrozená oční slepota“ apod. Matějček (1993) uvádí, že ještě v 60. letech se dyslexie a specifické poruchy učení kladly na stejnou úroveň. V 50. letech 20. století výzkum vývojových poruch učení v tehdejší Československu souvisel s psychologickým zkoumáním. Významnými představiteli, kteří se zasloužili o první krůčky v nápravě vývojových poruch učení, byli J. Langmeier a O. Kučera. Do školské praxe se problematika vývojových poruch učení přesouvá až ve 2. polovině 20. století. Na počátku 70. let 20. století byla legislativně zakotvena možnost zřizování specializovaných tříd<sup>12</sup>. Tento systém vzdělávání žáků s vývojovými poruchami učení přetrvával až do 90. let 20. století. V té době nebylo výjimkou, že VPU u žáka nebyly rozpoznány a žák pak v běžné základní škole selhával.

Po roce 1990 se problematika vývojových poruch učení stala takřka věcí veřejnou. Velkou zásluhu na tom měla média, ve kterých byly problémy VPU probírány jak s odborníky, tak s rodiči dětí s VPU i konkrétními osobami s vývojovými poruchami učení. Od omezeného vnímání (zřizování nevelkého počtu specializovaných tříd) této problematiky před rokem 1990 se situace obrátila ke značné medializaci a možno říci i nadsazování daného problému. Do škol začali přicházet žáci s diagnózou vývojových poruch učení, což v dané době s sebou neslo nemálo problémů. Legislativně sice bylo zakotveno zařazování (integrace) žáků s VPU do běžných škol, samotní pedagogové na to však připraveni nebyli. Výraznou osobností té doby byla bezesporu O. Zelinková, která v roce 1994 vydala ucelenou publikaci *Poruchy učení*.

V roce 2004 vychází v České republice nový školský zákon č. 561/2004 Sb., který nabývá účinnosti od 1. 1. 2005. V tomto školském zákoně jsou deklarativně vymezeny kategorie žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Poprvé se mezi nimi objevují i žáci s vývojovými poruchami učení.

## **Charakteristika vývojových poruch učení**

---

V rámci studia problematiky vývojových poruch učení bylo sestaveno mnoho definic, které ve své podstatě tvoří vymezení oblastí, v nichž se VPU demonstrují, a také rámuje kritéria, jež odlišují VPU od ostatních obtíží, které se projevují školní (ne)úspěšností. Na základě známých definic jsme stanovili následující charakteristiku, která spočívá v tom, že VPU:

- představují heterogenní obtíže, projevují se v oblasti nabývání a užívání základních dovedností, mezi něž patří čtení, psaní a počítání, přičemž se projevují v typech

---

<sup>12</sup> Instrukce pro zřizování specializovaných tříd pro děti s poruchou čtení a psaní a specializovaných tříd pro děti s poruchou školní přizpůsobivosti na základních devítiletých školách

vývojových poruch učení, jejich projevech a stupni závažnosti (v jaké míře vstupují zejména do edukačního procesu),

- postihují psanou podobu jazyka, tudíž jsou dávány do souvislostí s vývojem řeči (narušení grafické stránky řeči), ale také neverbální oblasti (deficity v oblasti prostorové orientace, deficity v oblasti paměti, automatizace, pozornosti, plánování atd.),
- jsou podmíněny dysfunkcí centrální nervové soustavy (v MKN-11 řadíme vývojové poruchy učení do neurovývojových poruch, jejichž etiologii je nutno chápat komplexně, často jako neznámou a zároveň vývojově podmíněnou),
- mají individuální charakter, proto se u každého žáka projevují osobitým způsobem, neboť jsou filtrovány přes vnitřní a vnější podmínky vývoje daného jedince, zejména pak kompetenci jeho nejbližšího okolí na tato specifika reagovat,
- mohou se vyskytovat paralelně s jinými typy postižení, jako je smyslové nebo tělesné, ale nejsou jeho přímým následkem,
- mohou se vyskytovat společně s odlišnými kulturními vlivy, ale nejsou jejich přímým následkem, byť odlišit tato specifika na úrovni pedagogické diagnostiky (jako součást identifikace žáka s VPU) a následně na úrovni odborné diagnostiky v PPP je velmi obtížné (i z tohoto důvodu je potřeba dítě dlouhodobě monitorovat, nejlépe již od předškolního věku), je proto třeba nastavit přiléhavě podpůrná opatření a ty průběžně vyhodnocovat v součinnosti s podpůrným týmem na škole (ŠPP) i mimo školu (PPP),
- bývají mnohdy dědičně podmíněné (což zjišťujeme v průběhu diagnostického procesu v rámci anamnestických rozhovorů),
- mohou být jednou z příčin neúspěchu žáka ve škole, platí však, že pokud dojde k včasné a přesné diagnostice a je nastaven adekvátní intervenční program, nemusí u žáka k žádnému neúspěchu dojít; roli zde také hraje očekávání rodičů a vyučujících, přičemž toto očekávání může být esencí (ne)úspěchu,
- nesouvisejí se sníženým intelektem, což prakticky znamená, že pokud je jedinci přiřknuta diagnóza poruch vývoje intelektu, jsou automaticky vyloučeni z VPU, přičemž tento proces je součástí komplexního diagnostického procesu v PPP; toto kritérium je v literatuře známo jako diskrepanční kritérium, které sice bylo podrobováno kritice (např. Pokorná, 2010), v praxi ale přetrvává; historicky se jednalo také o kontraindikování v případě žáků s mentálním postižením, které v pedagogickém kontextu bylo šířeji vymezeno než kategorie mentální retardace (jako zdravotnický termín), a zahrnovalo tedy i populaci tzv. hraničního pásma (dnes spíše užívaný termín snížení kognitivního výkonu), pásma podprůměrné inteligence (Valenta et al., 2020);

z hlediska symptomatologie, která zahrnuje sníženou úroveň kognitivních funkcí, je jasný i přesah do oblastí, které jsou vymezeny jako deficitní i v širším hledisku VPU (pozornost, paměť, vnímání); z hlediska edukace budou obě skupiny vzdělávány na základě podpůrných opatření, v dílčí podpoře se však vzhledem k symptomatologii mohou lišit, zejména v použitých metodách či v reedukačních postupech; hledisko diskrepance najdeme také v charakteristice vývojových poruch učení v rámci MKN-11: „*Výkon jedince v zasažených akademických dovednostech je výrazně nižší vzhledem k biologickému věku a obecné úrovni intelektových funkcí a vede k významnému narušení akademického nebo profesního fungování jednotlivce.*“,

- se netýkají pouze školního věku, v současné době jsou považovány za celoživotní záležitost, jen z principu vývojovosti se daný obraz může proměňovat; do komplexnosti vstupuje schopnost jedince vnímat výzvy, které mu VPU přinášejí, ruku v ruce s nastavením a konkrétní realizací podpůrných opatření nejen v průběhu povinné školní docházky, ale také ve středním vzdělávání; s tím souvisejí úpravy podmínek přijímacího řízení, úpravy podmínek pro konání maturitní zkoušky a nastavení servisních opatření v rámci vysokoškolského studia.

V kontextu historického vývoje náhledů na VPU a rozsahu oblastí, ve kterých se obtíže demonstrují, se v českém, ale i zahraničním edukačním prostoru uchylujeme k oddělení typů, respektive ke konkretizaci jednotlivých vývojových poruch učení s ohledem na symptomatologii. VPU lze tedy chápat také jako nadřazený pojem pro: **dyslexii, dysgrafii, dysortografii, dyskalkulii, dyspraxii**. V české a slovenské odborné literatuře se můžeme setkat i s termíny: **dysmúzie a dyspinxie**. Použité termíny odráží spojení předpony **DYS** (z řečtiny), jako demonstrativu něčeho zeslabeného, vadného, porušeného, s konkrétním slovem značícím poruchu něčeho (*Internetová jazyková příručka, 2008–2024*). Na tomto místě je nutné zdůraznit, že vývojové poruchy učení se častěji vyskytují v kombinacích, což vyplývá z etiologie těchto potíží. Jestli jsou přítomny deficity v oblasti fonologického zpracování řeči, mohou se demonstrovat jak ve čtení (respektive v dekodování textu), tak také v aplikaci jeho konstrukcí s ohledem na ortografii, tedy v psané podobě jazyka, kdy dochází k tzv. specifické chybovosti. Častá je tedy kombinace dyslexie a dysortografie, s ohledem na etiologii také dysgrafie. Může se samozřejmě objevit i kombinace bez dyslexie, jako je dysgrafie a dysortografie, ale také dyslexie a dyskalkulie apod.

**Dyslexie** je první porucha, o které se začalo z vývojového hlediska zkoumání VPU hovořit. Dříve se tento termín (a není výjimkou, že se to stává i dnes, i když s popularizací této problematiky již méně) užíval jako zastřešující pojem pro problematiku poruch projevujících

se v jazyce (dyslexie, dysgrafie, dysortografie). Dyslexie je VPU, která se projevuje v oblasti čtenářských dovedností, a to v základních oblastech, jako je technika čtení a porozumění čtenému textu. Technika čtení závisí na stupni poznávacích schopností, které se u jedince objevují. Vyplývá z úrovně zrakového a sluchového vnímání, prostorové a pravolevé orientace, úrovně intermodality a seriality, ale také motoriky, pozornosti, paměti apod. Technika čtení závisí na metodě, kterou se žák učí číst. V České republice se nejčastěji jedná o metodu analyticko-syntetickou, ale v současné době je již významně zastoupena také metoda genetická a metoda splývavého čtení – sfumato. Technika čtení je u jednotlivých metod odlišná. Nevyzrálá technika čtení se projeví i v rychlosti a chybovosti čtení. To samozřejmě souvisí s porozuměním čtenému textu, které je pak na nižší úrovni, než u žáka daného věku předpokládáme. Dyslexie nevstupuje pouze do osvojování mateřského jazyka, ale také často i do cizího jazyka, z praxe viděno, zejména na podkladě právě oslabení ve sluchovém vnímání. **Dysgrafie** je porucha psaní, která se výrazně projevuje v kvalitě i v kvantitě písemného projevu. Písmo žáka s dysgrafií je neúhledné, obtížně čitelné, což plyne z deficitů poznávacích funkcí, jako jsou zraková paměť, výbavnost tvaru písmena, prostorová orientace na řádku a na stránce, zraková analýza a syntéza a vizuomotorická koordinace. Písemný proces je pomalý vzhledem k věku a inteligenčním předpokladům žáka a vyžaduje neúměrné množství energie, což se může negativně projevit i v obsahu psaného textu.

**Dysortografie** je porucha ortografické stránky jazyka. Projevuje se ve dvou základních oblastech: zvýšený výskyt specifických dysortografických chyb a obtíže při osvojování a aplikaci gramatických pravidel. Specifické dysortografické chyby vyplývají z oslabených poznávacích procesů. Problémy se objevují nejčastěji v oblasti sluchového vnímání, což vede k měkčení a špatnému rozlišení sykavek, nedokonalé sluchové analýze a syntéze. Výjimkou nejsou ani problémy v oblasti řeči, tzv. specifické poruchy řeči. Při osvojování a aplikaci gramatických pravidel problémy pramení např. z poruch paměti a automatizace procesů.

**Dyskalkulie** je VPU, která se projevuje problémy při osvojování matematických vědomostí a dovedností, a to hned v několika oblastech: pochopení číselného významu, manipulace s čísly, matematické operace, osvojování si matematických pojmů, ale také geometrie. Jelikož oblast matematiky je široká, dělíme dyskalkulii podle oblastí, ve kterých se porucha nejvíce manifestuje. Z hlediska potřeby tohoto textu zde jen vyjmenujeme jednotlivé typy: praktognostická, verbální, lexická, grafická, operační (popř. operacionální) a ideognostická dyskalkulie. Pro bližší charakteristiku čtenáře odkážeme na příslušnou doplňující literaturu (např. Blažková, Novák).

**Dyspraxie** je VPU, která se vydělila v oblasti lehkých mozkových dysfunkcí díky cílenější diagnostice. Jedná se o poruchu, která v sobě zahrnuje nejčastěji poruchy hrubé a jemné motoriky, pohybové koordinace a specifické poruchy řeči. Jedná se o poruchu, která se projevuje v oblasti plánování (ideativní dyspraxie) a provádění komplexních volných pohybů (ideomotorická dyspraxie). Projevuje se pomalostí, neohrabaností, nepřesností motorické akce (MKN-11).

**Dysmúzie a dyspinxie** jsou VPU, které se vyskytují pouze v české a slovenské odborné literatuře. **Dysmúzie** vystihuje poruchu hudebních schopností, vnímání a reprodukce hudby. **Dyspinxie** znamená poruchu výtvarných schopností, která se projevuje obsahově chudou kresbou, přičemž fantazie dítěte není narušena. Diagnostika těchto poruch je obtížná a v pedagogické praxi se téměř nevyskytuje, jelikož je obtížné oddělit poruchu od nedostatku nadání. Zároveň se zde demonstrují deficitní funkce, které s velkou mírou pravděpodobnosti budou vstupovat i do jiných oblastí, kterým se v diagnostickém procesu věnujeme a na které by kvalitně vedená intervence (reedukace) měla být cílená.

## **Etiologie vývojových poruch učení**

---

Z hlediska zkoumání etiologie VPU se nabízí několik otázek: Kde a proč vývojové poruchy učení vznikají? Proč je proces čtení a psaní u jednoho jedince narušen a u jiného nikoli? Co je podstatou vývojových poruch učení? V této souvislosti je nutné si uvědomit, že čtení a psaní jsou uměle vytvořené dovednosti, které si lidé pro zjednodušení a urychlení komunikace vytvořili. K tomu, abychom se naučili číst, však potřebujeme mnoho dílčích schopností a dovedností. Ty mohou být u některých osob nedokonalé. Přestože se jedná o dlouhodobé zkoumání, ani v současné době nelze jednoznačně říci, jaké jsou příčiny vývojových poruch učení. Současný pohled odborníků se shoduje na tom, že se jedná o neurovývojovou poruchu, což reflektuje i MNK v 11. revizi.

První snahy o nalezení příčin VPU můžeme najít u Ortona, který je hledal v nedokonalé dominanci jedné z mozkových hemisfér. Ta vedla k tzv. „strephosymbolii“, která se projevovala nepřesným vnímáním (křížením symbolů, zrcadlovým čtením, záměnami písmena, slabik apod.). V návaznosti na tuto teorii spatřovat Orton možnost nápravy v posilování jedné z hemisfér. Přestože teorie jedné „silné“ hemisféry byla časem vyvrácena, výrazným Ortonovým přínosem bylo zdůraznění možnosti nápravy poruch čtení a psaní.

V 60. letech minulého století se zabývali výzkumem příčin VPU Kučera a Langmeier, kteří stanovili 4 základní příčiny: lehké mozkové dysfunkce (tehdy nazývané lehké dětské encefalopatie), dědičnost (heredita), skupina hereditárně-encefalopatická, neurotická nebo

nejasná etiologie. Nutno říci, že nejsou zcela v rozporu se současným poznáním (Zelinková, 2003).

V 70. letech 20. století sestavil katalog příčin VPU Angermaier, který je strukturuje do 4 oblastí: funkční nedostatky a deficity schopností, poruchy koncentrace a menší odolnost vůči námaze, nedostatečné vnější podmínky a konstituční nedostatky. Dané oblasti jsou podrobně rozpracovány v publikaci Pokorné (2001). Tatáž autorka také poukazuje na časové hledisko vzniku odlišností v mozkové struktuře a jejich vliv na VPU. Jedná se o základní 3 období: prenatální, perinatální a postnatální. V prenatálním období se může jednat o infekce matky, krvácení v těhotenství, nekompatibilní Rh-faktor, závislost na lécích a návykových látkách. Poškození v perinatálním období může být způsobeno přímým poraněním novorozence, protražovaným porodem, novorozeneckou žloutenkou apod. V postnatálním období může docházet k poškození centrálního nervového systému nedostatkem kyslíku v krvi, infekčním onemocněním, popř. opakovanými záněty středního ucha (Pokorná, 2001).

Koncem 90. let 20. století Uta Frith shrnuje dosavadní výzkumy zaměřené na odhalení příčin VPU do 3 základních rovin: biologicko-medicínskou, kognitivní a behaviorální (Zelinková, 2003).

V **biologicko-medicínské rovině** hrají významnou roli genetické faktory. To víme již z historických zkoumání (Hinshelwood, Orton) a dnešní výzkumy to potvrzují. Mezi blízkými příbuznými osoby s VPU můžeme předpokládat projevy poruch učení ve 40–50 % (Zelinková, 2003). Pokorná (2001) upozorňuje, že není zřejmé, co je vlastně geneticky přenášeno. Jednoznačně můžeme vyloučit genetický přenos pouze u osob, kdy je prokázáno perinatální poškození. Přestože si uvědomujeme vysoké procento dědičnosti, je v současné době nemožné VPU identifikovat v raném věku. Jednak nejsou vhodné identifikační nástroje, jednak je zřejmé, že ne každá odlišnost musí vést k rozvoji VPU. Pokud tedy budeme uvažovat o jistých odlišnostech v předškolním věku, měli bychom na ně nazírat jako na rizikový faktor ve vývoji a věnovat zvýšenou pozornost rozvoji řeči a pozdějšímu osvojování čtení a psaní (Krejčová, 2019).

Dalším faktorem v této oblasti jsou hormonální změny. Krejčová (2019) s odkazem na Ramuse poukazuje na nevyrovnané hladiny steroidů, které mohou mít vliv na zvýšený výskyt VPU u chlapců (srov. Zelinková, 2003).

Třetím významným faktorem je odlišná struktura a fungování mozku. Ty jsou přisuzovány již období prenatálnímu, kdy se rozdíly začínají utvářet v interakci mezi geny a prostředím. Současné zobrazovací techniky umožňují sledovat aktivitu mozku při jednotlivých činnostech. To by mohlo do budoucna vnést světlo do podpory jedinců s VPU, jelikož upozorní na oblasti,

kteře jsou odlišné (Zelinková, 2003). V současné době se objevuje termín neurální okruhy, které zpracovávají specifické informace. V této souvislosti se také uvažuje o tzv. čtecích okruzích, které bývají u běžných osob lokalizovány v levé hemisféře a souvisí s fonologickými a lexikálně-sémantickými charakteristikami slov. U osob s VPU bývají tyto okruhy narušeny, proto se více aktivuje pravá hemisféra. Rozvíjejí se tak nefonologické oblasti. Osoba se sice naučí číst, nicméně čtení je nedostatečně rychlé a plynulé. Tyto odlišnosti přetrvávají u osob s VPU až do dospělého věku, nicméně si mnoho z nich najde kompenzační mechanismy (Krejčová, 2019).

Na **kognitivní rovinu** můžeme nazírat ze 3 úhlů pohledu. Prvním z nich je diskrepanční hledisko, které poukazuje na rozdíl mezi úrovní inteligenčních schopností a čtenářských dovedností. Současné zkoumání ukazuje, že žádný inteligenční test není tak spolehlivý, abychom mohli jednoznačně říci, že se v něm neprojevují obtíže ve čtení, které mohou výsledky zkreslovat. Z tohoto důvodu nemůžeme rozdíl mezi IQ a dovednostmi ve čtení považovat za významný směrem ke stanovení diagnózy dyslexie (Krejčová, 2019).

Další oblastí jsou problémy ve verbálních schopnostech, jako jsou schopnosti v pochopení a užívání mluvené řeči, morfologická a syntaktická obratnost, adekvátní jazykový cit. Častým nedostatkem u osob s VPU jsou i specifické poruchy řeči (specifický logopedický nález) (Zelinková, 2003).

Třetí oblast, která je v současné době považována za velmi významné kritérium v etiologii VPU, není ve své terminologii jednotná. Objevují se termíny fonologický deficit, fonologické zpracování informací, fonematické povědomí (srov. Zelinková, 2003; Pejčochová, 2010; Krejčová 2019). Fonematické povědomí spočívá v tom, že slova lze členit na menší části (slabiky, hlásky), které je nezbytné užívat při čtení. Obtíže ve fonematickém povědomí souvisí s obtížemi ve fonologické manipulaci (rýmování, identifikace slov v textu, paměť, výbavnost pojmů apod.).

**Behaviorální úroveň** je charakterizována dovednostmi v procesu čtení, psaní. Problémy se objevují v dekodování slov, nedostatečné identifikaci slov v psané a tištěné podobě. Může jít o důsledek přetrvávajících obtíží v technice čtení a porozumění mluvenému a čtenému sdělení (srov. Zelinková, 2003; Krejčová, 2019).

## **Identifikace vývojových poruch učení ve školním prostředí**

---

Vývojové poruchy učení mají ve skupině speciálních vzdělávacích potřeb specifické postavení hned v několika ohledech. Prvním z nich je pohled diagnostický. Vzhledem k podstatě VPU se

jejich projevy výrazně manifestují nejdříve v průběhu povinné školní docházky. Již v předškolním věku lze sice vysledovat jistá rizika, ale konečná diagnostika probíhá až v době školní docházky. Rizika, která se projevují v předškolním věku, kopírují oblasti nezbytné pro úspěšný vstup do základní školy. Jedná se o malou slovní zásobu, přetrvávající výskyt dysgramatismů, problémy s rychlým jmenováním předmětů, obrázků, problémy s fonologickým uvědoměním, zrakovým vnímáním, paměťí apod. U dětí s rizikem VPU je také často snižená pozornost (Zelinková, 2008). Primární identifikace VPU je většinou v rukách vyučujících, zejména na 1. stupni základní školy. Proto je nezbytné, aby vyučující disponovali kompetencemi, které vedou ke správné diagnostice a následné podpoře žáka se VPU. Základní znalosti o problematice VPU však nemohou mít pouze vyučující 1. stupně základní školy, ale všichni, kdo žáky a studenty s VPU vzdělávají, středoškolské a vysokoškolské pedagogy nevyjímaje. Identifikace problémů promítajících se do čtení, psaní, počítání a dalších školních dovedností musí být komplexní a na základních, popř. středních školách se na ní musí podílet vyučující, speciální pedagog, rodič i samotný žák. Nezbytností je včasné rozpoznání problémů a nastavení optimálních intervenčních mechanismů. V případě, že nastavená intervenční opatření nepostačují, je nezbytné podniknout další kroky. Většinou se jedná o diagnostiku v pedagogicko-psychologické poradně.

## **Vyučující jako subjekt identifikačního procesu**

---

Vývojové poruchy učení mohou být příčinou selhávání žáka ve škole v některých oblastech, proto je nezbytné, aby vyučující rychle zareagoval na tyto signály. Musí brát přitom v potaz adaptaci žáka na školní prostředí, jeho intelektové předpoklady, dlouhodobý i aktuální zdravotní stav, sociální postavení žáka ve třídě a jeho rodinné zázemí. Výhodou vyučujícího je možnost dlouhodobého pozorování žáka, každodenní spolupráce a vyhodnocování dílčích pokroků a úzká součinnost s rodiči žáka. K efektivní identifikaci žákových problémů ve škole je nutné si odpovědět na dvě základní otázky: *Jak budeme identifikovat?* (tj. jaké metody máme k dispozici) a *Co budeme identifikovat?* (na co se konkrétně zaměříme). Vyučující má k dispozici základní metody pedagogické diagnostiky, jako je pozorování, rozhovor, analýza prací žáka. Při pozorování si může stanovit oblasti, na které se zaměřuje. Jedná se o vlastní práci žáka ve vyučování, jeho zájem, aktivitu, schopnost samostatné práce i schopnost kooperace se spolužáky. Vyučující by měl sledovat, které výukové strategie žákovi vyhovují více a které méně. Nezbytné je sledovat reakce žáka na úspěch a neúspěch. Další oblastí pozorování by mělo být chování žáka nejen ve vyučovacích hodinách, ale také o přestávkách. Výhodou dlouhodobého pozorování je to, že vyučující vyhodnotí, jak je žák schopen zapojit se

do vyučovacího procesu v průběhu celého dne a týdne, jelikož u žáků s rizikem VPU je častá snížená koncentrace pozornosti a zvýšená unavitelnost. Vyučující také dlouhodobě analyzuje domácí přípravu žáka a spolupráci s rodinou. Další metodou, kterou vyučující v průběhu identifikačního procesu využívá, je rozhovor. Rozhovorem zjišťujeme doplňující informace, které nemůžeme zjistit jinými metodami. Otázky rozhovoru směřujeme k zjištění informací ohledně vztahu rodiny ke škole, obdobným problémům u členů rodiny a přípravě žáka do školy. Neopomenutelnou metodou je analýza dokumentů žáka, která odpovídá na otázku: *Co budeme identifikovat?* To znamená, na jaké oblasti se budeme zaměřovat. Základními oblastmi jsou čtení, psaní a počítání. Při čtení se zaměřujeme na techniku čtení, chybovost (kvalitu a četnost chyb) a porozumění čtenému. Sledujeme rozdíly mezi nepřipraveným a připraveným čtením. Obdobně je to při psaní, kdy sledujeme výbavnost tvaru písmen, vizuomotoriku, dovednosti v opise, přepise a diktátu, grafomotorické dovednosti. Při analýze matematických dovedností se zaměříme na osvojení předmatematických představ, číselných představ, orientace na číselné ose, pochopení geometrických pojmů a vztahů (Kovářová et al., 2019).

### **Speciální pedagog jako subjekt identifikačního procesu**

---

Pokud je ve škole přítomen speciální pedagog, je výraznou podporou vyučujících při identifikaci možných VPU. Vyučujícím pomáhá s výběrem vhodných metod, forem práce a metod hodnocení. Konzultuje s vyučujícími vhodné strategie učení u konkrétních žáků. Speciální pedagog používá různé identifikační a diagnostické nástroje, které zjišťují schopnosti a dovednosti žáka. Standardizovaným nástrojem je *Diagnostika schopností a dovedností v oblasti čtení, psaní ve škole* autorky J. Bednářové a kol. Tato diagnostika je koncipována pro 1. a 2. ročník a pro 3. a 4. ročník ZŠ. Podmínkou využívání je absolvování kurzů zaměřených na administraci a interpretaci výsledků. Dílčí testy jsou zaměřeny na čtení, psaní, fonologické uvědomování, zrakovou a prostorovou orientaci. Výsledky testů a subtestů se projevují ve 3 stupních: odpovídá stupni výuky, stimulace vhodná a stimulace nutná. Při vyhodnocení testu posuzujeme rozložení jednotlivých schopností a dovedností ve všech sledovaných oblastech, přičemž cílem není stanovit diagnózu vývojových poruch učení, ale na základě vývojové úrovně dítěte zacílit vhodná intervenční opatření. Při interpretaci je nutné brát v potaz všechny doprovodné faktory, jako je rozložení rozumových schopností, úroveň jednotlivých dílčích schopností, pozornost, tempo, paměť a sociokulturní prostředí. Obdobně je zpracována i *Diagnostika matematických schopností a dovedností pro 1. a 2. ročník a 3. a 4. ročník*. Kromě přímé podpory, kterou speciální pedagog poskytuje vyučujícím a žákům s rizikem VPU, je významnou součástí při spolupráci s rodinou.

## **Rodiče jako subjekt identifikačního procesu**

---

Rodiče žáka jsou významným faktorem v jeho úspěšném vzdělávání. Jedná-li se o žáka s rizikem VPU, je nezbytné se s rodiči domluvit na jednotném postupu. Primární je rodičům vysvětlit problémy dítěte a jejich možné příčiny. Výchozím momentem dobré spolupráce je získání důvěry rodičů v to, že se jejich dítěti snažíme maximálně pomoci. Při domácí přípravě na vyučování to znamená akceptovat doporučení vyučujících, popř. speciálních pedagogů. Nezbytná je pravidelná a nepřetěžující příprava. Vyučující pak společně se speciálním pedagogem a rodiči vyhodnocuje dílčí pokroky žáka, popř. analyzuje jeho neúspěchy. I přes vhodně nastavené intervenční mechanismy může dojít k nedostatečnému posunu. Pak je vhodné s rodiči prokonzultovat další postup a primárně podstoupit diagnostiku VPU v pedagogicko-psychologické poradně.

## **Žák jako subjekt identifikačního procesu**

---

Základním východiskem pro pokroky žáka je uvědomění, že žák není pouhým objektem vzdělávání, ale jeho postoje a názory jsou pro vzdělávací proces velmi důležité. Ve vztahu k rizikům VPU s žákem diskutujeme o tom, jak se ve škole cítí, které předměty má rád, a naopak, které rád nemá a proč. Důležitou informací je, jak se sám hodnotí ve vztahu k ostatním žákům. Cílem je analyzovat pocity žáka, podpořit jej v jeho úsilí a zvyšovat jeho sebepojetí i přes dílčí neúspěchy.

## **Diagnostika vývojových poruch učení v pedagogicko-psychologické poradně**

---

Pedagogicko-psychologická poradna (dále PPP) patří mezi školská poradenská zařízení. Velmi výrazná část její agendy spočívá v diagnostice VPU. Jak již bylo uvedeno výše, mají VPU ve skupině speciálních vzdělávacích potřeb specifické postavení. V současné době není nutné ke stanovení diagnózy žádné lékařské vyšetření, diagnóza je stanovena v pedagogicko-psychologické poradně na základě psychologického a speciálněpedagogického vyšetření. Při stanovení konečné diagnózy se přihlíží k závěrům pedagogické diagnostiky, která proběhla v základní škole. V PPP se využívají odlišné diagnostické nástroje. Ve vyhlášce č. 72/2005 Sb. §2b odst. 2 je uvedeno, že *„postupy, nástroje a metody psychologické nebo speciálně pedagogické diagnostiky musí být standardizované. Není-li to možné, volí poradenská zařízení ty postupy, nástroje a metody, které mají prokazatelný přínos pro diagnosticko-intervenční péči ve vzdělávání žáka a slouží k zjištění vzdělávacích potřeb žáka*

*a uzpůsobení postupů práce s ním, a to ve školním i domácím prostředí“.* Na základě vyšetření vydávají pracovníci PPP zprávu, v případě potřeby i doporučení pro další vzdělávání žáka. Zpráva je primárně určena zákonným zástupcům žáka, popř. zletilému žákovi, doporučení pak škole, popř. školskému zařízení. Náležitosti těchto dokumentů jsou specifikovány ve vyhlášce č. 27/2016 Sb. v § 13–16, vzory formulářů pak v přílohách 4 a 5 dané vyhlášky.

## **Intervence u žáků s VPU**

---

Intervenční proces ve vztahu k žákům s dyslexií se v našich podmínkách začal formovat již od 60. let jako součást procesu pochopení a uchopení individuálních zvláštností v učebním procesu, což ale ostatně jen kopírovalo tehdejší segregáčnický způsob vzdělávání. Tzv. „dyslektické třídy“ v současné formě vzdělávání již nemají své opodstatnění. V kontextu inkluzivního vzdělávání žáků s VPU je intervence v první řadě v rukou vyučujícího, dominantně třídního učitele (případně také vyučujícího cizího jazyka, je-li to odlišná osoba), formou individuální intervence, tedy individualizace a diferenciací výuky (což také koresponduje s 1. stupněm podpůrného opatření dle vyhlášky č. 27/2016 Sb. v aktuálním znění). Součástí je promyšlené plánování výuky, případná adaptace materiálů a předkládaných úkolů či činností a v neposlední řadě úprava hodnocení ve formě konkrétní zpětné vazby.

Plánování výuky je myšleno promyšlením cílů, metod a forem práce vzhledem k diferencovanému obsahu vzdělávání, respektujícímu heterogenitu skladby třídy vzhledem ke kurikulu a didaktickému postupu. Na 1. stupni se to týká zejména v oblasti metodiky čtení a psaní a také konceptu zprostředkovávání matematiky. Součástí tohoto plánování je zapracování nástrojů pro průběžnou pedagogickou diagnostiku, její vyhodnocování a opětovné zapracování poznatků do výuky. Tento způsob práce odkazuje na inkluzivní didaktiku (Lechta, 2016).

Při znalosti cílů (výstupů) můžeme adaptovat, modifikovat materiály, úkoly či činnosti tak, aby to respektovalo nastavení žáků, případně jejich limity. Zmíněné adaptace nelze paušalizovat, postupuje se vždy individuálně, s ohledem na záměry vyučujícího a případná specifika (u VPU s ohledem na prozatím nedozrálé či deficitní funkce) žáků.

Tyto adaptace můžeme spatřovat zejména v (Lechta, 2016):

- inputu, tedy v tom, jak bude učivo či podnětový materiál upraven z hlediska grafického designu psaného textu, jako je úprava fontu, zvětšení písma, zvětšení mezer mezi písmeny, vyznačení klíčových slov či slabik tučně, upřednostnění textu před grafickým balastem mnohých učebnic a pracovních sešitů, rozložení textu, příkladů atp.,

- outputu, což se týká zejména procvičování či ověřování pochopení a uchopení učiva, jako např. kombinace ústního a písemného, doplňovací cvičení, respektování fonetického zápisu atp.,
- úpravě časové dotace na přečtení, vypracování a ověřování učiva,
- úpravě míry náročnosti (zejména u žáků s dyskalkulií je potřeba pracovat s mírou abstrakce a komplexicity uvážlivě, krok po kroku), kdy se jedná o míru využívání názorných pomůcek, přehledů, způsobů zadávání instrukce (míra složitosti, modalita),
- míře případné dopomoci, dovysvětlení (využití přítomnosti asistenta pedagoga ve třídě, dopomoc skrze přirozenou funkci vrstevnického učení atp.),
- úpravě rozsahu (na 1. i 2. stupni často diskutovaná modifikace diktátu).

V otázce hodnocení pak lze na základě školského zákona, § 51, požádat o slovní hodnocení (u potvrzených VPU), jež ve vztahu k VPU není v praxi příliš využívané, nicméně nárůst atraktivity formativního hodnocení, respektive přesněji učení, nabízí řadu výhod i pro žáky s VPU. Nutno zmínit, že formativní hodnocení je nedílnou součástí Strategie 2030+. Specifika hodnocení žáků s VPU blíže zpracovávají autorky Jucovičová, Žáčková (2017). Vyučující se zde může opírat o své diagnostické a didaktické kompetence, individualizaci výuky (pro všechny děti) mu umožňuje koncept, jakým je zpracován Školní vzdělávací program (ŠVP), který vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Vyučující se zároveň může metodicky či poradensky opřít o činnosti Školního poradenského pracoviště, dominantně pak speciálního pedagoga, je-li na škole přítomen, popřípadě výchovného poradce a také o Metodiku pro nastavování podpůrných opatření ve školách ve spolupráci se školskými poradenskými zařízeními (Mrázková, Zapletalová 2014, 2016).

Již v 1. stupni podpory může být žák také zařazen (jako součást prevence) do tzv. stimulačně edukačních skupin, které vede poradenský pracovník ve škole jako součást realizace poradenských služeb školy (školský zákon) a naplnění ŠVP v rámci předcházení školního selhávání či v rámci práce s žáky ohroženými výukovým selháváním. Zde je samozřejmě součinnost se zákonnými zástupci nezbytná.

Navýšení stupně podpůrných opatření předpokládá doporučující posouzení v PPP. U žáků s VPU se nejčastěji jedná o 2., popř. 3. stupeň podpůrných opatření v závislosti na komplexnosti vzdělávacích potřeb. Ve většině případů to znamená realizaci předmětu speciálně pedagogické péče (PSPP), v rozsahu 1 hodiny až 2 hodin týdně, individuálně či skupinově, dle závažnosti obtíží. Je vhodné vzít v úvahu také organizační kapacity školy. Zde je zapojení zákonných zástupců nezbytné, neboť aby byla tato intervence (v kontextu VPU využíváme spíše pojem reedukace) úspěšná, musí mít jistou četnost, cílenost a dlouhodobost. Obsah reedukace se liší

v závislosti na stupni základní školy. Na 1. stupni je důraz kladen v první řadě na reedukaci funkcí, které společně podmiňují obtíže, dále na utváření dovedností správně číst, psát a počítat vhodnou volbou metodiky, ale také volbou specifických reedukačních postupů a případného využívání kompenzačních pomůcek. V neposlední řadě také na intervenci vzhledem k akceptaci specifčnosti způsobu zpracovávání informací a učení se a budování adekvátního sebeobrazu (Zelinková, 2003, Pokorná 2010).

Rozvoj, tedy spíše reedukace dílčích funkcí, spočívá v realizaci specificky tvořených předkládaných úkolů, zaměřených na zrakové a sluchové vnímání (speciální část tvoří fonologické uvědomování), prostorové vnímání, intermodální spojení, serialitu, sluchovou a zrakovou paměť, vnímání a reprodukci rytmu atp. Během let bylo vytvořeno nespočet intervenčních metod a postupů, které jsou využívány i ve školním prostředí. Avšak z hlediska neurovývojových souvislostí by měly být naplněny jisté principy, které ne vždy je možné právě ve škole, 1x za týden, zajistit. Velice často je tak tato činnost směřována i do domácího prostředí, kde speciální pedagog provází rodiče (zákonného zástupce) tímto procesem.

Účinnost reedukace by měla být, volně dle Pokorné (2010), zajištěna tím, že bude cílená a zaměřená na specifika daného žáka:

- měla by respektovat jeho vnitřní i vnější podmínky pro učení a odrážet celkovou situaci žáka, jeho vztah k učení, práci na sobě, zaseté kompenzační mechanismy bránící vhléd do situace, učební strategie, postavení žáka v rodině, v třídním kolektivu,
- měla by být přesná v diagnostice obtíží (tzv. „nespravovat, co není rozbité“), tím pádem promyšlená, co se týče obtížnosti předkládaných úkolů (orientovaná na zónu nejbližšího vývoje), postavená na dílčích krocích (dokud neovládne žák jednu obtížnost bez chyby, nepouštíme ho do další),
- zaměřená na pocit úspěchu a pocit kompetence, že se je žák schopen učit a využívat svůj maximální potenciál (permanentní neúspěch vede ke ztotožňování se),
- postavená na každodenní pravidelné práci (tedy systematická, většina intervenčních programů uvádí 10–15 minut denně), založená na práci s porozuměním (žák rozumí tomu, co dělá) a zacílená na vytvoření podmínek pro koncentraci (kdo se nesoustředí, nepracuje s porozuměním),
- samozřejmě, jako jakýkoli jiný „trénink“, měla by být dlouhodobá (při zajištění podmínek jdou vidět pokroky zpravidla hned, i když zprvu sledujeme jen tzv. „mikrozměny“ v úrovni afektivní) a systematická, jednotlivosti je vždy ale nutno zasazovat do struktury (struktura gramatických pravidel, aritmetika, geometrie, v čemž pomáhá práce s vizualizací pravidel, algoritmů, práce s mentálními mapami...).

Na druhém stupni by se měl navýšit čas v rámci reedukace na rozvoj dovedností práce s textem (efektivní práce s porozuměním čtenému textu i jiného než beletristického charakteru), instrukcemi a učebními strategiemi. Dále se intervenční činnosti orientují na schopnost tvorby efektivních zápisků, učebních návyků, na práci s technologiemi (procvičovací aplikace, AI aplikace), podpory a rozvoje kognitivních a exekutivních funkcí a na rozvoj metakognice. Což samozřejmě předpokládá již rozvinuté dílčí funkce, v maximálním možném rozsahu, jak je to u daného žáka jen možné.

Na středních školách již intervence probíhají spíše jako konzultace u vyučujících (zejména jazyků) pro přípravu na maturitní zkoušku. Velice často jde o konzultace při vlastní konstrukci textu, gramatická pravidla a způsob kontroly, metody práce s textem (jak se efektivně učit z textu). Díky technologiím a přenesení výuky do online prostředí, nejen jako postpandemický následek, se tato stránka častěji přenáší do samostatné aktivity žáka formou mikrolearningu, YouTube tutoriálů a práce s aplikacemi postavenými na generativních jazykových modelech apod.

## Závěr

---

Již Matějček (1993) hovoří o tom, že vývojové poruchy učení jsou pravděpodobně stejně staré jako sama lidská vzdělanost. Vzhledem k tomu, že teprve od minulého století výrazně stoupá informační potřeba a lidé jsou stále více odkázáni na získávání a uchovávání informací pomocí čtení a psaní, je v současné době existence VPU více nápadná. Matějček (1993) s odkazem na Muchiellioho hovoří o VPU jako o „nemoci století“. Neznamená to však, že by vývojové poruchy učení teprve vznikaly nebo se více šířily, ale vzhledem k vyšším nárokům, které jsou kladeny na vzdělání a práci s informacemi, jsou více nápadné (srov. Matějček, 1993; Krejčová, 2014). Je tedy nezbytností současné pedagogické praxe, aby žáci s VPU byli včas rozpoznáni a adekvátně podpořeni ve svém vývoji. Důležité je, aby každý žák uměl pracovat se svým potenciálem. K tomu, aby se to naučil, potřebuje vnímavého, empatického a odbornými kompetencemi vybaveného vyučujícího.

## Literatura

---

*Internetová jazyková příručka.* (2008–2024). Internetová jazyková příručka. Retrieved October 19, 2024, from <https://prirucka.ujc.cas.cz/?id=123>

Jucovičová, D., Žáčková, H. (2017). *Školní hodnocení a žáci se specifickými poruchami učení a chování.* D+H.

Kovářová, R. (2004). 5% nebo 11%? A co dál? In J. Kysučan (Ed.), *Specifické poruchy učení: Specifické poruchy učení - problém stále aktuální Ostrava*. Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta.

Kovářová, R., Klugová, I., & Chlebcová, H. (2019). *Metodika práce s žáky se specifickými poruchami učení v inkluzivním vzdělávání*.

Krejčová, L. (2019). *Dyslexie: psychologické souvislosti*. Grada.

Krejčová, L., Bodnářová, Z. (2014). *Specifické poruchy učení*. Edika.

Lechta, V., ed. (2016). *Inkluzivní pedagogika*. Portál.

Matějček, Z. (1993). *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. H&H.

Mrázková, J., Zapletalová, J. (2016). *Metodika pro nastavování podpůrných opatření ve školách ve spolupráci se školskými poradenskými zařízeními*.

Pejšochová, J. (2010). Specifické vývojové poruchy učení – oblasti funkčního deficitu a modely poruch. *Neurologie pro praxi*, 11(6), 378–381.

<https://www.solen.cz/pdfs/neu/2010/06/05.pdf>

Pokorná, V. (2001). *Teorie a náprava vývojových poruch učení* (4. ed.). Portál.

Pokorná, V. (2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Portál.

Valenta, M., Morávková – Krejčová, L., & Hlebová, B. (2020). *Znevýhodněný žák*. Grada.

Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. Portál.

Zelinková, O. (2008). *Dyslexie v předškolním věku?* Portál.

Instrukce pro zřizování specializovaných tříd pro děti s poruchou čtení a psaní a specializovaných tříd pro děti s poruchou školní přizpůsobivosti na základních devítiletých školách, 4151/72-201 § (1972).

Vyhláška č. 72/2005 Sb. vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (2019). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72#pl>

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

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-73>

Vyhláška č. 27/2016 Sb. vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. (2010–2020). *Zákony pro lidi*. Retrieved June 12, 2019, from

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27/zneni-20200101>

Zákon č. 561/2004 Sb. o zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon): školský zákon. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561?text=561%2F2004>

# Úloha speciální pedagogiky v práci s osobami s nadáním

PaedDr. Renata Kovářová, Ph.D.

## Opodstatněnost k zařazení problematiky nadaných žáků do speciální pedagogiky

---

V posledních letech dochází k rozšíření obzoru speciální pedagogiky, a to jak v rovině vertikální, tak i horizontální. Z vertikálního pohledu se již speciální pedagogika nezabývá pouze dětmi a mládeží, jak tomu bylo dříve, ale postihuje celé věkové spektrum od narození, popř. zjištění problémů až po stáří. V horizontální rovině se rozšiřuje zájem speciálních pedagogů i o nové jinakosti a odlišnosti, které souvisí s rozvojem společnosti. V souladu se současným inkluzivním pojetím rozvoje osobnosti je na místě zařadit do speciální pedagogiky i osoby s nadáním. Přestože heslem inkluze je „*Normální je být jiný*“, většina společnosti se na osoby, které se vymykají „normálu“, dívá s obavami. Mezi tyto osoby můžeme řadit i jedince s nadáním. Ač se na první pohled jeví, že nemohou mít žádný problém, opak je pravdou a neobáváme se říci, že mohou být v průběhu svého rozvoje znevýhodnění nepochopením svých vrstevníků, ale i vyučujících. Také česká školská legislativa vnímá potřebu podpory žáků s nadáním. Ve vyhlášce č. 27/2016 Sb. je čtvrtá část věnována nadaným a mimořádně nadaným žákům. Za nadaného žáka je považován „*žák, který při adekvátní podpoře vykazuje ve srovnání s vrstevníky vysokou úroveň v jedné či více oblastech rozumových schopností, v pohybových, manuálních, uměleckých nebo sociálních dovednostech*“. Za mimořádně nadaného žáka je považován žák „*jehož rozložení schopností dosahuje mimořádné úrovně při vysoké tvořivosti v celém okruhu činností nebo v jednotlivých oblastech rozumových schopností, v pohybových, manuálních, uměleckých nebo sociálních dovednostech*“. Jestliže srovnáme obě tyto charakteristiky, pak vidíme rozdíly v míře nadání a tvořivosti. Z charakteristiky nadaného žáka vyplývá, že je mu potřeba poskytnout adekvátní podporu, aby byl schopen rozvinout své schopnosti. Dalším spojovacím elementem se speciální pedagogikou je diagnostika. Obdobně jako u ostatních žáků se speciálními vzdělávacími potřebami diagnostiku mimořádného nadání včetně vzdělávacích potřeb žáka provádí školské poradenské zařízení ve spolupráci se školou,

kteřá ůáka vzdělavá. Pokud se nadání ůáka projevuje v oblastech pohybových, manuálních nebo uměleckých dovedností, vyjadřuje se školské poradenské zařízení zejména ke specifikům ůákovy osobnosti, která mohou mít vliv na průběh jeho vzdělávání. Míru ůákovy nadání hodnotí odborník v daném oboru, který poskytne školskému poradenskému zařízení odborný posudek. Jelikož termíny nadaný a mimořádně nadaný je občas obtížné odlišit, budeme pro účely tohoto textu používat jednotný termín nadaný ůák.

## **Multidimenzionální pohled na nadání**

---

Přístupy k nadání se v průběhu 20. století měnily a rozvíjely. Prvotní koncepce **kognitivního přístupu k nadání** byla ještě jednodimenzionální a pro určení osob s nadáním byla rozhodující hodnota inteligenčního kvocientu (dále IQ). Tento přístup prezentuje například L. M. Terman, průkopník výzkumů v oblasti nadání, který ve svém výzkumu (1926) vycházel především z toho, že inteligence je dědičně podmíněna a zůstává stabilní i v průběhu vývoje jedince. Zabýval se sice i prostředím, ve kterém nadání vyrůstali, jejich zdravotním stavem, zájmy i charakterovými a osobnostními zvláštnostmi, nicméně tato data sloužila spíše k pestřejšímu popisu dětí s vysokým IQ (Hřibková, 2005). Ve druhé polovině 20. století vznikají koncepce orientované na osobnost nadaných, které již nevnímaly nadání jako vrozený, neměnný potenciál. **Osobnostně vývojové koncepce** podávají komplexnější obraz o nadání, nejen o jeho vnitřní podstatě, ale také o dalších činitelích, které ovlivňují rozvoj nadání do nadprůměrných výkonů. Modely, které se vztahují k této koncepci, se shodují v základních komponentech, které nadání ovlivňují, přičemž se jedná o složky intelektového i neintelektového rázu. Východiskem osobnostního pojetí se stal Renzulliho model tří kruhů, v jehož průniku spatřuje projevy nadání. Mezi jednotlivé komponenty řadí nadprůměrné intelektové schopnosti, tvořivost a motivaci. Renzulliho model postoupil kritice Mönks a následně jej obohatil o sociální faktory. Důvodem byl fakt, že osobnost se nevyvíjí v „sociálním vakuu“. Původní triádu komponent zasadil tedy do prostředí školy, rodiny a vrstevníků (Hřibková, 2005). Třetím přístupem je **sociálně-kulturní přístup**, který má sice blízko k osobnostnímu přístupu, nicméně na rozdíl od něj zdůrazňuje vliv prostředí a kultury na vývoj jedince. Každá kultura upřednostňuje jiné aktivity, z čehož vyplývá, že za nadané budou považováni ti, kteří manifestují své schopnosti a dovednosti v činnostech, které daná kultura preferuje. Jedním z novějších modelů je **interaktivní systém nadání** izraelské autorky Landau (2007). Na obrázku 1 strany 1–3 a 2–3 trojúhelníku představují vnitřní svět dítěte, strana 1–2 jeho prostředí. Emocionální podpora vycházející z prostředí posiluje „Já“ dítěte, a tím narůstá jeho

odvaha využívat existujících schopností. Naopak intelektuální podpora vytváří rámec pro výzvy a motivaci dítěte. Uvedený model zdůrazňuje nutnou souhru mezi prostředím, které podněcuje dítě emocionálně i intelektuálně, a schopnostmi dítěte, což společně dokáže aktualizovat jeho nadání. Je zde zdůrazněno, že žák v případě podpory vnějšího prostředí může posilovat a maximálně využít svůj potenciál. Podporu ze strany rodičů a učitelů autorka spatřuje v poskytování potřebné míry svobody a jistoty tak, aby dítě získalo emocionální sílu v tom, že může a chce být nadaným. Zdůrazňuje, že pouze souhra mezi kognitivní a emocionální podporou dokáže aktualizovat nadání dítěte (Landau, 2007).



Obr. 1 interaktivní systém v modelu nadání a vzdělávání (Landau, 2007)

## Heterogenita skupiny osob s nadáním

Přestože se jeví, že nadaní žáci tvoří homogenní skupinu, opak je pravdou. Skupina nadaných žáků je výrazně heterogenní, přestože mají společný základní atribut – vysokou míru inteligence. Jako rozlišující znak nadání byla přijata hranice IQ 130, nicméně i mezi jedinci v této skupině jsou výrazné rozdíly. V současné době je využíván metrický systém pro stupně nadání a nutno říci, že jednotliví odborníci se neshodnou v pojmenování ani v hranici IQ. Uvažujeme-li pouze o hodnotě IQ, je zřejmé, že rozdíl mezi jedincem s IQ 130 a jedincem s IQ 160 je značný. Podrobnější klasifikace nadání však má smysl pouze tehdy, když budou nastaveny optimální možnosti rozvoje jednotlivých žáků. Nemůžeme také opomenout fakt, že ve skupině nadaných žáků mohou být takoví, kteří vynikají pouze v jedné oblasti. Jejich zájem je pak většinou zúžen pouze na aktivity, které se k ní vztahují. Ve světle identifikace a následného rozvoje žáků jsou často užívány rozdíly, které stanovila autorka Cvetkovič-Lay,

a to rozdíl mezi bystrým a nadaným dítětem (Laznibatová, 2003). Bystré dítě je zde vnímáno jako dítě mezi průměrem a nadáním, pomocí IQ jej můžeme zařadit do skupiny mezi 120–130 body. Machů (2006) upozorňuje, že ve škole může snadno dojít k záměně těchto jedinců. V tabulce č. 1 uvádíme pouze vybrané rozdíly mezi oběma kategoriemi.

Bystré dítě	Nadané dítě
Zná odpovědi	Klade otázky
Odpovídá na otázky	Zajímá se o detaily, rozpracovává
Chápe významy	Samostatně stanoví závěry
Přesně kopíruje zadané úkoly	Vytváří nová řešení
Je spokojené s vlastním učením a výsledky	Je velmi sebekritické

*Tab. 1 vybrané rozdíly mezi bystrým a nadaným žákem*

Jak již bylo uvedeno výše, inteligence není jediným ukazatelem nadání. V odborné literatuře se uvádí, a praxe to potvrzuje, že v rámci vývoje nadaných žáků dochází k mnoha disproporcím mezi jednotlivými vývojovými oblastmi, často se také užívá termín asynchronní vývoj (Laznibatová, 2003). Vysokou úroveň můžeme spatřovat v oblasti psychického vývoje, intelektové úrovně, verbální složce intelektu. Žák má výborné logické myšlení, vykazuje potřebu získávat nové informace a má zájem o řešení komplikovaných úkolů. Na druhou stranu nízká úroveň je často spatřována v tělesném vývoji, emocionálním a sociálním vývoji, v neverbální složce intelektu. Žák nemá zájem o mechanické získávání poznatků, může mít horší grafomotorické projevy. Nicméně nelze říci, že by všichni nadaní žáci měli ve svém vývoji stejnou míru disproporcí.

V současné době chápeme nadání v celé komplexnosti, přičemž u žáků se jednotlivé komponenty vyskytují v různých kombinacích. Při zkoumání specifík nadání nemůžeme opomenout osobnostní předpoklady jednotlivých žáků. Výzkumy ukazují, že znakem nadaných je značná diverzita osobnostních vlastností. Pro představu uvádíme nejčastější z nich: vysoká angažovanost v úkolu, odmítání konformity, snaha o nezávislost, ctižádostivost, perfekcionismus, specifický smysl pro humor. Tyto vlastnosti vnímáme jako pozitivní, na druhou stranu nadaní žáci mají vysokou emoční reaktivitu (vzrušivost). V případě přemíry emocí se emoce mohou stát destabilizačním nástrojem, což vede k intenzivnímu, nevladatelnému a výbušnému chování. Nadaní žáci se sice snaží své chování ovládat, nicméně je to pro ně velmi obtížné. Zvýšená citlivost jim přináší problémy, se kterými si sami neví rady, a navíc na ně často negativně reaguje i okolí (Stehlíková, 2016). Tyto děti mívají pozitivní vazbu na rodiče a blízké osoby, avšak jsou velmi citlivé na kritiku, přičemž si i drobné výtky pamatují po dlouhou dobu. Častým projevem jsou **existenciální deprese**, kdy se dítě trápí

myšlenkami na globální problémy, jako jsou války a hladomor. Může také pochybovat o sobě samém a trápit se vlastními nedokonalostmi. I malý neúspěch často považují za **katastrofu**. Časté problémy mívají nadaní žáci i v sociální oblasti, což souvisí se schopností žáka socializovat se mezi ostatní vrstevníky, cítit se mezi nimi komfortně. Ovšem tato specifika jsou taky závislá na rozvoji osobnostních dispozic a saturaci potřeb. Nadaní žáci jsou často stydliví, lépe si rozumí se staršími lidmi. Mohou být osamělí a mít výrazné problémy s přizpůsobením se novým situacím. Kladou důraz na pravidla, a vyžadují od ostatních, aby je dodržovali.

Ze známých modelů nadání je evidentní, že většina odborníků považuje tvořivost (kreativitu) za charakteristický rys nadání. Slovo kreativita má původ v latinském **creare**, což znamená plodit, tvořit, vytvářet. Kreativitu tedy považujeme za dynamický proces. Kritika zdůrazňování inteligence vedla k výzkumu kreativity, jelikož testy inteligence ji nejsou schopny postihnout. Postupem času se začaly sledovat vztahy kreativity a inteligence. Kreativita je považována za něco specifického, nikoli za obecný faktor, kterým je inteligence. Vysoká inteligence nepodmiňuje kreativitu, nicméně lze říci, že kreativita na určitém stupni inteligence závisí (Landau, 2007). Kreativní lidé disponují odvahou představitosti a inspirací. Kreativita je faktor, který je důležitý i pro vysoce inteligentního člověka, jelikož bez ní nedokáže vykonat nic nového. Z tohoto důvodu je důležité, aby rodiče i učitelé používali správné postupy k rozvoji kreativity. V následující tabulce uvádíme srovnání rysů inteligence a kreativity.

<b>Inteligence</b>	<b>Kreativita</b>
Jedná se o schopnost sbírat informace a využívat je v různých situacích.	Staví na schopnost inteligence, ale navíc mezi informacemi navazuje nové vztahy.
Využívá konvergentní myšlení.	Využívá divergentní myšlení.
Umožňuje přizpůsobení naučených vědomostí různým situacím.	Nespokojí se s přizpůsobením, snaží se veškeré potenciály v souladu se situací uskutečnit.

*Tab. 2 srovnání rysů inteligence a kreativity (volně podle Landau, 2007)*

Vztahy mezi inteligencí a kreativitou se zabývali různí autoři již v 60. letech minulého století. Ke klasikům v této oblasti patří J. Getzel, P. W. Jackson a P. Torrance. Ti ovlivnili další psychology, kteří se věnovali zkoumání korelace mezi inteligencí a kreativitou, např. J. P. Guilford a R. Hoefner. Z korelačních a faktorových analýz pak vyplývá, že inteligence a tvořivost sice nejsou identické schopnosti, nicméně mezi nimi existují určité vztahy. Na základě různých analýz byly stanoveny 4 základní skupiny vztahů mezi tvořivostí a inteligencí (Lazničatová, 2003):

- vysoká úroveň tvořivosti a vysoká úroveň inteligence;
- vysoká úroveň tvořivosti a nižší úroveň inteligence;

- nízká úroveň tvořivosti a vysoká úroveň inteligence;
- vysoká úroveň tvořivosti a vysoká úroveň inteligence.

Podle výše uvedených kombinací můžeme posuzovat výkony žáka a snahu o nové a neotřelé způsoby řešení. Důležité je dát žákům prostor pro vlastní prezentaci. Abychom si mohli lépe představit, jak bude kreativní žák reagovat a připravit pro něj adekvátní úkoly, přestavíme si v tabulce č. 3, jak se kreativní schopnosti transformují do osobnosti žáka. Nezbytná je však adekvátní podpora.

<b>Kreativní schopnosti</b>		<b>Vlastnosti osobnosti</b>
Fluence (plynulost)	→	zvědavost
Flexibilita (pružnost)	→	odvaha, riskování
Originalita (novost)	→	samostatnost, sebedůvěra
Elaborace (vypracování)	→	dokonalost, preciznost
Senzitivita (vnímavost)	→	imaginace, fantazie

*Tab. 3 transformace kreativních schopností do osobnosti (Lazníbatová, 2003)*

Na rozdíly mezi nadanými žáky můžeme nahlížet také na základě typologie nadaných žáků. Šest základních typů sestavili G. Betts a M. Neihart v roce 1988. V literatuře se setkáváme s tím, že většina odborníků přebírá tuto typologii, popř. mírně upravuje terminologii. V následující části budeme stručně charakterizovat jednotlivé typy i z hlediska nutné podpory (Betts & Neihart, 2021).

- **Úspěšně nadaný žák** je většinou neriskující, bezproblémový perfekcionista. Ve škole se často nudí, ale umí využívat systém pro své výhody. Má tendenci procházet školní docházkou s co nejmenším úsilím, ale přesto dosahuje výborných výsledků. Dobře vychází se svými vrstevníky, je adekvátně včleněn do sociální skupiny. Není si vědom toho, že nerozvíjí dokonale svůj potenciál z důvodu nedostatečné podpory ze strany školy. Z této skupiny pochází nadaný mladý dospělý, který může mít nedostatečné výsledky na vysoké škole a nemá potřebné dovednosti pro celoživotní učení. Z hlediska podpory je tomuto žákovi nezbytné poskytnout akceleraci, jelikož zbytečně setrvává na osvojené úrovni, a zaměřit se na rozvoj nezávislých dovedností směřující k učení.

- **Vysoce tvořivě nadaný žák** je většinou velmi náročný pro učitele i spolužáky. Je vysoce tvořivý, ve škole se cítí nedoceněný a frustrovaný, často platí za rebelu. Má nízkou sebekontrolu, opravuje učitele a prosazuje své názory. Žák často není vítaným členem vrstevnické skupiny, ale občas jej přijímají, jelikož jej obdivují za jeho kreativitu. V průběhu vzdělávání je potřeba tolerantního vyučujícího, vést žáka k sebekontrolě a zdokonalovat sociální dovednosti. V dospělosti je náchylný k rizikovému chování, např. drogové závislosti.
- **Skrytý, maskovaný nadaný žák** většinou popírá svůj talent, podceňuje se, má nízké sebevědomí. Jeho cílem je nevyčleňovat se ze sociální skupiny. Často se projeví na střední škole, kde dojde k radikální změně. Žák se cítí nejistý a úzkostný a udivuje učitele i rodiče častými změnami svých potřeb. Dospělí občas reagují tak, že žák se ještě více zatvrdí. V tomto typu nadání často najdeme dívky. Důležité je nadání rozpoznat, dát žákovi adekvátní úkoly a trvat na jejich splnění.
- **Odpadlý, ztroskotaný nadaný žák** je většinou takový, kterého vzdělávací systém neuspokojuje. Zlobí se na systém i na dospělé, že nenaplnují jeho potřeby, většinou má totiž zájmy, které leží mimo školní osnovy. Škola se mu jeví jako nepřátelská. Často se jedná o žáka, jehož nadání bylo diagnostikováno pozdě, většinou až na střední škole. Má nízké sebevědomí a vyžaduje blízký vztah s dospělým, kterému důvěřuje. Důležité je poskytnout žákovi individuální poradenství, výhodná je také práce s rodinou.
- **Dvakrát výjimečný žák** je ten, který má kombinaci nadání a nějakého postižení. V České republice se dvojí výjimečnost vztahuje zejména k žákům s kombinací nadání a poruch autistického spektra, vývojových poruch učení a ADHD. Diagnostika takového žáka je velmi obtížná a je důležité včas objevit nadání žáka a nastavit vhodná podpůrná opatření. Obecně lze říci, že žák nepodává takové výkony, jaké bychom u žáka s nadáním očekávali. Má problémy ve čtení, psaní, bývá zmatený a nedokončuje úlohy. Často dochází k tomu, že jednotlivé jinakosti (nadání a postižení) se vzájemně negují a žák je považován za žáka průměrného. Školy mají tendenci zaměřovat se zejména na slabé stránky žáka. Tento typ nadaného žáka potřebuje pomoc a podporu speciálního pedagoga.
- **Autonomně nadaný žák** je takový, který se naučil pracovat v daném školském systému a snaží se jej využívat k vytváření nových příležitostí pro svůj rozvoj. Má silné pozitivní sebepojetí, jelikož jsou saturovány jeho potřeby. Jedná se o žáka, který umí řídit své aktivity, je schopen riskovat a cítí se jistý ve své vlastním životě. Spolužáky bývá často

obdivován a respektován, stejně jako vyučujícími. Většinou se tento typ neprojevuje v raném dětství, ale výjimky se mohou vyskytovat.

Kromě všech výše uvedených faktorů, v nichž se mohou jednotliví žáci s nadáním odlišovat, je nezbytné zmínit ještě rodinné prostředí žáka. To je primární ve formování vztahu dítěte ke vzdělávání, a následně i ke škole. Důležitá je zdravá výchova dítěte, adekvátně nastavené klima rodiny, nedirektivní, podporující výchova.

V předcházející části jsme se snažili poukázat na podstatu heterogenity u žáků s nadáním. Popsali jsme velkou variabilitu znaků, které se u žáka s nadáním různě kombinují. Vidíme, že do výbavy žáka a jeho prostředí vstupuje mnoho faktorů, které ovlivňují jeho sebepojetí, možnosti rozvoje a chuť na sobě pracovat. Právě v tomto spatřujeme nedozírný prostor pro práci speciálního pedagoga, který může pomoci žákovi najít vhodný směr rozvoje a pozdějšího uplatnění.

## Identifikace žáků s nadáním

---

Než se pokusíme vymezit identifikační proces žáků s nadáním, je potřeba si odpovědět na několik otázek. První z nich je: *Proč vůbec k identifikaci nadání dochází?* Na to je zcela jednoduchá odpověď. Včasná a přesná identifikace žáka s nadáním zajišťuje adekvátní podporu žáka a je velmi důležitá pro jeho další možnosti vzdělávání. Druhá otázka zní: *Kdo se na identifikaci žáka podílí?* Zde je odpověď složitější, jelikož závisí na tom, jací pracovníci v dané škole jsou. Primární rozpoznání je v rukou učitelů, kteří by měli registrovat odlišnosti v procesu myšlení žáka. Učitel musí spolupracovat s rodiči, kteří by měli projevit součinnost nejen při identifikaci, ale také při vzdělávání. Dalšími subjekty, které do identifikace zasahují, jsou pracovníci školního poradenského pracoviště. Pokud je zde školní psycholog a speciální pedagog, jednoznačně by měli být těmi, kteří pomohou vyučujícím rozklíčovat znaky nadání u konkrétního žáka. Pokud tito pracovníci ve škole nejsou přítomni, přebírá jejich roli výchovný poradce. Závisí tedy na tom, jak je škola poradenskými pracovníky vybavena. Třetí otázka tedy zní: *Jak ve škole celý identifikační proces probíhá a jaké má fáze?* Vymezení identifikačního procesu není v literatuře jednoznačné. Většina se kloní ke zjišťování z důvodu zařazení do adekvátního speciálního programu. Pokusíme se tedy vymezit termín identifikace. Každý autor na něj nazírá z trochu jiného úhlu pohledu. Laznibatová (2003, s. 157) uvádí: *„Identifikace znamená vyhledávání, objevování, rozpoznávání, ale především diagnostikování nadání, nadaných jedinců. Je to vlastně proces vyhledávání dětí, které svými předpoklady vyhovují na zařazení pro různé varianty vzdělávání, pro rozvíjející programy s nadanými ve škole.“* Machů

(2006, s. 24) říká, že: „*Cílem identifikace je vyhledávání dosud neobjevených nadaných a jejich umístění do speciálního programu, který bude svým svěřencům co nejefektivněji pomáhat využívat výjimečné schopnosti a dovednosti.*“ Obě autorky spatřují cíl identifikace v zařazení žáka do vhodného vzdělávacího prostředí. Laznibatová ve své definici pojímá celý identifikační proces – fázi nominační (vyhledávání), fázi identifikační (rozpoznávání) a nakonec i samotnou diagnostiku.

My se v rámci identifikačního procesu budeme držet konkrétnějšího vymezení a rozdělíme jej do tří základních fází. První z nich je **nomínace**, která je první fází celého identifikačního procesu. V této fázi dochází k navržení žáka jako nadaného, přičemž návrhovatelem může být kdokoli – rodič, spolužák, vychovatel, učitel, ale i samotný žák. Druhou fází je identifikace, kde se přikloníme k jednoznačnému vymezení, „*že se jedná zejména o detekci latentního, ještě neobjeveného nadání a následného zařazení do optimálního vzdělávacího prostředí*“ (Kovářová, 2013, s. 51). Vzdělávacím prostředím máme na mysli běžnou základní (střední) školu, kde jsou připraveny podmínky pro vzdělávání žáka s nadáním. Do této fáze identifikačního procesu jednoznačně vstupuje školní speciální pedagog, který může využít speciálně pedagogické metody a postupy při zjišťování nadání. Automatické jsou následky v hodinách, protože je nezbytné, aby viděl žáka v jeho přirozeném prostředí. Vhodné je také aktivně se účastnit výuky, např. jako druhý učitel. Nezbytností je společná analýza prací žáka a jeho výkonů, kterou provádí učitel společně se speciálním pedagogem, popř. i psychologem. V průběhu identifikace na základní škole, můžeme žákovi vést portfolio, abychom mohli lépe vyhodnocovat jeho pokroky. Třetí fází je fáze diagnostická, která je realizována ve školském poradenském zařízení. Zde se na diagnostice podílí psycholog a speciální pedagog, kteří vycházejí z informací, jež obdrželi ze školy a od rodičů. Psychologické vyšetření spočívá v testech inteligence, tvořivosti, pozornosti a paměti. Vyhodnocovány jsou motivační charakteristiky. Speciální pedagog posuzuje zejména schopnosti a dovednosti, které se podílejí na školní úspěšnosti jedince. Dále se jedná o postižení případných vývojových nerovnoměrností v rámci akcelerovaného vývoje. Poznatky získané speciálně pedagogickým vyšetřením dokreslují celkový obraz o nadaném žákovi a slouží jako podklad pro další vzdělávání (Kovářová, 2013).

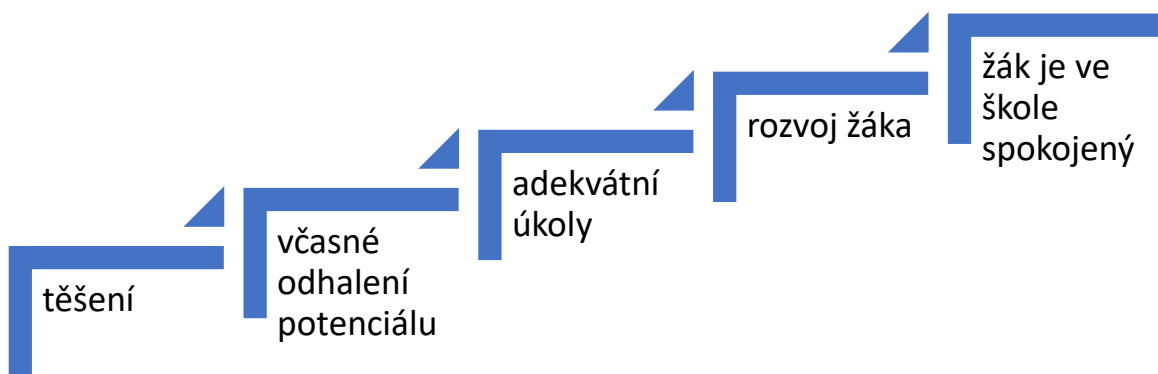
Přestože se na celém identifikačním procesu podílí mnoho odborníků, lze tedy hovořit o komplexním pojetí, může v ojedinělých případech docházet i k chybám. Porterová (in. Jurášková, 2006) hovoří o dvou možných chybách:

- Pozitivní chyba, tzv. neúčinná identifikace, kdy je žák identifikován jako nadaný, přestože ve skutečnosti není;

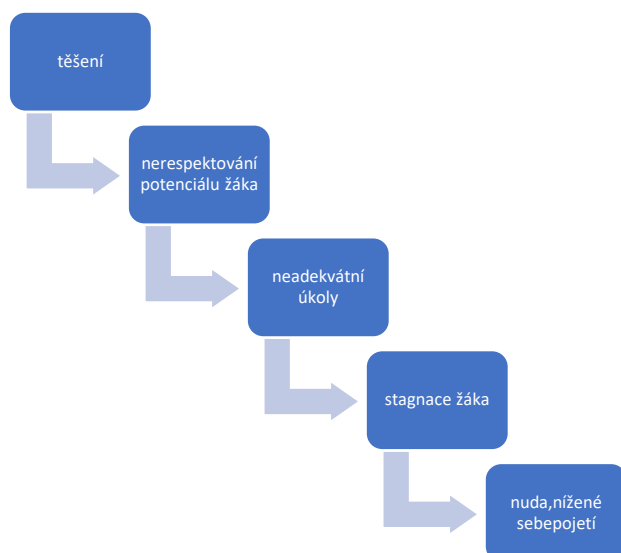
- Negativní chyba, tzv. neefektivní identifikace, kdy v identifikačním procesu dítě není zachyceno. Důvodů může být mnoho, viz typologie nadaných žáků.

Výše jsme uvedli identifikační proces z hlediska jednotlivých fází a zainteresovanosti subjektů. Na identifikaci však můžeme nahlížet i z jiného pohledu, a to z pohledu vertikálního a horizontálního. Ve směru vertikálním sledujeme věk jedince, jedná se pak o identifikaci v předškolním věku, školním věku, mládeže, popř. dospělých. Pokud můžeme vycházet z praxe, nejčastěji dochází k identifikaci v základní škole, ideálně na 1. stupni. Horizontální členění spatřujeme v různých druzích nadání, jako je intelektové, hudební, výtvarné, sportovní apod. Pokud se nadání projeví v oblastech mimointelektových, je na místě, aby se identifikace účastnili např. i odborníci jako učitelé základních uměleckých škol, sportovní trenéři (Kovářová, 2013).

Pokud do základní školy vstupuje žák s latentním nadáním, je potřeba jej co nejdříve odhalit. Mějme na mysli, že i nadaný žák je primárně dítě, které se do školy těší a chce na jedné straně prokázat své znalosti, na straně druhé se chce naučit něco nového (vždyť přece proto do školy jde). Následující obrázky ukazují, jaké mohou být reakce žáka v případě efektivní a neefektivní identifikace.

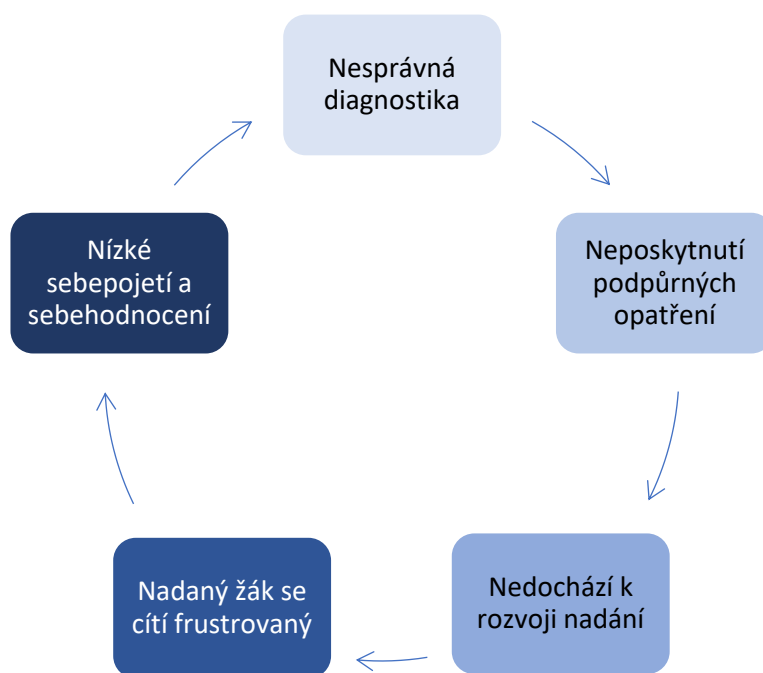


*Obr. 2 efektivní identifikace a nastavení podpory*



*Obr. 3 neefektivní identifikace*

V rámci identifikačního procesu je také nezbytné se zamyslet nad žáky s dvojitou výjimečností. Celý identifikační proces je ztížen projevem druhé jinakosti (např. vývojové poruchy učení, poruchy autistického spektra, ADHD). Často se stává, že se obě jinakosti překryjí a není pak rozpoznáno ani nadání, ani porucha. Žák se jeví jako průměrný, se svými výkony však není spokojený, protože vnímá frustraci z nepochopení. Pokud je žák doporučen do školského poradenského zařízení, většinou ne z důvodu nadání, ale kvůli podezření na přítomnost poruchy. Nadání pak bývá odhaleno jako sekundární produkt diagnostiky. U této skupiny žáků je nezbytné, aby se na diagnostickém procesu výrazně podílel i speciální pedagog a zejména abychom v rámci vzdělávání na žáka nahlíželi primárně jako na žáka s nadáním.



Obr. 4 následky nesprávné diagnostiky u žáka s nadáním

## Možnosti vzdělávání žáků s nadáním

V současném světle inkluzivního vzdělávání se podporuje v České republice zařazení žáka s nadáním do běžných základních škol. Vzdělávání potom probíhá s využitím podpůrných opatření. Podpůrná opatření doporučuje na základě výsledků diagnostiky školské poradenské zařízení a jsou realizována v běžné výuce, eventuálně mimo ni. Ředitel školy má vzhledem k žákům s nadáním jisté organizační možnosti, které upřesňuje vyhláška č. 27/2016 Sb. v § 27 odst. 4–6. Jednou z možností je vytvářet skupiny, ve kterých se vzdělávají žáci stejných nebo různých ročníků školy v některých předmětech. Nadaným žákům lze v souladu s vývojem jejich školních dovedností rozšířit obsah vzdělávání nad rámec stanovený příslušným vzdělávacím programem nebo umožnit účast ve výuce ve vyšším ročníku. Do těchto forem výuky může aktivně vstupovat školní speciální pedagog. Možností je současně vzdělávat žáka s nadáním formou stáží v jiné škole stejného nebo jiného druhu se souhlasem ředitelů příslušných škol. Do jaké míry ředitelé škol tyto možnosti využívají, je otázkou. Určitě se v rámci vzdělávání využívají dva základní přístupy, jedná se o obohacování a akceleraci. Obohacováním (enrichment) rozumíme rozšíření, prohloubení učiva, učebních aktivit nad rámec běžných učebních osnov. Obohacování může být globální, s cílem zvýšit všeobecnou informovanost dětí, nebo tematické, s cílem zvýšit informovanost v rámci jednoho tématu (oboru). Vždy záleží na zájmu a potřebě daného žáka. Obohacování vždy respektuje tři základní roviny:

- Rozšiřování učiva tak, aby postihovalo mezioborové vztahy;

- Prohlubování učiva tak, aby obsahovalo další podrobnosti a detaily o probíraném učivu/tématu;
- Obohacování učiva, které je již nad rámec vzdělávacího programu, a pracuje také se specifiky zájmů vzdělávaných.

Rozšiřování učiva by měl zajišťovat vyučující daného předmětu v rámci individualizace a diferenciací. Dalším přístupem je akcelerace. Akcelerace může být vnitřní (v rámci třídy) a vnější (mezi třídami, popř. školami). Vnitřní akcelerace (zrychlení) znamená přeskočení známých částí učiva, rychlejší tempo, méně opakování, vynechání jednoduchých a mechanických úkolů. Vnitřní akcelerace se neobejde bez rozšiřování, které ji doplňuje. Vnější akcelerace znamená dřívější nástup do základní školy, což specifikuje školský zákon č. 561/2004 Sb. v § 36 odst. 3. Další možností je postup do vyššího ročníku bez absolvování předchozího, který je upraven v školském zákoně § 17 odst. 3. Žák s nadáním se také může vzdělávat podle individuálního vzdělávacího plánu.

Za inovativní přístup ve vzdělávání žáků bystrých a motivovaných (nejedná se přímo o nadané žáky v pojetí současné legislativy) můžeme považovat koncept tříd Světa vzdělání, který byl poprvé zaveden v základní škole v Prostějově a v současné době je již realizován na 21 školách v 7 krajích České republiky. V jednotlivých třídách je rozšířena výuka matematiky, logiky, angličtiny a programování. Důležitou součástí je i osobnostní rozvoj žáků. Ve třídách se učitelé snaží vytvářet optimální podmínky pro rozvoj každého žáka, a to hlavně proto, aby žáci chodili do školy rádi.

V rámci vzdělávání žáka s nadáním je nezbytná součinnost školy a rodiny. Občas jsou na žáka kladeny nepřiměřené nároky, ať ze strany rodiny, nebo školy. Důležité je, aby si obě strany uvědomily, že i když jde o žáka s nadáním, jedná se primárně o dítě, které má nárok na šťastné prožití dětství.

## **Závěr**

---

Závěrem lze říci, že nadaní žáci jsou nedílnou součástí třídních kolektivů. Analýza výše uvedeného textu jednoznačně ukazuje, že skupina nadaných žáků je výrazně heterogenní a faktory, které ovlivňují rozvoj nadání, se navzájem ovlivňují a podmiňují. Faktorem zůstává, že hlavní roli v primárním rozpoznání a následné podpoře nadání hraje škola. Legislativně je proces podpory nadaných žáků zajištěn, záleží pak na tom, jak jsou jednotlivé možnosti ve školách využívány. Obecně lze říci, že vyučující je ten, kdo by měl ve spolupráci s rodinou a dalšími zainteresovanými subjekty (např. speciální pedagog, pedagog volnočasových aktivit

apod.) zajistit adekvátní rozvoj nadání u každého žáka. To, do jaké míry se cítí vyučující být připraveni na identifikaci a efektivní vzdělávání nadaných žáků, zůstává otázkou.

## Literatura

---

Betts, G., & Neihart, M. (2021). *Profiles of the gifted and talented*. Davidson Institute.

Retrieved October 21, 2024, from <https://www.davidsongifted.org/gifted-blog/profiles-of-the-gifted-and-talented/#:~:text=The%20following%20presentation%20of%20six%20different>

Hříbková, L. (2005). *Nadání a nadaní*. Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta.

Kovářová, R. (2013). *Nadaný žák v kontextu doby*. Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta.

Landau, E. (2007). *Odvaha k nadání*. Akropolis.

Laznibatová, J. (2003). *Nadané dieta jeho vývin, vzdelávanie a podporovanie*. IRIS.

Laznibatová, J. (2012). *Nadaný žiak na základnej, strednej a vysokej škole*. IRIS.

Machů, E. (2006). *Rozpoznávání a vzdělávání rozumově nadaných dětí v běžné třídě základní školy*. Pedagogická fakulta MU.

Stehlíková, M. *Život s vysokou inteligencí*. Grada Publishing, a.s.

*Vyhláška č. 27/2016 Sb.: vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*. Zákony pro lidi. Retrieved October 12, 2024, from

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon): Školský zákon. [https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561?text=561%2F2004)

[561?text=561%2F2004](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561?text=561%2F2004)

# Rejstřík

---

## A

Abulie.....	163
Adolf Dannemann .....	11
Agrese .....	165
Agresivní chování.....	162, 163, 168
Akcelerace .....	235
Alternativní komunikace.....	85, 88
Aplikovaná behaviorální analýza....	193, 194
Arteterapie .....	83
ASHA .....	115, 116, 126
Aspergerův syndrom.....	186
Auditivně-orální komunikační systémy..	132
Auditivně-verbální terapie.....	133
Augmentativní a alternativní komunikace .....	193, 196, 197
Augmentativní komunikace .....	85
Autismus.....	185, 186, 202, 203

## B

Balneoterapie .....	82
Bártová .....	74
Bazální stimulace .....	82, 87
Bazální tanec .....	84
Běžné denní činnosti (ADL).....	80
Biblioterapie.....	83
Bílá kniha.....	21, 34
Bilingvální přístup.....	133
Binokulární vidění.....	151
Bobath koncept.....	79
Body-ego technika.....	84
Bohumil Popelář.....	12
Braillovo písmo.....	147

## C

Canisterapie .....	84
Centrum zrakových vad.....	155

## Č

Čadová.....	71, 87
Čádovy sjezdy.....	11

## D

Defektologie. ....	12
Demence .....	53
Děti úchylné .....	11
Diagnostický a statistický manuál .....	164
Diagnostika.....	210, 214, 215, 216, 217
Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy ČR.....	19
Dramaterapie .....	83
Dvojmetoda .....	151
Dynamická neuromuskulární stabilizace (DNS) .....	80
Dysfázie .....	123
Dysgrafie.....	209, 210
Dyskalkulie .....	209, 210
Dyslexie .....	206, 209, 213
Dysortografie.....	209, 210

## E

Early Start Denver Model .....	193, 195, 203
Elektroterapie.....	81
Environmentální faktory .....	69, 188
Ergoterapeutický plán.....	80
Ergoterapie.....	80, 87, 90
ESLA .....	113, 115, 116, 123, 126, 127
Etiologie .....	205, 209, 211
Etopedické poradenství.....	177

Etopedie .....	158, 159	Inkluzivní přístup.....	10
Evropské legislativní dokumenty.....	25	Inkluzivní vzdělávání.....	37
Expresivní terapie .....	83	Integrační tendence .....	9
Floortime .....	193, 195, 203	Intelektové schopnosti .....	52
Foniatrie.....	112, 128	Intelligence .....	224, 225, 226, 227, 228, 231
Fototerapie.....	82	Intelligenční kvocient .....	50
František Čáda .....	11	Interdisciplinární .....	71, 82
František Ludvík .....	12	Intervence.....	158, 160, 163, 166, 211, 217, 219, 221
František Štampach.....	12	Intimní asistence .....	77
Fyzikální terapie .....	81, 89	IQ .....	224, 225
Fyzioterapie .....	79	IVP .....	37
<b>G</b>		J. A. Komenský .....	10
Gastrointestinální problémy.....	200	Jan Mauer.....	11
Genetické faktory .....	212	Jandová .....	82, 87
<b>H</b>		Jazyk ....	113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 129
Handling .....	79	Jazyková stimulace .....	134
Hluboká porucha vývoje intelektu .....	57	Jelínková.....	81, 87
Hodnoty .....	6	Jomtienská deklarace .....	21
Hříbková .....	224	Josef Zeman.....	12
Humanistické období.....	9	<b>K</b>	
Hydroterapie.....	81	Kábele .....	63, 65, 66
Hyporehabilitace .....	84, 88	Kantor.....	88
<b>CH</b>		Klimatoterapie .....	82
Charitativní období.....	8	Klinické testy metod a nástrojů .....	70
Chráněné pracovní místo.....	198	Klinický logoped .....	112
Chrastina .....	66, 87	Kognitivně-komunikační poruchy..	114, 123
Chronického onemocnění .....	66	Kochleární implantát .....	131
<b>I</b>		Kollárová & Hudáčová.....	63
Identifikace.....	207, 213, 214, 226, 230, 231, 232, 233	Komorbidní onemocnění .....	200
Identifikační proces.....	230, 232, 233	Kompenzační činitele.....	147
Impulsivní chování.....	163	Kompenzační pomůcky .....	134, 136
Individuální vzdělávací plán .....	36, 37	Kompetence.....	123
Inhibice .....	79	Kompetenční profil žáka .....	70
Inkluze.....	223		

Komplexní služby .....	154	Mírná porucha vývoje intelektu .....	55
Komunikační strategie.....	138	MKF .....	80
Komunikační systémy.....	132, 142	MKN-11.....	119, 121, 122, 123, 128, 164
Koncepční dokumenty .....	17, 18, 22	Multidisciplinarita.....	49
Kovaříková.....	71, 88	Multisenzoriální učení .....	139
Kovářová .....	70, 84, 88, 90	<b>N</b>	
Krejčířová .....	70, 89	Nadace a nadační fondy.....	77
Krivošítková.....	81, 87	Nadání..	223, 224, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 233, 236
Kurikulární dokumenty .....	34	Nadaný žák.....	224, 228, 229, 230, 232
Kvalita života .....	82	Nápravná pedagogika.....	11
<b>L</b>		Národní legislativní dokumenty .....	27
Landau.....	224	Národní plán.....	18
Laserová terapie .....	81	Národní program rozvoje vzdělávací soustavy.....	21
Léčebná pedagogika.....	11	Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže ....	20, 21, 45
Lhaní .....	163	Narušená komunikační schopnost.....	113, 114, 115
Logopedická intervence.....	135	Nařízení (EU) 2016/697 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů .....	26
Logopedická péče a intervence.....	85	Nařízení vlády č. 211/2010 Sb. o soustavě oborů vzdělávání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání.....	27
Logopedická terapie.....	85	Nemoc.....	66, 87
Logopedie .....	14, 112, 113, 114, 115, 116, 123, 126, 127, 128, 129, 135, 141, 142, 143, 195, 197, 200	Neurobiologické aspekty.....	188
Ludwig Adolf Heinrich von Strümpell .....	10	Neurovývojové poruchy .....	53, 119, 189
<b>M</b>		Neziskový sektor .....	77
Mateřská imunitní aktivace .....	188	Norma .....	6, 160, 161, 165
Mateřské školy.....	38	<b>O</b>	
Memorandum o celoživotním učení .....	21	Obohacování.....	234
Mentální postižení .....	48	Odezírání .....	32, 133, 134
Mentální retardace.....	49	Oftalmopedie.....	144
Mezinárodní klasifikace nemocí .....	54, 115, 119, 128, 146, 164, 188, 205	Oligofrenie.....	51
Mezinárodní úmluvy.....	17		
Ministerstvo práce a sociálních věcí .....	76		
Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) .....	77		
Ministerstva zdravotnictví .....	76		

Omezení hybnosti .....	64	Porucha vývoje intelektu .....	48
Onemocnění, choroba.....	65	Porucha zvukové podoby řeči .....	119, 120
Opatřilová.....	64, 70, 71, 72, 89	Poruchy adaptace .....	52
Orální přístup .....	133	Poruchy autistického spektra .....	186, 187, 189, 190, 233
Osoba se speciálními vzdělávacími potřebami .....	35	Poruchy binokulárního vidění .....	152
Osobnost.....	224	Poruchy polykání.....	114, 116, 118
Osoby nevidomé .....	146	Poruchy řeči.....	114, 116, 119, 122
Osoby s nadáním .....	223	Poruchy řečové komunikace .....	114, 118
Osoby s poruchami binokulárního vidění .....	146	Poruchy spánku.....	200
Osoby s postižení.....	7	Postižení .....	7
Osoby se zbytky zraku .....	146	Potenciál .....	224, 225, 228
Osoby slabozraké .....	146	Povinná školní docházka .....	28, 38, 39
<b>P</b>		Pracovní asistence .....	199
Paidea.....	48	Pragmatika .....	114, 117, 128
Paliativní péče .....	67, 82	Praktická nevidomost.....	147
Participace rodičů žáka.....	60	Prevence.....	158, 159, 170, 172
Pedagogická diagnostika .....	69, 70, 76, 86, 89, 90	Primární prevence.....	172, 173
Pedagogická patologie.....	10	Primární porucha vývoje intelektu.....	53
Pedagogicko-psychologické poradně..	207, 208, 214, 216, 217, 219	Problémové a rizikové chování.....	158, 159, 160
Pedopatologie.....	49	Problémové chování .....	165, 166, 167, 175
Pervazivní vývojová porucha .....	186	prof. Miloš Sovák.....	12
Pichtův stroj .....	148	Progresivní onemocnění.....	66
Pleopticko – ortoptických cvičení .....	154	Provázení.....	76
Poděbradský & Poděbradská,.....	81	Předpracovní rehabilitace .....	80
Podporované zaměstnávání .....	198	Předškolní vzdělávání .....	38
Podpůrná opatření .....	36, 234	Přijímací řízení.....	40
Poradenství .....	70, 76, 88	Psyché .....	48
Port de Bras.....	84	Psychopedie.....	48
Porucha .....	7	<b>R</b>	
Porucha chování ..	158, 159, 160, 161, 163, 165	Rámcový vzdělávací program .....	34, 46, 60
Porucha pozornosti s hyperaktivitou.....	163	Raná péče .....	29, 76, 77
		Raptus .....	163
		RCSLT.....	120, 126

Reedukace .....	211, 219, 220
Reference.....	163
Rehabilitace ..	15, 24, 32, 69, 83, 85, 87, 89, 123, 134
Rehabilitační období .....	9
Represivní období .....	8
Resocializace .....	158
Rizikové chování... ..	168, 170, 172, 173, 174, 177
Rovné příležitosti.....	17, 22, 42
<b>S</b>	
Samostatné bydlení .....	199
Screening.....	137, 174, 179
Sekundární neurovývojový syndrom.....	120
Selektivní mutismus.....	122
Serotoninergní a dopaminergní systém	188
Sexuální asistence .....	77
Sexuální důvěrník.....	77
Sluchové postižení.....	130, 138, 140, 141
Sluchové vady .....	130, 131, 137
Směrnice EU o rovném zacházení v zaměstnání a povolání.....	25
Socializace .....	158
Sociální interakce.....	117
Sociální kognice .....	117
Sociální komunikace.....	113, 114, 116, 117, 121
Sociální pedagogika .....	12
Sociální podniky .....	198
Sociální služby.....	140, 203
Sociální znevýhodnění .....	35
Somatopedie .....	63, 88
Speciálně pedagogická centra ..	28, 41, 77, 135, 137, 178
Speciálně pedagogická diagnostika somatopedická .....	69, 89
Speciální pedagog. ....	214, 215, 216, 220, 230, 231, 234, 236
Speciální pedagogika..	6, 12, 15, 16, 48, 60, 63, 112, 123, 144, 157, 158, 180, 185, 205
Speciální pedagogika a logopedie.....	112
Speciální vzdělávání.....	58
Stacionární onemocnění .....	66
Stav zorného pole .....	146
Strategické dokumenty.....	18
Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2030+ .....	20
Střediska výchovné péče (SVP). ..	27, 30, 34, 37, 41, 178
Středně těžká porucha vývoje intelektu ..	55
Subdeprivace a deprivace .....	162
Subnormalita.....	51
Surdopedie.....	14, 130, 135, 141, 158
Světová deklarace vzdělávání pro všechny .....	21, 45
Svoboda.....	70, 89
<b>Š</b>	
Šilhavost .....	152
Školní poradenská pracoviště (ŠPP) .....	77
Školní psycholog .....	230
Školské poradenské zařízení ....	41, 77, 223, 234
Školský logoped .....	112
Školský zákon .....	17, 27, 28, 33, 35, 36, 38, 39, 47, 51, 137, 143, 155, 181, 182, 206, 219, 222, 235, 236
ŠPZ.....	40
Šteflová .....	72
Šumník.....	73
<b>T</b>	
Tanečně-pohybová terapie .....	84
TEACCH .....	193, 194

Tělesné postižení	63, 64, 70, 73, 75, 77, 78, 79, 83, 84, 85
Terapeutické krmení	85
Terapeutické přístupy	78, 83
Termoterapie	81
Těžká porucha vývoje intelektu	56
Tlumočnické služby	29
Totální komunikace	134
Třískala	82, 89
Tupozrakost	152
Tvořivost	224, 227, 228
TyfloCentrum	157
Tyflopedie	144
Tyfloservis	156
Typologie nadaných žáků	228, 232
<b>U</b>	
Úchylná mládež	11
Ultrazvuková terapie	81
Úmluva o právech dítěte	23
Úmluva o právech osob se zdravotním postižením	24
Úplnou nevidomost	147
Úprava prostředí	80
<b>V</b>	
Vada	7
Vágnerová	70, 89
Vandalismus	163
Vítková	63, 64, 70
Vizuálně-motorické komunikační systémy	133
Vojtova metoda	79
Vokurka	66, 90
Volnočasové aktivity	86
Votava	80
Výbor pro práva dítěte	24
Vyhláška 458/2005 Sb.	31
Vyhláška 458/2005 Sb.	30
Vyhláška č. 207/1995 Sb.	29
Vyhláška č. 27/ 2016 Sb.	28
Vyhláška č.72/2005 Sb.	28
Výchova	48
Vysokoškolského vzdělávání	42
Vývojová porucha jazyka	121
Vývojové poruchy učení	205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 221
Vzdělávací politika	18
Vzdělávání	48
Vzdělávání osob se sluchovým postižením	133
<b>Z</b>	
Zahraniční škola	38, 39
Základní listina práva a svobod	22
Základní škola speciální	60
Základy vzdělání	39
Zákon č. 109/2002 Sb.	30
Zákon č. 110/2019 Sb.	27
Zákon č. 155/1998 Sb.	32
Zákon č. 218/2003 Sb.	31
Zákon č. 435/2004 Sb.	33
Zákon č. 561/2004 Sb.	27
Zákon č.108/ 2006 Sb.	29
Zapsaný spolek	77
Zásady zrakové hygieny	149
Záškoláctví	167
Závislost	165
Zdravotní postižení	63, 64, 76, 77, 80
Zdravotní znevýhodnění	35, 64
Zkratovitě jednání	163
Znakový jazyk	32, 43, 131, 133, 136

Znevýhodněné prostředí.....	53	Zvláštní péče.....	12
Znevýhodnění.....	7	<b>Ž</b>	
Zorné pole.....	149	Žák se zdravotním postižením .....	35
Zrak.....	144	Život limitující onemocnění.....	67
Zraková ostrost.....	146	Život ohrožující onemocnění.....	67

Název: Speciální pedagogika  
Autor: Libuše Ludíková a kolektiv  
Rok vydání: 2025  
Počet stran: 233  
Tisk: Repronis s.r.o., Ostrava

ISBN: 978-80-7599-495-0 (brožováno)  
978-80-7599-496-7 (online; pdf)  
DOI 10.15452/978-80-7599-496-7.2025

© Libuše Ludíková a kolektiv  
© Ostravská univerzita