



Magdalena Hanková
Jana Kasáčková

**metodická příručka
pro studenty UTB
aneb
máme spolužáka
se specifickými potřebami**

1:



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Magdalena Hanková
Jana Kasáčková

**metodická příručka
pro studenty UTB
aneb
máme spolužáka
se specifickými potřebami**

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

© Magdalena Hanková, Jana Kasáčková, 2018

Název: Metodická příručka pro studenty UTB aneb máme spolužáka se specifickými potřebami

Autoři: Mgr. Magdalena Hanková, Ph.D., Mgr. Jana Kasáčková, Ph.D.

Vydavatel: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, www.nakladatelstvi.utb.cz

Grafická úprava: MgA. Dušan Wolf

Obálka: www.nakladatelstvi.utb.cz, <https://de.freepik.com/>

Vydání: První

Vydáno elektronicky

Rok vydání: 2020

ISBN 978-80-7454-896-3



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Strategický projekt UTB ve Zlíně, reg. č. CZ.02.2.69/0.0/0.0/16_015/0002204

KA6 - Adaptace studijního prostředí a tvorba motivačních programů a opatření ke snižování studijní neúspěšnosti na UTB



Vážení studenti,

do rukou se Vám dostává publikace, která je věnována problematice studentů se specifickými potřebami na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, jimž jsou poskytovány rozličné služby, a přibližuje tak řešení situací, do kterých se může student v průběhu svých studií dostat. Cílem metodiky je seznámení se základní problematikou a rozšíření povědomí o službách, jež jsou poskytovány pod Akademickou poradnou, jejichž součástí se můžete stát i Vy jako budoucí profesionálové a rozšířit tak řady poskytovatelů těchto služeb s respektováním zásad individualizovaného a rovného přístupu na vysoké škole.

Autorský kolektiv

Obsah

1/	INKLUZE NA VYSOKÉ ŠKOLE: SOUČASNÝ TREND NEBO ILUZE?	8
1.1	Inkluze jako východisko k vyrovnání příležitostí studentů se specifickými potřebami v terciárním vzdělávání	8
1.2	Student se specifickými potřebami jako aktér terciárního vzdělávání	11
1.3	Antidiskriminační dokumenty a opatření podporující studium studentů se specifickými potřebami na vysoké škole	12
1.4	Centrum pro studenty se specifickými potřebami na UTB ve Zlíně	17
2/	STUDENTI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM A CHRONICKÝM SOMATICKÝM ONEMOCNĚNÍM NA VYSOKÉ ŠKOLE	24
2.1	Slovníček pojmů – úvodní vhled do somatopedické terminologie	24
2.2	Klasifikace a charakteristika vybraných tělesných postižení	26
2.3	Klasifikace a charakteristika chronických somatických onemocnění	29
2.4	Sociálně-psychologické aspekty tělesného postižení a chronického somatického onemocnění	32
2.5	Komunikace se studenty s tělesným postižením aneb O vše, co nezvládnu, si řeknu	35
2.6	Bariéry jako součást života aneb V hlavní roli kompenzační pomůcky	39
2.7	Bariéry jakou součástí života aneb Systémová podpora vysoké školy	44
3/	STUDENTI SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM NA VYSOKÉ ŠKOLE	52
3.1	Slovníček pojmů – úvodní vhled do tyflopeditické terminologie	52
3.2	Klasifikace a charakteristika nejčastějších zrakových vad a poruch	54
3.3	Sociálně-psychologické aspekty zrakového postižení	57
3.4	Komunikace se studenty se zrakovým postižením aneb Nevidím, ale mluvím	61
3.5	Bariéry jako součást života aneb Kompenzační pomůcky	69
3.6	Bariéry jako součást života aneb Systémová podpora vysoké školy	70

4/	STUDENTI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM NA VYSOKÉ ŠKOLE	78
4.1	Slovníček pojmů – úvodní vhled do surdopedické terminologie	78
4.2	Klasifikace a charakteristika nejčastějších sluchových vad a poruch	80
4.3	Sociálně-psychologické aspekty sluchového postižení aneb Osobnost studentů se sluchovým postižením	82
4.4	Zásady komunikace se studenty se sluchovým postižením aneb Naslouchejme očima	85
4.5	Bariéry jako součást života aneb Kompenzační pomůcky a systémová podpora vysoké školy	91
5/	STUDENTI SE SPECIFICKÝMI PORUCHAMI UČENÍ NA VYSOKÉ ŠKOLE	99
5.1	Vymezení základních východisek a pojmů ve vztahu ke specifickým poruchám učení	100
5.2	Vymezení základních východisek a pojmů ve vztahu k ADHD	104
5.3	Sociálně-psychologické aspekty SPU a ADHD	106
5.4	Zásady komunikace se studenty se specifickými poruchami učení a ADHD	108
5.5	Narušená komunikační schopnost (NKS)	109
5.6	Bariéry jako součást života aneb Systémová podpora vysoké školy	112
6/	STUDENTI S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM A STUDENTI S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA NA VYSOKÉ ŠKOLE	118
6.1	Nejčastější psychická onemocnění	119
6.1.1	Mýty a fakta o psychickém onemocnění	126
6.1.2	Zásady komunikace se studenty s psychickým onemocněním	128
6.2	Poruchy autistického spektra (Aspergerův syndrom)	130
6.2.1	Mýty a fakta u osob s PAS	131
6.2.2	Komunikace se studentem s poruchou autistického spektra	132
6.3	Bariéry jako součást života aneb Systémová podpora vysoké školy	132



1 Integrací (z latinského *integratio*, *integrare* = integrovat, scelit, napravit, obnovit) se rozumí mimo jiné vzdělávací diskurz, který dominoval v 70.–90. letech 20. století. Jeho podstatou je podle Vítkové (2004) snaha poskytnout v různých formách výchovu a vzdělání jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami v co možná nejméně restriktivním prostředí, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám. Šámalová (2016) upřesňuje, že integrované vzdělávání je možné chápat jako přístupy a způsoby zapojení žáků se speciálními potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem takového vzdělávání je přitom poskytnout žákům se zdravotním postižením společnou vzdělávací zkušenost s intaktními vrstevníky, a to při zachování respektu k jejich speciálním vzdělávacím potřebám

1/ Inkluze na vysoké škole: současný trend nebo iluze?

„Diverzita vyzdvihuje rozmanitost, která z nás všech činí jedinečné osobnosti. Umožňuje nám pochopit, že není důležité poukazovat jen na to, co máme společného, ale mnohem důležitější je umět vyjádřit, čím se každý z nás odlišuje od ostatních. Právě to totiž může být základním pilířem vytvoření rovnováhy mezi zvláštnostmi a podobnostmi, které zrcadlí naši originální hodnotu.“

___Juraj Komora a Renáta Polakovičová

PO PROSTUDOVANÍ TÉTO KAPITOLY BYSTE MĚLI ZNÁT:

- Vymežit podstatu inkluzivního vzdělávání, jeho cíle a komponenty.
- Legislativní ukotvení práva na vzdělání.
- Mít přehled o legislativních a antidiskriminačních dokumentech upravujících studium studentů se specifickými potřebami na vysoké škole.
- Klasifikaci specifických vzdělávacích potřeb v kontextu vysokoškolského prostředí.
- Specifika podpory studentů se specifickými potřebami na UTB ve Zlíně.

Vzdělávání a jeho konečný výsledek **vzdělání** mnozí z nás vnímají jako něco, co je nedílnou součástí našich životů. Stejně tak se postupně stává samozřejmým předpoklad, že po absolvování střední školy naše kroky zamíří na vysokou školu. Je to totiž právě takto dosažené vzdělání, které představuje jednu z nejvýznamnějších hodnot pro jedince

i celou společnost. Znamená nejen stěžejní podmínku socializace člověka, ale je také předpokladem jeho aktivní ekonomické činnosti a smysluplného společenského uplatnění. Z toho důvodu je nezbytně nutné zajistit **přístup ke vzdělání, patřičné kvalitě studia a srovnatelným výsledkům vzdělávání všem studentům, a to bez ohledu na jejich zdravotní charakteristiky** (Šámalová, 2016).

Snad i proto na chodbách univerzity, přednáškách anebo seminářích můžete v současnosti potkat studenta se zdravotním postižením. Jak se však vyvíjelo jeho vzdělávání v terciárním stupni? Bylo vždy samozřejmé? Proč je nazýván jako student se specifickými potřebami? A na jakou formu podpory a služby má během studia na UTB ve Zlíně nárok? Na (nejenom) tyto otázky budeme hledat odpověď v právě čtené kapitole.

1.1 Inkluze jako východisko k vyrovnání příležitostí studentů se specifickými potřebami v terciárním vzdělávání

Česká republika se v posledních letech hlásí k evropskému standardu univerzitního vzdělávání, z něhož mimo jiné vyplývá **vytváření systému podpory ke zpřístupnění vysokoškolského vzdělávání studentů se specifickými potřebami**. K naplnění těchto snah v posledních desetiletích výrazným způsobem přispívá koncept **inkluzí**, který postupně nahrazuje filosofii tzv. integrace.¹

Co je podstatou inkluzivního vzdělávání?

Ačkoliv se o inkluzivním vzdělávání (z anglického *to be included* = být úplnou součástí, zahrnutí, obsazení, začlenění) v prostředí českého školství diskutuje na různých úrovních již více než 20 let, jeho výklad, jak upozorňuje Adamus (2015), zůstává prozatím nejednotný. V odborné literatuře se tak můžeme setkat s následujícími – odlišnými – definicemi

tohoto termínu. Ve shodě s mnohými autory (Tassoni, 2003; Lechta, 2010; Hájková, Strnadová, 2013; Kratochvílová, 2013; Zezulková a kol., 2013; Šámalová, 2016) lze říci, že:

- inkluze je novou kvalitou („nadstavbou“) integrace;
- inkluzivní vzdělávání se zaměřuje na třídu a strukturu systému, ve kterém se mají vzdělávací podmínky a účast na vstupech do heterogenní studijní skupiny organizovat především společně;
- podstatou inkluze je přesvědčení, že všichni studenti mají specifické potřeby, a proto se heterogenita studentské populace stává jednou z nezměnitelných podmínek škol;
- inkluze se nezaměřuje jen na vymezené skupiny studentů, ale zaměřuje se na všechny vzdělávané jedince; zaměření se na potřeby, opatření a výukové strategie využitelné u všech uchazečů a studentů.

Ať už se přikloníme ke kterékoliv z předložených definic, inkluzi můžeme jednoznačně chápat jako prostředek podporující zajištění **rovného přístupu ke vzdělávání**, jenž zahrnuje také prvky **odstraňování potenciálního diskriminačního jednání** směřovaného ke studentům se zdravotním postižením. Lze tedy předpokládat, jak doplňují Veselý a Matějů (2010), že dojde k naplnění základních charakteristik **spravedlivého vzdělávacího systému**, jenž garantuje, že vstup do terciárního vzdělávání, míra participace a jeho výsledky závisí pouze na **vrozených schopnostech a studijním úsilí studenta** – bez ohledu na sociální či osobnostní faktory, sociálně-ekonomický status, pohlaví, národnost, věk, bydliště anebo zdravotní postižení.

Jinými slovy se **diverzita**, tzn. rozmanitost studentské populace, postupně stává normou, s níž se můžeme stále častěji setkávat i ve vysokoškolském prostředí. Jak totiž doplňují Bendl a kol. (2015), právě inkluze popírá vylučování některých osob ze společnosti, jakékoliv předsudky a diskriminaci. Jejím úkolem je naopak vybudovat **společenství otevřené všem**

bez rozdílu, kde už studenti s postižením nejsou považováni za „jiné“, protože každý z nich má svou cenu a potřeby, které je třeba vnímat jako běžnou součást našich životů.

Jaké jsou cíle inkluzivního vzdělávání v terciárním vzdělávání?

Jsou tak naplněny hlavní **cíle inkluzivního vzdělávání v terciárním vzdělávání**, které Kratochvílová (2013) spatřuje v následujících oblastech:

- **Humánní**, jež vychází z konceptu spravedlnosti ve vzdělávání. Je založena na přesvědčení, že existuje nezbytný lidskoprávní požadavek poskytovat lidem rovné možnosti rozvíjet vlastní schopnosti a plně participovat na fungování společnosti. Pro tyto účely je pak třeba zajistit, aby osobní a společenské okolnosti nepředstavovaly překážku v naplnění vzdělávacího potenciálu jedince.
- **Právní**, jež chápou vzdělávání jako základní lidské právo. Je tedy třeba koncentrovat se na práva všech studentů a tedy i odmítnutí segregace.
- **Sociální**, které argumentují tím, že takto koncipovaným vzděláváním jsou školy schopny jednak ovlivňovat postoje k diverzitě a podporovat nediskriminující společnost, stejně tak ale skrze kvalitní vzdělávání podporují sociální soudržnost.

Jaké jsou komponenty inkluzivního vzdělávání?

Jak tedy dodává Tassoni (2003), právě inkluzivní vzdělávání podporuje skutečnost, že všichni aktéři vzdělávání se vzájemně potřebují a je to to právě různorodost, jež se může stát zdrojem síly pro všechny živé systémy. Můžeme tedy shrnout, že do vzdělávání studentů se zdravotním postižením v prostředí vysoké školy v současné době výrazným způsobem intervnují **komponenty inkluzivního vzdělávání**, které dle Lechty (2010) můžeme členit následujícím způsobem:

- **Etický komponent**, v jehož centru stojí diskuze o **právech studentů s postižením**. Ty jsou přitom do značné míry ovlivněny postavením těchto osob ve společnosti a v přímé souvislosti s ním i způsoby, jak je majoritní populací nahlíženo na jejich vzdělávání. Jak uvádí Slowik (2007), v období starověku byl vůči nim často uplatňován tzv. **represivní přístup** založený na zneužívání a zotročování. Naopak v křesťanském středověku se do popředí dostávaly snahy o ochranitelství a pomoc lidí s postižením anebo znevýhodněním, tedy tzv. **charitativní přístup**. **Humanistický přístup**, jehož záměrem je programová a komplexní péče o osoby s handicapem, se začal objevovat v novověku a nahrazen byl na přelomu 19. a 20. století **rehabilitačním přístupem**, jehož jádrem byla snaha o „znovu-uschopnění“ jedinců s postižením. Ten, kdo nebyl schopen tento požadavek naplnit, byl velmi často objektem institucionální péče. Následující, **preventivně-integrační přístup** usiloval jednak o předcházení vzniku postižení, současně se však hledaly cesty k maximální možné integraci znevýhodněných osob do společnosti. A jako poslední v současnosti uplatňovaný **inkluzivní přístup** je výrazem snah začleňovat jedince s postižením do společnosti a jejich institucí – a tedy i škol.
- **Sociologický komponent** nahlízející na zdravotní postižení jako na **sociální znevýhodnění**. V rámci něj je kladen důraz na porozumění tomu, že zdravotní postižení není pouze individuální kvalitou, ale důležitý je také vliv prostředí, v němž tyto studenti žijí. Je tedy třeba přispívat k potírání tzv. **stigmatizace**, protože jak uvádí Vágnerová (1999), v případě stigmatizujících postižení nejde ani tak o faktické omezení psychických či somatických funkcí, ale o způsob, jakým jsou tyto jedinci **vnímání, hodnocení a na základě toho akceptování (resp. spíše neakceptování)**.
- **Profesní komponent**, který klade důraz na přípravu **inkluzivního pedagoga** formou vysokoškolského vzdělávání budoucích učitelů.
- **Politický komponent**, jenž vyjadřuje snahu prosadit takto koncipované vzdělávání na úrovni EU a NATO. Ty přitom vychází dle Lechty (2010) z přesvědčení, že lidé se zdravotním postižením patří mezi **diskriminovanou společenskou skupinu**, jíž by se mělo dostat práva na rozhodování o svém životě.

A jak se tyto komponenty promítají do praxe? To nám ukazují následující statistické údaje o aktuálním stavu studentů se specifickými potřebami na UTB ve Zlíně registrovaných Centrem podpory studentů s těmito specifiky.

Počty studentů podle typu postižení								
Rok	Celkem	Zrakové postižení	Sluchové postižení	Pohybové postižení	Specifická porucha učení	Porucha autistického spektra	Jiná psychická porucha	Kombinované postižení
2015/2016	10	0	3	5	1	0	0	1
2016/2017	35	3	3	2	11	2	6	8
2017/2018	46	3	4	2	17	1	7	11

Tabulka 1 Počet studentů dle typu zdravotního postižení a fakulty (Centrum pro studenty se specifickými potřebami UTB ve Zlíně, 2018)

Výše uvedená data nastiňují **rostoucí trend** v počtu studentů se specifickými potřebami. Přejechod na vysokou školu znamená pro mnohé z nich velkou změnu v životě, a to nejen se změnu spatovat s bydlením, ale také se změnami ekonomickými, organizačními, jež mají znatelné dopady v sociální i psychické oblasti a celkově ovlivňují kvalitu života. Zároveň se studentům otevírají nečekané možnosti trávení volného času, možnosti cestování včetně zahraničních destinací a celkového zapojení se do společensko-kulturního dění. Řada vysokých škol má dlouhodobou tradici v poskytování služeb studentům se specifickými potřebami. UTB ve Zlíně se naopak řadí historicky k těm nejmladším, a tak i tyto služby zde fungují velmi krátce. Velký podíl na zavedení služeb mají vždy hlavní představitelé a akademičtí pracovníci dané univerzity, kteří se chtějí zařadit do trendu naplňování standardů běžných pro vyspělé země a umně **aplikovat rovnocenný přístup** do českého prostředí konkrétní vysoké školy. UTB ve Zlíně si jako celek plně uvědomuje, že je nutné vytvářet podmínky pro studenty se zdravotním postižením, znevýhodněním či studenty ohrožené sociální exkluzí, neboť tento přístup celkově vypovídá o etické úrovni a zvyšuje pozitivní image dané školy. Stejně ní podíl na této prestiži mají **poradenské a asistenční služby** pro studenty se specifickými potřebami, které jsou poskytovány na různých úrovních respektujících individuální potřeby studenta a jejichž **cílem je zmírnění negativních dopadů zdravotního postižení a odstraňování stigmatizace** ve vztahu ke studentům se specifickými potřebami.

1.2 Student se specifickými potřebami jako aktér terciárního vzdělávání

Základním východiskem pro to, aby student se specifickými potřebami mohl být začleněn do vysokoškolských programů a oborů, je jeho docházka do středních škol hlavního vzdělávacího proudu. Jak však doplňují Hanáková et al. (2016), dalším důležitým faktorem je rovněž **míra přístupu**

nosti vysokých škol pro studenty se specifickými potřebami, která se v současné době **neustále zvyšuje** a dochází tak k vytváření inkluzivního terciárního prostředí.

Kdo je student se specifickými potřebami na UTB ve Zlíně?

V této souvislosti je, jak můžeme vidět, hojně skloňován termín **student se specifickými potřebami**. Pro účely inkluzivního vysokoškolského vzdělávání, poskytování poradenských služeb a speciálních vzdělávacích opatření obvykle vysoké školy rozumí uchazečem o studium a studentem se specifickými vzdělávacími potřebami osobu, která vzhledem k povaze svého zdravotního stavu má potřebu **modifikace přijímacího řízení, studijních podmínek, odstranění fyzických překážek, případně zvláštní úpravy prostor univerzity za účelem zpřístupnění vstupu a průběhu studia** (Slavík a kol., 2012). Zaměříme-li se na vymezení této studentské populace v kontextu UTB ve Zlíně, pak můžeme říci, že uchazečem či studentem se specifickými potřebami se dle Směrnice rektora SR 18/2018 o Podpoře uchazečů a studentů se specifickými potřebami na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně rozumí **jedinec se zdravotním postižením/znevýhodněním**, který se hlásí ke studiu nebo již studuje na UTB ve Zlíně.

Ve světle výše naznačeného se tedy zcela přirozeně nabízí otázka, čím se studenti se specifickými potřebami vyznačují? Klasifikace postižení pro potřeby zpřístupnění studia na vysokých školách osobám se zdravotním postižením vychází výhradně z aspektů relevantních pro studium na vysoké škole a zohledňuje jejich finanční dopad.² Medicínské hledisko je při klasifikaci bráno v potaz jako vstupní informace kvůli základní objektivitě vznášených nároků, nikoli jako rozhodující aspekt pro zařazení do některé z navrhovaných subkategorií. Ty vycházejí důsledně z funkčního principu klasifikace, i když jim jsou přiřazeny termíny, které mohou lékařskou diagnózu implikovat. **Funkčním principem**



² Je vycházeno z Pravidel pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy pro rok 2017, Č. j.: MSMT-1404/2017-2

klasifikace se potom ve vysokoškolském prostředí rozumí takový přístup, při němž **není rozhodující samotná lékařská diagnóza, ale její praktický dopad na pracovní a komunikační postupy**, které je nutné volit během studia. O těchto postupech nerozhoduje student sám, ale jsou výsledkem dohody uzavřené mezi studentem, odborným servisním pracovištěm dané vysoké školy a zástupcem fakulty, resp. studijního oboru, na základě vyšetření komunikačních možností studenta s cílem umožnit po stránce formální i obsahové korektní průchod studijním oborem a dosažení potřebného studijního, pracovního nebo výzkumného cíle.

Podle Metodického pokynu MŠMT ČR a jeho přílohy „Pravidla pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy pro rok 2017“ můžeme **studenty se specifickými potřebami členit do následujících kategorií**:

A. Student se zrakovým postižením:

- A1. lehce zrakově postižený / uživatel zraku
- A2. těžce zrakově postižený / uživatel hmatu/hlasu

B. Student se sluchovým postižením:

- B1. nedoslýchavý / uživatel mluveného jazyka
- B2. neslyšící / uživatel znakového jazyka

C. Student s pohybovým postižením

- C1. s postižením dolních končetin (paraplegie)
- C2. s postižením horních končetin (jemné motoriky)

D. Student se specifickou poruchou učení

E. Student s poruchou autistického spektra

F. Student s jinými obtížemi

Student se specifickými potřebami má nárok na konkrétní formy podpory dle typu jeho postižení, s čímž pracuje výše uvedený jediný právní dokument a dále se jím individuálně zabývají dokumenty na dané vysoké škole, kde podpora těmto studentům je přirozenou součástí organizace dané školy. Na UTB ve Zlíně upravuje další záležitosti a specifikace směrnice rektora Podpora uchazečů a studentů se spe-

cifickými potřebami na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně⁴ (bližze viz podkap. 1.4) a Metodický pokyn k realizaci podpory standardizace systému podpory uchazečů a vyrovnávání podmínek studentů se specifickými potřebami v souladu s vysokoškolským zákonem a s Dlouhodobým záměrem vzdělávací a vědecké, výzkumné, vývojové a inovační, umělecké a další tvůrčí činnosti. Pokyn je určen uchazečům/studentům se specifickými potřebami vzdělávajících se na UTB ve Zlíně, od procesu přijímacího řízení až po ukončení studia státními závěrečnými zkouškami, akademickým pracovníkům, referentům organizačních útvarů a studijním oddělením, pracovníkům Knihovny UTB ve Zlíně a dalším zaměstnancům univerzity, jimž vymezuje závazná pravidla pro poskytování a přijímání podpory.

Na UTB ve Zlíně jsou zaváděna konkrétní opatření, jejichž cílem je vyrovnání studijních příležitostí těchto studentů. Tato opatření mají charakter rozvoje univerzitní infrastruktury (např. odstraňování architektonických bariér, speciální úpravy výukových prostor, úpravu elektronických informačních systémů) a spočívají zejména v poskytování speciálních poradenských a servisních služeb, na kterých se podílejí kvalifikovaní pracovníci poskytující poradenské služby.

1.3

Antidiskriminační dokumenty a opatření podporující studium studentů se specifickými potřebami na vysoké škole

Právo na vzdělání čili možnost se vzdělávat, je v dnešní době vnímáno jako jedno ze základních lidských práv. Avšak ačkoliv Slowík (2007) píše, že v každé době a v každém lidském společenství nacházíme stopy přítomnosti osob s handicapem, z historického hlediska vedla k uznání jejich práva na vzdělání poměrně dlouhá cesta. Jak dokládá Lechta (2010), její vývoj byl následující:



3 Definice jednotlivých typů postižení v kontextu vysokoškolského prostředí budou pro názornost vloženy v příslušných samostatných kapitolách. Strukturace této metodiky však nevychází exaktně z výše uvedené typologie, jako spíše z praktického hlediska, a to i s přihlédnutím k situaci na UTB ve Zlíně.

4 Dle aktuálního značení (k akadem. roku 2018/2019) směrnice č. 18/2018.

- Nejprve se jednalo o tzv. **exkluzi**, pro niž je příznačné, že docházelo ke kompletnímu vyloučení této skupiny osob z edukačních procesů.
- Tato byla postupně nahrazena **segregačními tendencemi**, které spočívají v tom, že žáci s postižením byli rozděleni do podskupin, a to dle předem vymezených kritérií.
- Až na počátku 90. let 20. století došlo v rámci české vzdělávací politiky k výraznějším koncepčním změnám, které uznaly právo těchto občanů na vzdělávání v běžných školách formou filosofie **integrace a inkluze** (Vítková, 2004).

Jaké jsou přínosy vzdělávání?

Současné inkluzivní tendence mají proto za následek, že vzdělání je chápáno jako základní lidské právo s univerzální lidskou hodnotou. Zornanová (2017) spatřuje **přínos vzdělávání** v dospělém věku v následujících oblastech:

- **Humanizační** – spočívající v obecné humanizaci člověka a jeho enkulturaci, tj. osvojování kultury dané společnosti.
- **Integrační** – založená na socializaci člověka.
- **Kvalifikační** – umožňují vstup člověka na trh práce.

Ve světle této skutečnosti tedy můžeme na vysokoškolské studium jedinců se specifickými potřebami nahlížet jednak v rovině jejich **osobnostního rozvoje**, což znamená, že skrze něj dochází ke kultivaci, seberealizaci a rozvinutí a uplatnění potenciálu daného jedince. Proto je nezbytně nutné zajistit dosažení co nejvyššího stupně vzdělání pro všechny občany se zdravotním postižením a přispět tak ke kvalitě jejich života. Za druhé se nesmí nedostatek přirozené rovnosti vstupních podmínek u studentů se zdravotním postižením stát překážkou v **zajištění rovného přístupu ke vzdělávání**. Jedině za tohoto předpokladu dojde k posílení **soudržnosti společnosti**, tedy mimo jiné ke zvýšení vze-

stupné sociální mobility, omezení společenské exkluze občanů se zdravotním postižením, ale i ke kultivaci vztahů ve společnosti. Samotné dosažení vysokoškolského vzdělání se pak stává důležitým předpokladem pro **uplatnění** osob se zdravotním postižením **na otevřeném anebo chráněném trhu práce**.

Jaké předpisy ukotvují základní právo na vzdělání?

I s přihlédnutím k výše uvedenému je **právo na vzdělání všech osob** ukotveno v celé řadě předpisů, které jsou **součástí právního řádu České republiky, ale rovněž v dokumentech na mezinárodní, evropské úrovni**. Jedná se o:

- **Všeobecnou deklaraci lidských práv**, jež ve svém 26. článku proklamuje, že „každý má právo na vzdělání. Vzdělání nechtě je bezplatné, alespoň v počátcích a základních stupních. Základní vzdělání má být povinné. Technické a odborné vzdělání budiž obecně přístupné a rovněž vyšší vzdělání má být stejně přístupné všem podle schopností“.
- **Mezinárodní pakt o ochraně hospodářských, sociálních a kulturních práv**, který ve 13. článku poukazuje na to, že „státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na vzdělání. Základní vzdělání bude povinné a svobodně přístupné pro všechny. Středoškolské vzdělání ve svých různých formách, zahrnujíc v to technické a odborné středoškolské vzdělání, bude všeobecně umožněno a zpřístupněno pro všechny všemi vhodnými prostředky a zejména postupným zaváděním bezplatného vzdělání. Vyšší vzdělání bude rovněž zpřístupněno pro všechny, a to podle schopností všemi vhodnými prostředky a zejména postupným zaváděním bezplatného vzdělání“.
- **Evropskou úmluvu o ochraně základních lidských práv a svobod**, která v Dodatkovém protokolu, článku 2 vymezuje právo na vzdělání, když specifikuje, že „nikomu nesmí být odepřeno právo na vzdělání“.

Při výkonu jakýchkoli funkcí v oblasti výchovy a výuky, které stát vykonává, bude respektovat právo rodičů zajišťovat tuto výchovu a vzdělání ve shodě s jejich vlastním náboženským a filozofickým přesvědčením“.

- **Listinu základních práv Evropské unie**, jež ve článku 14 deklaruje, že „každý má právo na vzdělání a přístup k odbornému a dalšímu vzdělávání. Toto právo zahrnuje možnost bezplatné povinné školní docházky. Svoboda zakládat vzdělávací zařízení při náležitém respektování demokratických zásad a právo rodičů zajišťovat vzdělání a výchovu svých dětí ve shodě s jejich náboženským, filozofickým a pedagogickým přesvědčením musí být respektovány v souladu s vnitrostátními zákony, které upravují jejich výkon“.
- **Listinu základních práv a svobod**, neboť jsou ve článku 33 ukotveny následující zásady: „Každý má právo na vzdělání. Školní docházka je povinná po dobu, kterou stanoví zákon. Občané mají právo na bezplatné vzdělání v základních a středních školách, podle schopností občana a možností společnosti též na vysokých školách.“ V obecných ustanoveních, článku 3, téhož dokumentu je pak explicitně ukotveno, že „základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení“.

Jaké předpisy upravují právo studentů se zdravotním postižením na vzdělání?

Přejdeme-li se nyní od obecnějších proklamací konkrétněji k **právu osob se zdravotním postižením na vzdělávání**, pak Hájková (2007) uvádí, že studenti se zdravotním postižením by měli **dostat příležitost využít svých předpokladů ke studiu zvoleného oboru**, a to ve smyslu plnění veřejně deklarovaných i právně ukotvených norem, podle nichž by tito studenti **neměli být již předem z přijímacího procesu na vy-**

sokou školu vyloučeni. Proto se této otázce věnuje celá řada předpisů:

- **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením**, jež ve článku 24 píše, že „státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zajistí, aby osoby se zdravotním postižením měly možnost přístupu k obecnému terciárnímu vzdělávání, odborné přípravě na výkon povolání, vzdělávání dospělých a celoživotnímu vzdělávání bez diskriminace a na rovnoprávném základě s ostatními. Za tímto účelem je třeba zajistit, aby osobám se zdravotním postižením byla poskytována přiměřená úprava.“ Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, dále umožní osobám se zdravotním postižením získat praktické a sociální dovednosti, které by **usnadnily jejich plné a rovné zapojení do systému vzdělávání a do života společnosti**. Za tímto účelem přijmou příslušné státy příslušná opatření, konkrétně tedy:
 - Umožní studium Braillova písma, alternativního písma a augmentativních a alternativních způsobů, prostředků a formátů komunikace, rozvoj orientačních schopností a mobility, jakož i vzájemnou podporu ze strany osob v rovnocenné situaci a poradenství.
 - Umožní studium znakového jazyka a podporu jazykové identity společenství neslyšících.
 - Zajistí, aby nevidomým, neslyšícím a hluchoslepyým osobám a zejména dětem bylo poskytováno vzdělávání v jazycích a způsobech a prostředcích komunikace, které jsou pro dotyčnou osobu nejvhodnější, a v prostředcích, jež maximalizují vzdělávací pokroky a sociální rozvoj.
- **Evropská sociální charta Rady Evropy** ve článku 10 pojednávajícím o Právu na přípravu k výkonu povolání deklaruje, že se smluvní strany zavazují „**poskytovat nebo podporovat podle potřeby technickou a odbornou přípravu všech osob, včetně osob zdravotně postižených, po projednání s organizacemi zaměstnavatelů a pra-**

covníků, a poskytovat prostředky, které umožní přístup k vyššímu technickému a vysokoškolskému vzdělání výhodně podle schopnosti jednotlivce.“

- **Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020** poukazuje na to, že zvýšenou pozornost je třeba věnovat důslednému uplatňování principu inkluzivního vzdělávání u dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a návazně systémově dořešit podmínky vzdělávání a studentů se zdravotním postižením v rámci terciárního stupně vzdělávání. Kapitola 4.10 Vzdělávání a školství ukotvuje, že je třeba „podporovat inkluzivní vzdělávání, poskytovat přiměřenou úpravu a pomoc podle individuálních potřeb, aby osoby se zdravotním postižením mohly plně rozvíjet svůj potenciál, nadání a kreativitu a účinně se zapojily do života ve společnosti.“ V oblasti vysokého školství budou podle Národního plánu rovné příležitosti osob se zdravotním postižením podporovány financováním zvýšených nákladů vysokých škol zpřístupňujících studium osobám se specifickými potřebami, projektovým financováním a zahrnutím požadavků na přístupnost studia do standardů pro institucionální akreditace.
- **Strategie vzdělávání 2020**, která klade důraz na snižování nerovnosti ve vzdělávání (posilování spravedlivosti ve vzdělávání), tj. směřovat ke stavu, kdy je kvalitní výuka dostupná každému dítěti či mladému člověku v každé škole. Strategie přitom spravedlivost nechápe pouze jako formální rovnost v přístupu ke vzdělávání, ale jako schopnost vzdělávacího systému vytvářet podmínky pro efektivní kompenzaci sociálních a jiných osobnostních znevýhodnění ve výuce a učení tak, aby všichni žáci a studenti dosáhli alespoň základní společné úrovně znalostí, dovedností a způsobilostí.
- **Kodex zajištění akademické kvality a standardů ve vysokoškolském vzdělávání (oddíl 3: Studenti se zdravotním postižením)** uvádí, že studenti se

zdravotním postižením jsou nedílnou součástí akademické komunity a jako takoví mají všeobecný nárok na poskytnutí vzdělání způsobem vyhovujícím jejich individuálním potřebám. Přístupné a náležitě poskytování vzdělání je stěžejní pro veškeré služby, které instituce poskytuje. Je třeba zohlednit nároky studentů se zdravotním postižením a zajistit jejich kvalitu stejným způsobem jako v případě jakýchkoli jiných opatření. Instituce by měly být schopny efektivně se zabývat jednotlivými případy a řešit je způsobem, který rozvíjí inkluzivní vzdělávání. Dokument v této souvislosti tedy kupříkladu otevírá významné otázky související se studiem osob se specifickými potřebami na vysoké škole – od procesů a postupů při přijímacím řízení přes koncepci studijního plánu, samotné studium a výuku těchto účastníků vzdělávání až po poradenství anebo přístupnost fyzického prostředí.

- **Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020** proklamují, že jednou z priorit je udržet otevřený přístup k rozmanité nabídce terciárního vzdělání. To znamená, že se dokument chce zasadit o zajištění větší rozmanitosti studijní nabídky v terciárním vzdělávání tak, aby lépe odpovídala různorodým studijním předpokladům, aspiracím a cílům výrazně heterogenní skupiny uchazečů o studium. V následujících letech je proto jedním z cílů tohoto dokumentu usnadnit zdravotně a sociálně znevýhodněným zájemcům a uchazečům přechod ze středního do terciárního vzdělávání.
- **Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách**, v § 21 o povinnostech vysoké školy píše, že každá veřejná škola je povinna zveřejňovat seznam studijních programů, které uskutečňuje, jejich typy a profily, formy výuky, standardní doby studia a informace o jejich dostupnosti pro osoby se zdravotním postižením. Podobně i soukromá vysoká škola je dle § 42 povinna ve veřejné části svých internetových stránek zveřejňovat seznam akreditovaných studijních programů,



5 Ve shodě s Novosadem (2011) lze říci, že zdravotní postižení vypovídá o tom, že je nějakým způsobem narušeno zdraví, tedy somatopsychická, duchovní a sociální integrita člověka. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (2006) pak precizuje, že okruh osob se zdravotním postižením zahrnuje jak jedince s tělesným, tak mentálním, duševním anebo smyslovým postižením. Současná pojetí však kladou důraz zejména na sociální dimenzi zdravotního postižení, kdy aktuální Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (WHO, 2001) deklaruje, že za osoby se zdravotním postižením lze považovat jedince, jejichž dlouhodobý či setrvalý zdravotní stav je odlišný od běžné zdravotní kondice odpovídající věku.

kteří uskutečňuje, včetně jejich typu a profilu, členění na studijní obory, formy výuky a standardní doby studia a jejich dostupnosti pro osoby se zdravotním postižením. § 78a pojednávající o Standardech pro akreditace navíc ukotvuje, že institucionální akreditace i akreditace studijního programu musí obsahovat požadavky související se zajištěním podmínek rovného přístupu zdravotně postižených uchazečů a studentů k vysokoškolskému vzdělání. Charakteristiku studentů se specifickými potřebami je pak možné nalézt v Metodickém pokynu MŠMT ČR „Pravidla pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy“, č. j.: MSMT-1318/2017-2.

Jak vzdělávání na VŠ potírá diskriminaci?

Můžeme tedy shrnout, že ve všech citovaných dokumentech můžeme zaznamenat odkaz **zákazu diskriminace**. Ten je ostatně ukotven také v **Zákonu č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací** a o změně některých zákonů, jenž je znám jako tzv. **antidiskriminační zákon**. V rámci něj je nutno rozlišit:

- **Diskriminaci přímou**, jež podle § 2 znamená takové jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru.
- **Nepřímou diskriminaci z důvodu zdravotního postižení**, již se pak dle § 3 rozumí odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, k výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu nebo jinému postupu v zaměstnání, aby mohla vyu-

žít pracovního poradenství, nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání, nebo aby mohla využít služeb určených veřejnosti, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení.

Přechod od medicínského k sociálnímu modelu na VŠ (?)

Můžeme tedy shrnout, že ruku v ruce se začleňováním studentů se zdravotním postižením do vysokoškolského prostředí dochází k přechodu od medicínského modelu k modelu sociálnímu. Z pohledu **medicínského modelu** bylo na studenty se zdravotním postižením⁵ nahlíženo jako na „problematické“, a proto byli v rámci vzdělávacího systému segregováni (Tassoni, 2015). Jinými slovy byli primárně vzdělávání ve speciálních školách, neboť na ně bylo nahlíženo jako na někoho, koho je třeba „normalizovat“, „opravit“ anebo „zdokonalit“. Následkem toho jim byla dlouhá léta odepřena možnost dosáhnout vysokoškolského vzdělání, protože zde byla popírána jakákoliv studentská diverzita.

V opozitu k těmto myšlenkám je **sociální model** nazýván jako inkluzivní, jelikož poukazuje na to, že všichni lidé mají své potřeby, silné stránky, schopnosti a preference (Tassoni, 2003). Podle tohoto modelu je tedy třeba zajistit studentům se zdravotním postižením takové vysokoškolské prostředí, jehož součástí bude **rovnocenný přístup ke zdravotnímu postižení i vzdělávání**. Je proto třeba se zaměřit na odstranění bariér, utváření dobrých vztahů a diverzitu, které by vedly k eliminaci exkluze a znevýhodňování ve vzdělávání. Lze tedy konstatovat, že sociální model představuje přechod od vnímání specifických potřeb jako hlavní a „problematické“ charakteristiky jeho nositelů k práci s důsledky a dopady těchto specifík na existenci a tedy i vzdělávání daných studentů.

1.4

Centrum pro studenty se specifickými potřebami na UTB ve Zlíně

Jednou z priorit UTB ve Zlíně je **trvalá podpora studentů** se specifickými potřebami, jejíž myšlenka se začala formovat v roce 2015 a svým konceptem pomáhá vyrovnávat příležitosti ke studiu uchazečů a studentů s různými typy zdravotního postižení a znevýhodnění.

Poradenství a služby pro studenty se specifickými potřebami byly zřízeny v září roku 2015. Celouniverzitní pracoviště poskytuje služby uchazečům, studentům a zaměstnancům UTB ve Zlíně a reaguje na potřeby studentů se specifickými potřebami v kontextu právních novel a vývoje trendu inkluze ve vysokoškolském vzdělávání.

V současné době jsou služby poskytovány několika desítkám studentů se specifickými potřebami napříč všemi fakultami UTB ve Zlíně. Podpora je studentům na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně poskytována v souladu se Směrnicí rektora UTB *Podpora uchazečů a studentů se specifickými potřebami na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně*.

Hlavním úkolem je zajišťovat, aby studijní obory akreditované na univerzitě byly v největší možné míře přístupné i studentům se zdravotním postižením, zdravotním či sociálním znevýhodněním. Cílem služeb je překonávání a odstraňování bariér při studiu na UTB ve Zlíně, poskytování komplexního a vysoce kvalitního poradenského, technického, konzultačního a intervenčního servisu. Centrum pro studenty se specifickými potřebami je členem Asociace poskytovatelů služeb studentům se specifickými potřebami na vysokých školách (ap3sp), která napomáhá rozvoji a zvyšování kvality profesionálních služeb poskytovaných studentům se specifickými potřebami, dbá na dodržování standardu kvality těchto služeb a podporuje koncept rovného přístupu ke vzdělávání.

Komu jsou služby Centra určeny?

- uchazečům a studentům se zrakovým postižením,
- uchazečům a studentům se sluchovým postižením,
- uchazečům a studentům s pohybovým postižením,
- uchazečům a studentům s chronickým onemocněním,
- uchazečům a studentům s narušenou komunikační schopností,
- uchazečům a studentům se specifickými poruchami učení,
- uchazečům a studentům s poruchou autistického spektra,
- uchazečům a studentům s psychickými obtížemi,
- uchazečům a studentům s kombinovaným postižením,
- pedagogickým a nepedagogickým pracovníkům UTB ve Zlíně,
- zaměstnancům UTB ve Zlíně s jakýmkoli zdravotním postižením,
- intaktním studentům, kteří mohou služby využít zejména při poskytování služeb studentům se specifickými potřebami.

Co Centrum nabízí?

- poradenské a metodické zázemí pro uchazeče/studenty a zaměstnance UTB ve Zlíně,
- technický servis pro zpřístupnění výuky studentů se specifickými potřebami – speciální výpočetní technika (hardware i software) ve studovně Knihovny UTB ve Zlíně,
- konzultace před výběrem studijního oboru,
- komplexní diagnostiku specifických vzdělávacích potřeb pro dospělé,
- speciálněpedagogické a psychologické poradenství a konzultační činnost,
- pomoc při organizaci studia, při realizaci odborné praxe, stáží či výjezdů do zahraničí,



6 Supervize je činnost, která nabízí supervidovanému novou zkušenost nahlížení na situaci, případ, vztah v bezpečném prostředí. Supervizor má být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací. Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových způsobů profesního chování i modelem učení.

- osobní asistenci při zajišťování mobility studentů s těžkým stupněm zrakového postižení či s těžkou poruchou hybnosti, při manipulaci se stroji a přístroji, při laboratorních pracích,
- studijní asistenci při zajišťování přepisů a zápisů z výuky,
- adaptaci studijních materiálů dle typu postižení studenta,
- modifikaci studijních materiálů pro zpřístupnění výuky cizího jazyka (určeno zejména pro studenty se specifickými poruchami učení),
- digitalizace studijních materiálů zajišťující smyslovou přístupnost pro studenty s takovým postižením, jež brání efektivně pracovat s běžně užívanými dokumenty,
- výpůjčku speciálních softwarů a notebooků,
- dlouhodobé kurzy pro studenty a zaměstnance pro zkvalitnění vztahů mezi studenty s postižením a inaktní populací,
- workshopy pro studenty a zaměstnance se speciálně-pedagogickou tematikou,
- webináře primárně určeny pro studenty se specifickými potřebami,
- těsnou spolupráci se studijními odděleními napříč univerzitou,
- spolupráci s Knihovnou, Kolejemi a menzou UTB ve Zlíně při zajištění služeb pro studenty se specifickými potřebami,
- spolupráci s poradenskými zařízeními ve Zlínském kraji, zejména se jedná o školská poradenská zařízení (PPP, SPC),
- aktivní kooperaci s poradenskými centry na vysokých školách v České republice i v zahraničí.

Kdo je pověřený pracovník Centra?

Jedná se o odborného pracovníka, který je pověřen koordinací služeb a komunikací se studenty se specifickými po-

třebami. Disponuje potřebnými vědomostmi, schopnostmi i osobnostními vlastnostmi pro poskytování kvalitního a odborného servisu. Vykonává aktivity nutné k zajištění vytyčených cílů, svou činnost zaměřuje na podporu studentů se specifickými potřebami, zaměstnanců UTB ve Zlíně, ale též na osvětu inaktních studentů a veřejnosti. Poskytuje zejména poradenskou a servisní služby související se zajištěním přístupnosti studia studentům se specifickými potřebami.

Kdo je fakultní koordinátor?

Každá fakulta UTB ve Zlíně zřizuje pozici „fakultního koordinátora“, který zaujímá supervizní⁶ funkci při realizaci podpory studentů se specifickými potřebami. Zpravidla se jedná o proděkana pro pedagogickou činnost příslušné fakulty. Do této funkce je písemně pověřen děkanem. Fakultní koordinátor je pravidelně proškolen v problematice studentů se specifickými potřebami a je pověřen řešením problémových situací při realizaci podpory těchto studentů.

Kdo je tutor?

Fakultní koordinátor písemně pověřuje jednoho (či více) pracovníků fakulty (dle počtu studentů se specifickými potřebami) do funkce „tutora“. Ten je prostřednictvím edukačních nástrojů Centra pravidelně proškolen v oblasti speciální pedagogiky a je schopen na žádost studenta spolupracovat s Centrem při řešení problémových situací souvisejících se studiem na dané fakultě. Je zodpovědný za předávání informací o specifických potřebách a podpoře studenta na úrovni vlastního pracoviště.

Co je náplní vyučujících a zaměstnanců UTB ve Zlíně?

Realizují výuku studijního předmětu nebo se jinak podílí při plnění studijních povinností studentů se specifickými

potřebami. Řídí se doporučením pro studium studenta se specifickými potřebami v informačním systému STAG.

Kdo jsou poskytovatelé servisních a asistenčních služeb?

Zpravidla se jedná o studenty, zaměstnance UTB ve Zlíně a dobrovolníky, kteří vykonávají služby poskytované Centrem pro studenty se specifickými potřebami. Prostřednictvím edukačních nástrojů Centra jsou proškolení v problematice studentů se specifickými potřebami.

Co jsou asistenční služby?

V širším smyslu se asistenční službou rozumí koordinovaný komplex prováděných aktivit, jejichž cílem je zpřístupnit vysokoškolské studium studentům se specifickými potřebami. Asistenční služby jsou poskytovány v případě, že není možné využít adaptivních technologií, které by umožnily samostatnou participaci studenta se specifickými potřebami v daném studijním předmětu. Asistent poskytuje pouze nezbytně nutnou míru podpory a musí respektovat zásady rovného přístupu ke studiu. Využití služby nesmí studenta se specifickými potřebami jakkoli zvýhodňovat ve srovnání s intaktními studenty, zkreslovat jeho studijní výsledky nebo kompetence pro praktické uplatnění. Personální zajištění je zprostředkováno skrze poskytovatele servisních a asistenčních služeb, což jsou studenti, dobrovolníci, či zaměstnanci UTB ve Zlíně.

Studenti Fakulty humanitních studií mohou po dohodě s garantem praxí poskytovat příslušné asistenční služby v rámci odborné praxe. Tato praxe je evidována pověřeným zaměstnancem Centra pro studenty se specifickými potřebami a po výkonu předána na příslušný ústav.

Co je osobní asistence?

Opatření kompenzující fyzické omezení studenta se specifickými potřebami při sebeobsluze a dalších fyzických aktivitách souvisejících se studiem nebo s činnostmi, které jsou součástí vzdělávacího programu, včetně ubytování a stravování v zařízeních, jejichž zřizovatelem je UTB ve Zlíně nebo jež je student fakticky nucen využít při akcích organizovaných mimo sídlo univerzity. Uskutečňuje se v přímém kontaktu s osobou, již je poskytována asistence, a podle jejích přímých pokynů. Je poskytována v případech, kdy objektivně není možné využít technologii, která by učinila studenta se specifickými potřebami na této asistenci nezávislou.

Zahrnuje především průvodcovské služby, manipulaci s osobními předměty a sebeobsluhu, služby administrativního charakteru, tzn. práci s písemnými materiály, redakční služby.

Co je studijní asistence?

Opatření kompenzující omezení studenta se specifickými potřebami během výuky, při práci se studijními materiály nebo při výzkumu a při práci s technologiemi nutnými k plnění studijních úkolů. Je určována pedagogickým záměrem toho, kdo je zodpovědný za danou výuku, výzkum nebo za plnění daných úkolů, a se zřetelem k technickým, fyzickým a komunikačním možnostem toho, jemuž je asistence poskytována. Uskutečňuje se v přímém kontaktu studenta se specifickými potřebami se studijním asistentem.

Zahrnuje především nácvik specifických dovedností; zprostředkování skutečností přístupných během výuky výhradně zrakem (pro studenty se zrakovým postižením); technickou pomoc při orientaci v neznámém dokumentu s netriviální strukturou (pro studenty se zrakovým a sluchovým postižením a se SPU v jazykové oblasti); pomoc při fyzické manipulaci se stroji, přístroji a laboratorními vzorky

(pro studenty se zrakovým a pohybovým postižením); asistence při sportovních aktivitách v rámci výuky (pro studenty se zrakovým, sluchovým a pohybovým postižením).

Co je zapisovatelský servis?

Opatření kompenzující fyzická omezení při písemném záznamu mluveného projevu v případě studentů s pohybovým postižením, smyslová omezení v případě studentů se sluchovým postižením, případně jiná omezení u studentů se SPU. Jeho výstupem je obsahový zápis (jako forma studijních poznámek).

Co je přepisovatelský servis?

Opatření kompenzující smyslová omezení studentů se sluchovým postižením, zejména uživatelů mluveného jazyka. Jeho podstatou je simultánní přepis (jako způsob vizualizace mluveného projevu) zprostředkující komunikaci mezi slyšícími uživateli mluveného jazyka a sluchově postiženými uživateli mluveného jazyka.

Na služby Centra se můžete obracet, když potřebujete:

- zjistit informace o podmínkách studia studentů se specifickými potřebami,
- zjistit informace o přijímacím řízení a možné modifikaci přijímacích zkoušek na základě specifických potřeb,
- pomoci při řešení problémů a zajištění vhodných podmínek studia (asistence, zapůjčení kompenzačních pomůcek, konzultace, odborné poradenství, zpřístupnění studijních materiálů atd.),
- diagnostikovat funkční dopad daného postižení na studijní výkon,
- řešit specifickou situaci vyplývající z individuálních potřeb daného postižení,

- spolupracovat s odborníky, s pedagogickými a nepedagogickými pracovníky a s organizacemi při zajišťování pomoci a podpory při studiu.

Kde Centrum najdete?

Centrum pro studenty se specifickými potřebami naleznete na adrese dle aktuálních informací uvedených na webových stránkách www.utb.cz. Kontaktovat jej můžete na emailové adrese: spcentrum@utb.cz.

VÍTE, ŽE...

- V minulosti byl termín „specifické vzdělávací potřeby“ nahrazován synonymy jako „zvláštní vzdělávací potřeby“ či „speciálně pedagogické potřeby“?
- Karel Slavoj Amerling založil první ústav pro abnormální děti na Hradčanech zvaný Ernestinum a byl jeho ředitelem (1871)?
- Prof. MUDr. Rudolf Jedlička významně přispěl k vybudování našeho *prvního ústavu pro tělesně postižené děti* v Praze, který byl na jeho počest nazván *Jedličkův ústav pro zmrzačené* a funguje dodnes pod názvem *Jedličkův ústav a školy*?
- Velký myslitel, didaktik a osobnost, která svými myšlenky předčila svou dobu, hovoří v několika svých dílech o rovnoprávnosti v přístupu ke vzdělávání dětí s jakýmkoli postižením, o jejich integraci apod.? Jan Ámos Komenský v *Didaktice velké* (1930, s. 84) uvádí, že „nelze naléztí člověka tak nenadaného, aby mu vzdělání nepřineslo vůbec žádného zlepšení.“ V *Obecné pravdě o nápravě věcí lidských* (1992, s. 24, sv. III) zase zmiňuje tzv. princip *univerzállosti* – „není tedy nikoho, komu by moudrost nebyla potřebná, i když jeden je postaven na vyšší stupeň než druhý, nikdo nesmí být zanedbán zcela.“

STRUČNĚ SHRNUŤÍ KAPITOLY ANEB O ČEM BYLA ŘEČ (?)

V úvodní kapitole jsme se zaměřili na problematiku začleňování studentů se specifickými potřebami do vysokoškolského prostředí. Poukázali jsme na skutečnost, že ČR se hlásí k evropskému standardu univerzitního vzdělávání a v souvislosti s inkluzivními trendy zpřístupňuje terciární vzdělávání také studentům se specifickými potřebami (což jsou tedy studenti s jakýmkoli zdravotním postižením, znevýhodněním či sociálně vyloučení). V kapitole byla vymezena i podstata inkluzivního vzdělávání (důraz na všechny studenty a jejich potřeby), jeho cíle (humánní, právní a sociální) i komponenty (etický, sociologický, profesní a politický).

Ve druhé podkapitole bylo definováno, že v kontextu studia na UTB ve Zlíně se studentem se specifickými potřebami rozumí jedinec se zdravotním postižením, který se hlásí ke studiu nebo již na UTB ve Zlíně studuje. Rovněž byly vymezeny jednotlivé kategorie studentů se specifickými potřebami dle aktuální metodiky MŠMT (student se zrakovým, sluchovým, pohybovým postižením, student se specifickou poruchou učení, poruchou autistického spektra či jinými obtížemi). Doplnili jsme, že tyto vzdělávací trendy potom odráží přechod od medicínského modelu (důraz na zdravotní postižení a diagnózu) k modelu sociálnímu (důraz na odstraňování bariér a rovnocenný přístup k daným osobám), který odráží také způsoby, jak je na tyto studenty na VŠ nahlíženo.

Třetí subkapitola nejprve poukazuje na přínosy vzdělávání v dospělosti (humanizační, integrační, kvalifikační) a následně sumarizuje klíčové dokumenty a předpisy dokládající právo všech osob na vzdělání (např. Všeobecná deklarace lidských práv, Mezinárodní pakt o ochraně hospodářských, sociálních a kulturních práv, Listinu základních práv Evropské unie, Listinu základních práv a svobod),

stejně jako konkrétněji osob se zdravotním postižením (např. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, Evropská sociální charta Rady Evropy, Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020, Kodex zajištění akademické kvality a standardů ve vysokoškolském vzdělávání (oddíl 3: Studenti se zdravotním postižením), Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách aj.). Pojednáno je však také o vysokoškolském vzdělávání ve smyslu potírání diskriminace v daném edukačním prostředí.

Závěr kapitoly je věnován samotnému Centru pro studenty se specifickými potřebami, jehož vznik je datován do roku 2015. Jsou zde popsány služby, které Centrum poskytuje, a také kvalifikace a odbornost jednotlivých pracovníků, jež mohou participovat na průběhu daných služeb, přes pověřeného pracovníka, fakultního koordinátora a tutora až po poskytovatele, tj. asistenty jednotlivých služeb pro studenty se specifickými potřebami.

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ ←←

- Dominuje v českém prostředí z hlediska vzdělávání osob se zdravotním postižením spíše integrace, anebo inkluze?
- Který z modelů postižení podle Vašeho názoru v současné době odráží přístup společnosti k lidem se zdravotním postižením?
- V čem, podle Vašeho názoru, mohou spočívat benefity společného vzdělávání se studenty se specifickými potřebami pro kolektiv vysokoškolských spolužáků?

POUŽITÁ LITERATURA

Adamus, P. (2015). *Metodika hodnocení kvality inkluzivní školy: Evaluační nástroj hodnocení kvality inkluzivní školy*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik.

- Bendl, S. a kol. (2015). *Vychovatelství: Učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada.
- ČESKO. Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993. Částka 1, s. 17–23. Dostupné také z <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
- ČESKO. Zákon č. 111 ze dne 22. dubna 1998 o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1998. Částka 39, s. 2490–2552. Dostupné také z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/legislativa>
- ČESKO. Zákon č. 198 ze dne 23. dubna 2008 o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2008. Částka 58, s. 2814–2844. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>
- Evropský soud pro lidská práva (2010). *Evropská úmluva o ochraně lidských práv*. Dostupná 4. 1. 2018 z https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_CES.pdf
- Hájková, V. (2007). Potřeby studentů s tělesným postižením při studiu na vysoké škole a formy jejich podpory. In Květoňová, L. (ed.). *Vysokoškolské studium se zajištěním speciálněpedagogických potřeb*. Brno: Paido
- Hájková, V. & Strnadová, I. (2010). *Inkluzivní vzdělávání*. Praha: Grada.
- Hanáková, A. et al. (2016). *Vzdělání pohledem žáka se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kratochvílová, J. (2013). *Inkluzivní vzdělávání v české primární škole : teorie, praxe, výzkum*. Brno: Masarykova univerzita.
- Lechta, V. (2010). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál.
- Listina základních práv evropské unie (2012). Dostupné 4. 2. 2017 z <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012P/TXT&from=CS>
- Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (1966). Dostupné 12. 1. 2018 z <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-socialnich-a-kulturnich-pravech.pdf>
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2017). *Pravidla pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy*. Č. j.: MSMT-1404/2017-2.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2016). *Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2020* [online]. [cit. 2017-05-01]. Dostupné také z: http://www.msmt.cz/uploads/Strategie_2020_web.pdf
- Ministerstvo zahraničí (1992). *Evropská sociální charta* [online]. [cit. 2017-05-01]. Dostupné také z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/1218/esch.pdf>
- Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál.
- Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada.
- Směrnice rektora č. 12/2015. *Podpora uchazečů a studentů se specifickými potřebami na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně*. Zlín: UTB ve Zlíně.
- Šámalová, K. (2016). Šance na dosažení vysokoškolského vzdělání v populaci osob se zdravotním postižením. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.
- Tassoni, P. (2003). *Supporting special needs: Understanding Inclusion in the Early Years*. Great Britain: Heinemann Publishers.
- Tassoni, P. (2015). *Supporting Children with Special Needs: A Penny Tassoni Handbook*. London: Hodder Education.
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. In: *Sbírka mezinárodních smluv*, 2006. Částka 4, s. 67–128. Dostupné také z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>
- Úřad vlády České republiky, Vládní výbor pro zdravotně postižené občany (2010). *Kodex zajištění akademické kvality a standardů ve vysokoškolském vzdělávání*.

2/ Studenti s tělesným postižením a chronickým somatickým onemocněním⁷ na vysoké škole

„Vadou těla se duše nezohaví, krásou duše se zdobí i tělo.“
___Seneca



⁷ Ačkoliv „Pravidla pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy pro rok 2017“ zařazuje chronická somatická postižení mezi tzv. jiné obtíže studentů se specifickými potřebami (Student s jinými obtížemi (F) je osoba, které jiná psychická porucha či onemocnění, včetně neautistických neurovývojových poruch, tj. narušených jazykových, řečových a jiných komunikačních schopností, nebo chronické somatické onemocnění objektivně brání standardním způsobem plnit studijní povinnosti nebo si žádají organizačních opatření ze strany školy), vzhledem k vzájemné provázanosti tělesných a chronických somatických onemocnění se jimi zabýváme v rámci jedné kapitoly.

PO PROSTUDOVÁNÍ TĚTO KAPITOLY BYSTE MĚLI ZNÁT:

- Základní terminologii související s kategorií tělesného postižení a chronických somatických onemocnění.
- Klasifikaci a charakteristiku vybraných příkladů tělesného postižení a chronického somatického onemocnění.
- Sociálně-psychologické dopady tělesného postižení a chronického somatického onemocnění na kvalitu života daného studenta.
- Zásady správné komunikace se studenty s tělesným postižením.
- Možnosti kompenzace tělesného postižení.
- Mít přehled o systémové podpoře těchto studentů při studiu na VŠ.

Většina laické veřejnosti si v souvislosti s pojmem tělesné postižení představí osobu, která se pohybuje za pomoci vozíku nebo francouzských holí. Ačkoliv nelze zpochybnit, že základním znakem osob s tělesným postižením je **částečné nebo úplné omezení hybnosti** (Vítková, 2006), jde o po-

hled značně redukováný. Toto postižení totiž souvisí s daleko širší škálou projevů. Svědčí o tom fakt, že v centru pozornosti **somatopedie** (z latinského *soma* – tělo, *paideia* – výchova), tedy vědního oboru zaměřujícího se na výchovu a vzdělávání osob s tělesným a zdravotním postižením, stojí nejenom **osoby s postižením hybnosti** (tělesně postižené), ale také lidé **dlouhodobě nemocní a zdravotně oslabení** (Slowík, 2016).

V této kapitole si proto detailněji představíme tuto heterogenní skupinu studentů, a to nejenom z hlediska somatopedického (medicinského), ale také sociálně-psychologického, v rámci něhož bude značná pozornost věnována otázce komunikace se studenty se somatickými deficity. V druhé části kapitoly seznámíme s nejčastějšími bariérami, s nimiž může být tato studentská populace konfrontována ve vysokoškolském prostředí, a to nejenom z hlediska architektonického, ale také studijního. Na závěr pak seznámíme s nabídkou podpůrných služeb, které mohou tito studenti během jejich terciárního vzdělávání na UTB ve Zlíně využít, a nebudou chybět ani příběhy z praxe.

2.1 Slovníček pojmů – úvodní vhled do somatopedické terminologie

Podobně, jako je heterogenní skupina osob s tělesným postižením a chronickým somatickým onemocněním, je bohatá také příslušná terminologie. Je však třeba reflektovat, že v českém prostředí jsou mnohé stěžejní pojmy definovány nejednotně, v návaznosti na což dochází k celé řadě terminologických omylů nebo nepřesností. V následujících řádcích si proto stěžejní pojmy, jež se budou prolínat touto kapitolou, ujasníme.

Pohyb (synonymně také **lokomoce**) je podle Bursové (2005) možno chápat jako základní projev života člověka, umožňuje mu jeho existenci, a proto by měl být jeho primární, životně důležitou potřebou. Konkrétněji řečeno tedy na pohyb

můžeme nahlížet jako na fyziologickou záležitost zahrnující pohyb inervovaných svalů, šlach a kloubů.

Tělesné postižení může být definováno jako přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony z důvodů změn na pohybovém aparátu (Renotíerová, 2006). V tomto ohledu tedy můžeme rozlišovat **poruchy hybnosti primární**, které jsou následkem přímého poškození pohybového ústrojí, a **poruchy hybnosti sekundární**, jež mají za následek, že pohyb je u jedince omezen v důsledku jiné nemoci či poruchy.

Komplexnější vymezení tohoto termínu pak říká, že **tělesné postižení** lze chápat také jako vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach, svalů i cévního zásobení. Stejně tak však můžeme do této kategorie zahrnout poruchy nervového ústrojí projevující se porušenou hybností (Fischer, Škoda, 2008).

Nemoc je porucha zdraví, je potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnosti vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky vnějšího i vnitřního životního prostředí (Čeledová, Čevela, 2010). V souvislosti s nemocí se můžeme v odborné literatuře setkat s následujícími pojmy, které jsou převzaty z anglosaské literatury:

- **Disease** – choroba v objektivním slova smyslu, určitá diagnóza;
- **Illness** – nemoc jako subjektivně prožívaný pocit;
- **Sickness** – nemoc jako sociální prožitek, stav nepohody;
- **Handicap** – vada, určité znevýhodnění;
- **Disability** – tělesné snížení funkčních schopností;
- **Impairment** – poškození, ztráta nebo abnormalita struktury nebo funkce.

Zdraví (z latinského *salus* – zdraví, blaho, štěstí) je v nejběžnější rovině chápáno jako stav, kdy je člověku napros-

to dobře, a to jak fyzicky, psychicky, tak i sociálně (well-being). Nejedná se tedy jen nepřítomnost nemoci nebo vady (WHO, 1946). Současní autoři pak zdraví vymezují jako důležitý prostředek k dosažení cíle; schopnost dobrého fungování (fitness). Můžeme tedy říci, že pojem **zdraví zahrnuje tři základní složky**:

- Tělesnou a psychosociální integritu;
- Nenarušenost životních funkcí a společenských rolí;
- Adaptabilitu ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy.

Zdravotní oslabení je snížená odolnost vůči nemocem a sklon k jejich opakování. Obvykle se jedná o jedince se slabší konstitucí těla, s oslabeným svalstvem, s vadným držetím těla či s dýchacími obtížemi (Renotíerová, Ludíková a kol., 2005). Často vzniká vlivem nevhodného přírodního prostředí, špatného životního stylu či nesprávné výživy, v návaznosti na což tito jedinci absolvují pobyty v ozdravovnách.

Chronické somatické onemocnění je Perrinem et al. (2003) definováno jako onemocnění, které **trvá déle než 12 měsíců**, přičemž jedinec vykazuje omezení v oblastech sebeobsluhy, samostatného bydlení a sociálních interakcí a/nebo vyžaduje setrvalou zdravotnickou péči, služby a vybavení.

Rehabilitace jsou „všechny prostředky směřující ke zmírnění tíže omezujících a znevýhodňujících stavů, díky čemuž umožňuje osobám se zdravotním postižením dosáhnout sociální integrace“ (Dvořák, 2007). V současné době je kladen důraz na tzv. **komprehenzivní rehabilitaci**, jež získává oporu v holistickém (komplexním) pohledu na člověka a současně staví na spolupráci na bázi medicínské, psychologické, pedagogické či sociálně-právní.

Kompenzační pomůcky můžeme vymezit jako takové pomůcky, které „nahrazují porušenou funkci při některé činnosti“ (Křivošíková, 2011). V praxi studenti s tělesným postiže-

ním velmi často využívají didaktické pomůcky (speciální sešity, učebnice), pomůcky pro psaní a kreslení (trojhranný program, speciální psací potřeby, psací deska s magnetickým pravítkem, protismykové podložky) či ortopedické pomůcky (mechanický nebo elektrický vozík, francouzské hole, chodítka).

Studentem s tělesným postižením se podle MŠMT (2017) ve vysokoškolském prostředí rozumí člověk:

- **Pohybově postižený – s postižením dolních končetin (C1)**, tj. osoba, která – 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. Kategorie zahrnuje tedy i ty, jejichž lékařská diagnóza primárně pojmenovává pouze příčinu (např. DMO), nikoli prokazatelné sekundární dopady primární diagnózy na funkci pohybového aparátu.
- **Pohybově postižený – s postižením horních končetin (C2)**, kdy jemná motorika horních končetin je snížena natolik, že osoba není schopna operativně a efektivně vykonávat činnosti, které se se studiem běžně spojují – 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.



8 Změny v I. dílu Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) se týkaly i změny názvu či specifikace onemocnění. Namísto dětské mozkové obrny by se správně měl používat termín mozková obrna (ÚZIS, 2013). V české odborné literatuře se však i nadále setkáváme se zavedeným termínem „dětská mozková obrna“, proto i my pracujeme s tímto zavedeným označením.

2.2 Klasifikace a charakteristika vybraných tělesných postižení

Tělesná postižení mohou být členěna podle mnoha různých kritérií. V tomto textu však budeme vycházet z **doby vzniku postižení**, na základě něž Renotiérová, Ludíková a kol. (2005) rozlišují:

- vrozená a raně získaná tělesná postižení,
- tělesná postižení získaná po úraze,
- tělesná postižení získaná po nemoci.

(1) VROZENÁ A RANĚ ZÍSKANÁ TĚLESNÁ POSTIŽENÍ

Obvykle vznikají v důsledku poruchy vývoje zárodku během prvních týdnů těhotenství. Tato kategorie tělesného postižení nejčastěji zahrnuje obrny, amputace, deformace a malformace. Pro potřeby této metodiky se však zaměříme ještě na rozštěpové vady, jejichž výskyt je u osob s tělesným postižením poměrně častý.

a) Obrny

Snad nejčastěji uváděným příkladem vrozených tělesných postižení jsou centrální a periferní obrny. Hovoříme-li o **centrálních obrnách**, máme podle Novosada (2011) na mysli postižení centrální nervové soustavy, jež se dle rozsahu a stupně závažnosti dělí na **parézy** (částečné ochrnutí s narušením nervosvalového přenosu a snížení, resp. omezení hybnosti a motorické kognice) a **plegie** (úplné ochrnutí s porušením inervace a plnou ztrátou hybnosti). Typickým příkladem centrálních obrn je **dětská mozková obrna⁸ (DMO)**, pro niž je příznačná **motorická dysfunkce** způsobená neprogresivním poškozením mozku v rané fázi života. Je uváděno, že se jedná o nejčastější typ tělesného postižení v dětském věku, neboť postihuje přibližně 0,5 % dětské populace. Může být doprovázena postižením řeči, rozumových schopností, poruchou motoriky, epileptickými záchvaty, lokomoční neobratností či neklidem. DMO lze členit na spastické a nespastické formy.

Fischer, Škoda (2008) člení **spastické formy DMO** podle lokalizace postižené části těla následujícím způsobem:

- **Diparézy (diplegie)**, tj. ochrnutí dolní části těla, zejména pak dolních končetin. Vyznačuje se zvýšeným svalovým tonem, poruchami oromotorických funkcí,

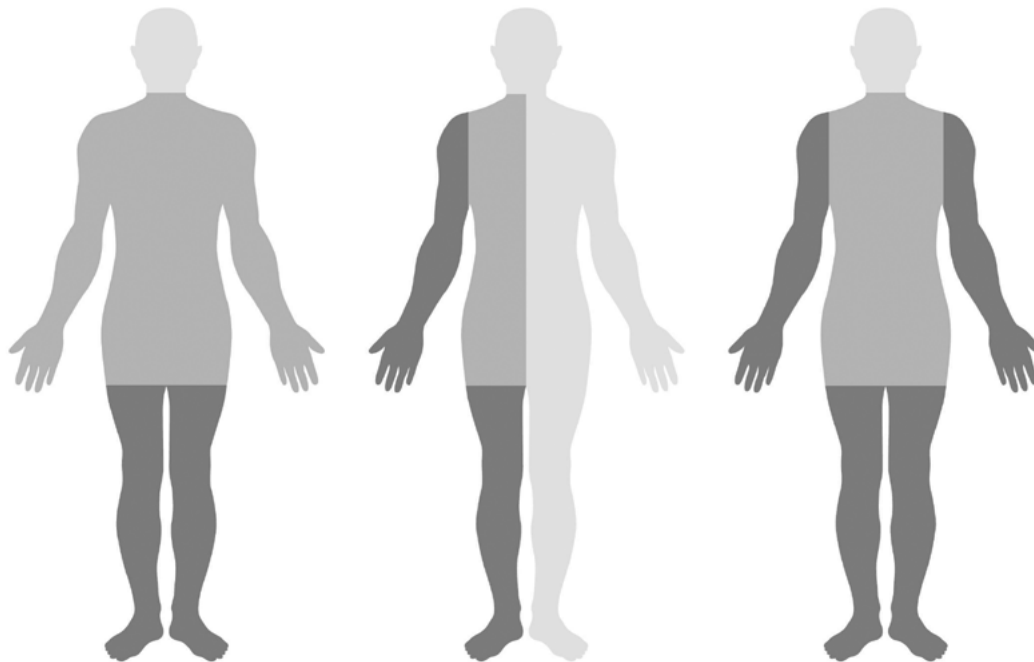
vnitřní rotací končetin či absencí chůze v důsledku nedostatečné rovnováhy. Sekundárně se u těchto osob mohou vyskytovat také poruchy zraku.

- **Hemiparézy (hemiplegie)**, tedy vertikální ochrnutí poloviny těla, jež může být levostranné nebo pravostranné. Postihuje spíše horní končetiny, zápěstí je ve flexi a u mnohých jedinců se nevyvine ani tzv. pinzetový úchop.
- **Kvadruparézy (kvadruplegie)**, které jsou synonymem pro částečné, resp. úplné ochrnutí všech čtyř končetin. Vyznačují se zvýšeným svalovým tonem, narušenou jemnou a hrubou motorikou či postižením hla-

vových nervů a stabilizátoru trupu. Dále se u těchto jedinců může vyskytovat dysartrie (narušení artikulace), slinění či poruchy v polykání.

Nespastické formy DMO můžeme dle Slowíka (2016) a Renotiérové, Ludíkové a kol. (2005) klasifikovat na:

- **Dyskinetické formy**, které zahrnují mimovolní pohyby *atetické* (pomalé, červovité), *choreatické* (prudké, drobné), *balistické* (prudké, velký rozsah) a *myoklonické* (drobné pohyby jednotlivých svalů).



Obr. 1 Grafické znázornění spastických forem dětské mozkové obrny (zleva diparéza, hemiparéza a kvadruparéza)

- **Formy hypotonické**, pro něž je typické snížení svalového tonu, stejně jako to, že bývají doprovázeny těžkou mentální retardací a nejistou chůzí.

Periferní obrny jsou chabé obrny vznikající v důsledku **poruch periferních nervů** (Novosad, 2011) a postihují pouze jednotlivé tělní, resp. orgánové periferie, jako jsou např. končetiny, svaly anebo obličej. Vzhledem k výše uvedenému sem můžeme řadit také **amputace**, tedy **umělé odnětí části končetiny od trupu** (Vítková, 2006). Podle Renotíérové (2006) může amputace nastat v důsledku vážných úrazů, cévního onemocnění na končetinách nebo sepse. Podle výšky amputace můžeme rozlišit *amputaci článků prstů, celých prstů anebo poloviny chodidla*. Dále můžeme diferencovat tzv. *amputaci nízkou* (pod kolenem), *střední* (ve stehnu) či *vyšokou* (exartikulace v kyčelním kloubu).



Obr. 2 Ukázka deformací – lordózy a kyfózy

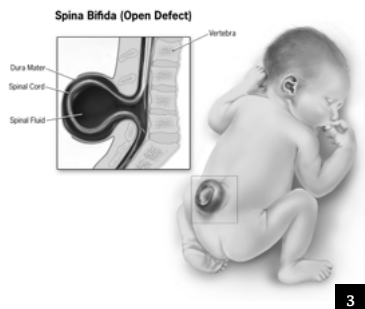
2

b) Deformace

Deformace je označení pro vrozené nebo získané vady vyznačující se **nesprávným tvarem některé části těla** (Vítková, 2006). Obvykle vznikají v důsledku nesprávného držení těla, stejně jako je třeba zohlednit fyziologické příčiny (dědičnost, konstituce, výživa, nerovnoměrnosti v růstu a vývoji) a vnější příčiny (nedostatek pohybu, sezení, obezita, předčasné posazování kojence). Nejčastěji se zde vyskytuje deformace páteře v rovině sagitální, tedy **hyperlordóza, hrudní kyfóza, plochá záda a bederní lordóza** (Renotíérová, 2006).

c) Malformace

Malformacemi se rozumí **patologické vyvinutí** nejrůznějších částí těla, zejména pak **končetin**. Ve shodě s Vítkovou (2006) sem můžeme zařadit **amélie** (tj. částečné chybění končetiny) a **fokomelie** (stav, kdy končetina navazuje přímo na trup), Fischer, Škoda (2008) pak zmiňují ještě **peromelie** (vrozená absence části paže, tzn. předloktí nebo ruky) a **mikromelie** (celkové zmenšení končetiny).



Obr. 3 Ukázka rozštěpu páteře

3

d) Rozštěpové vady

Nejčastěji se jedná o **rozštěpy páteře** (spina bifida), které jsou synonymem pro nedokonalé uzavření medulární trubice (nejčastěji v bederní nebo křížové oblasti), přičemž kromě toho se takto postižený jedinec může potýkat taktéž s chabou obrnou dolních končetin, inkontinencí moči i stolice, sklonem k proleženinám či s deformitami končetin. Podle poškození obratlů, míšních obalů a míchy rozeznáváme **tři typy rozštěpu páteře**:

- **Spina bifida occulta (skrytý rozštěp páteře)** znamená, že páteřní oblouk je rozštěpený, ale mícha je neporušená, je v páteřním otvoru. K jeho projevům patří tmavší zbarvení kůže a výraznější ochlupení nad postiženým místem.
- **Meningokéla**, pro niž je typické, že míšní obaly jsou vytištěny přes otvor v obratlích, mícha je neporušená. Jedinci s tímto typem mohou mít malé příznaky postižení.
- **Meningomyelokéla** patří k nezávažnějšímu typu rozštěpu páteře. Přes defekty v obratlích jsou vytištěny navenek míšní obaly spolu s míchou. Mícha a její obaly jsou pokryty kůží, avšak v některých případech je mícha s nervy odkrytá. Při tomto typu je vždy porušena mícha, což se projeví obrnou dolních končetin a neschopností ovládat močový a anální svěrač. Vývoj meningomyelokély je nepříznivý, děti většinou umírají na zánět mozkových blan nebo na infekce močových orgánů.

(2) TĚLESNÁ POSTIŽENÍ ZÍSKANÁ PO ÚRAZE

Tato kategorie tělesných postižení je obvykle následkem dopravních nehod, zasažení elektrickým proudem, živelních katastrof či výbuchu munice (Renotíérová, Ludíková a kol., 2005). Zahrnuje tedy široké spektrum diagnóz, a to ať už dočasného anebo trvalého charakteru. Slowík (2007) v této souvislosti zmiňuje například **amputace**, o kterých jsme si pověděli něco více již dříve, anebo tzv. **paraplegie**.

Ty představují úplné ochrnutí poloviny těla, obvykle obou dolních končetin. Vzniká při poranění míchy, nebo u nádorů, které utlačují míchu. Renotierová, Ludíková a kol. (2005) pak upozorňují zejména na úrazová onemocnění mozku a míchy. Konkrétně tedy mezi tělesná postižení získaná po úraze řadíme **komoce** (tj. otřesy mozku), **zlomeninyobratlů** či **úrazová poškození periferních nervů**. Ta mohou způsobit širokou škálu poranění, včetně obrny pažní pleteně (Renotierová, Ludíková a kol., 2005).

(3) TĚLESNÁ POSTIŽENÍ ZÍSKANÁ PO NEMOCI

Mezi nejznámější tělesná postižení vzniklá v důsledku nemoci řadíme **revmatická onemocnění**, která mohou mít podobu akutního revmatismu, Chorea minor (neurologická porucha projevující se náhlými bezúčelnými šubavými pohyby) či vleklého kloubního revmatismu. Dále sem řadíme **dětskou infekční obrnu** či **Perhesonovu nemoc** (zánětlivé onemocnění hlavice stehenní kosti). Nejčastěji uváděným příkladem tělesného postižení po nemoci je ale **myopatie**, pro niž je příznačný postupný rozpad svalových vláken, která se mění na vazivo. Podle Seidla (2015) je pro osobu s myopatií typická hyperlordóza, vystouplé břicho, myopatický šplh či bolestivé svalové křeče (crampi). Příčiny vzniku myopatie lze sledovat v genetických a metabolických poruchách a častěji se vyskytuje u chlapců (Renotierová, Ludíková a kol., 2005; Fischer, Škoda, 2008). **Myopatii** lze podle Seidla (2015) **dělit do tří kategorií**:

- **Progresivní svalové dystrofie** – patří sem například *Duchenneova choroba*, jež se u takto postižených osob začíná projevovat okolo 4. roku života a postihuje především chlapce. Nemoc je signalizována například tzv. kachním typem chůze, obtížnou chůzí do schodů, hyperlordózou či vystouplým břichem. Během několika let nemocný není schopen chůze, pohybuje se na invalidním vozíku, okolo 20. roku tito lidé obvykle umírají na příznaky kardiomyopatie. Dále do této kategorie onemocnění řadíme *Beckerovu svalovou dyst-*

rofii, jež je mírnější a pomalejší formou Duchenneovy choroby. Klinické příznaky Beckerovy dystrofie se objevují až okolo 7. roku života, imobilními se tito jedinci stávají okolo 16. let a dožít se mohou až 40 let věku.

- **Kongenitální myopatie**, která se podle Dungla a kol. (2014) již od narození projevuje hypotonií (tj. snížením svalového napětí) a svalovou slabostí. Časté jsou také dechové a polykací obtíže, prodloužený obličej, deformity hrudníku a kyfoskolióza. Prognóza závisí od příslušného typu myopatie.
- **Získané myopatie** zahrnují podle Seidla (2015) především *zánětlivé myopatie*. Jejich společným znakem je zánětlivý infiltrát. Může se přitom jednat o autoimunitní anebo infekční onemocnění. Při některých virových onemocněních – např. při zasažení Echo viry – lze vysledovat také postižení svalů.

2.3

Klasifikace a charakteristika chronických somatických onemocnění

Chronická nemoc je porucha zdraví, která trvá dlouho, někdy celoživotně a zpravidla neznáme její začátek ani konec. Tato onemocnění probíhají méně prudce než ta akutní. Často tedy mají tzv. **plíživý začátek**, kdy si člověk ani nemusí uvědomit, že je nemocný. Pro chronická somatická onemocnění, jak jejich název napovídá, jsou příznačné tělesné obtíže, kdy jedinec může mít rozličné tělesné potíže a bolesti v závislosti na druhu onemocnění (Mandincová, 2011). Opatřilová, Zámečnicková (2007) uvádějí, že v současné době **neexistuje jednotná klasifikace chronických somatických onemocnění**, proto v této metodice budeme vycházet ze členění dle WHO (2015), jež rozlišuje kardiovaskulární choroby, rakovinná onemocnění a chronická onemocnění dýchacích cest. Neopomene však zmínit ani epilepsii, která bývá u osob s tělesným postižením velmi často přidružena k primární diagnóze, anebo diabetes.

a) Kardiovaskulární choroby (choroby cév a srdce) – mezi rizikové faktory jejich vzniku patří zejména socio-ekonomické faktory, jako např. nezaměstnanost, stres, deprese, stejně jako faktory, jež jsou napojeny na životní styl jedince: Hypertenze, obezita, výživa, kouření, vlivy životního prostředí anebo úroveň lékařské péče (Mandovec, 2008). Podle Vítka (2008) zahrnují kardiovaskulární nemoci ischemickou chorobu srdeční, poruchy srdečního rytmu, nemoci cév zásobujících mozek (tzv. mozkové infarkty) či arteriální hypertenzi.

b) Rakovinná onemocnění – rakovina, která se řadí mezi nejobávanější lékařské diagnózy, zahrnuje více než 100 typů onemocnění s různými podobnými rysy. Jedná se o souhrnné označení **nejrůznějších forem zhoubného buněčného bujení**, které mají obvykle různé prognózy, mnohočetné příčiny i vznik. U mnoha takto nemocných osob je přítomné riziko recidivy či zhoršení původního onemocnění (Mandincová, 2011). Mezi příčiny přispívající ke vzniku rakoviny, můžeme zařadit výživové faktory, kouření, nízkou pohybovou aktivitu, alkohol anebo infekce. Nemalý vliv však mají také infekce, ionizující sluneční záření či chemické škodliviny v životním prostředí. Mezi nádorová onemocnění můžeme v souladu s Českou onkologickou společností České lékařské společnosti J. E. Purkyně (www.linkos.cz, 2018) zařadit:

- **Nádory trávicí trubice:** zhoubné nádory trávicí trubice, jícnu, žaludku, tenkého střeva, tlustého střeva, konečníku (rekta), řiti (anu) a řitního kanálu.
- **Nádory prsu:** nejčastější zhoubné nádorové onemocnění žen v České republice.
- **Zhoubné nádory průdušek, plic a pohrudnice:** bronchogenní karcinom je nejčastější zhoubný nádor u českých mužů a čtvrtý nejčastější zhoubný nádor u žen.
- **Nádory jater a žlučníku:** nádory jater patří mezi vzácná onemocnění. Častěji se objevují u mužů, kde je výskyt až dvojnásobný. Kromě vlastního zhoubného onemocnění představují játra časté místo metastáz nejrůznějších zhoubných nádorů, například rakoviny plic, prsu, tlustého střeva a konečníku.

- **Nádory slinivky břišní:** většina nádorů slinivky vzniká v kanálcích, kudy prochází pankreatické šťávy.
- **Nádory ledviny a močového měchýře:** ledvinu postihuje několik druhů zhoubného bujení. Nejčastějším nádorem je ale adenokarcinom ledviny u dospělých. Rakovina močového měchýře je nejčastějším nádorem močového ústrojí. V České republice jsou 6. nejčastějším nádorem u mužů a 13. u žen.
- **Maligní melanom, spinaliom, bazaliom:** zhoubné nádory kůže jsou nejčastějšími zhoubnými nádory vůbec. Obecně existují tři nejběžnější typy nádorů z buněk nejpovrchnější části kůže, takzvané pokožky. Patří sem bazaliom, spinaliom a melanom. Ostatní typy jsou velmi vzácné.
- **Gynekologické nádory:** mezi gynekologické zhoubné nádory patří nádory děložního těla, vaječnicků a děložního hrdla (čípku), které se vyskytují nejčastěji. Dalšími zhoubnými onemocněními s nižším nebo vzácným výskytem jsou nádory vejcovodů, nádory vulvy, pochvy a Gestační trofoblastická nemoc, která vzniká vždy v souvislosti s těhotenstvím.
- **Zhoubné nádory mužského pohlavního ústrojí:** patří sem zhoubné nádory prostaty, varlat a penisu (pyje).
- **Leukemie:** jde o skupinu nemocí s různou prognózou, které se projevují poruchou funkce kostní dřeně a krve. V podstatě jde o zhoubný nádor bílých krvinek, tedy jedné ze složek imunitního systému člověka. Mluvíme o 4 hlavních typech leukemií: Akutní myeloidní leukemie, Chronická myeloidní leukemie, Akutní lymfoblastická leukemie a Chronická lymfatická leukemie.
- **Lymfomy** (nádorové onemocnění lymfatického systému): nádory, které pocházejí z jednoho druhu bílých krvinek nazývaného lymfocyty. Základní členění rozděluje lymfomy na Hodgkinské a non-(ne)-Hodgkinské.
- **Nádory hlavy a krku:** patří sem nádory horního dýchacího traktu, polykacích cest, slinných žláz, dále

nádory, vyrůstající z kůže, cév, nervů a dalších tkání. Vznik převážně většiny nádorů hlavy a krku souvisí s kouřením.

- **Nádory kostí, kloubů a chrupavky:** zahrnujeme sem zhoubné nádory v kostech, které mají svůj původ v buňkách vyskytujících se v kosti – kostní sarkomy. Jsou častější v mladším věku, hlavně u dětí a dospívajících. Druhou kategorií jsou pak tzv. kostní metastázy vznikající zhoubným bujením nádorových buněk, které se v kosti běžně nevyskytují a jsou spojeny s výskytem nádorů jiné tkáně – nejčastěji pak prostaty, prsu, plic, ledvin, štítné žlázy či ženských pohlavních orgánů.
- **Nádory mozku a CNS:** uvnitř lebky může dojít k tvorbě různých typů nádorů. Podle místa vzniku je dělíme na intracerebrální (nitromozkové) a extracerebrální. Jako intracerebrální nádor označujeme takový, který vzniká v mozkové tkáni. Extracerebrální tumor vzniká v jiné tkáni uvnitř lebky, nachází se tedy vně mozkové tkáně. Na mozek ovšem může tlačit a působit potíže. Primární nádory mozku představují cca 1–2 % všech zhoubných nádorů.
- **Nádory štítné žlázy:** jsou poměrně vzácné, ale u mladších lidí (ve věku do 45 let) patří mezi 5 nejčastějších karcinomů. Rizikovým faktorem je předchozí radiační zátěž, výskyt v rodině, jiná onemocnění štítné žlázy, nedostatek jódu a hormonální vlivy.

c) Chronická dýchací onemocnění představují komplex onemocnění postihující velké množství populace. Můžeme je členit podle toho, zda zasahují **horní cesty dýchací** (nos, dutinu ústní, hltan, hrtan, vedlejší obličejové dutiny) anebo naopak **dolní dýchací cesty**, tedy průdušnice, průdušky a jejich další větvení (Klíma a kol., 2016). Tato kategorie onemocnění zahrnuje například:

- **Zápal plic:** zánět plicní tkáně doprovázený teplotou, kašlem, dušností, únavou či obtížemi při dýchání. Vyžaduje léčbu antibiotiky a dohled lékaře.

- **Chronický zánět průdušek:** zánět výstelky velkých dýchacích cest v plicích. Chronická podoba vzniká dlouhodobým drážděním dýchacích cest (např. vlivem prachu či tabákového kouře). Mezi projevy onemocnění patří dlouhotrvající kašel a dušnost.
- **Astma:** zúžení dýchacích cest a vznik dýchacích obtíží. Astma může vyvolávat celá řada faktorů, např. chladný vzduch, kouř, fyzická námaha, stres, alergen, respirační virové infekce. Jedinec s astmatem má obvykle problémy s nádechem, trpí kašlem, sípáním či bolestí na prsou.
- **Chronická rýma:** zánětlivé onemocnění nosní sliznice. Může se jednat o *hypertrofickou rýmu*, jež se projevuje zdužením nosní sliznice. Tento jedinec dýchá téměř jen ústy, postupně se ztrácí čich i chuť. *Hypertrofická rýma* se může dále rozvíjet v chronický zánět průdušek nebo zapříčinit astmatický stav. *Atrofická rýma* se pak projevuje spíše pocitem suchého nosu a pálením v nose. Bývají obvyklé časté bolesti hlavy a migrény.
- **Chronický kašel:** jde o kašel trvající déle než 3, 8 až 12 týdnů. Podle charakteru rozlišujeme kašel dráždivý (suchý, neproduktivní), vlhký (produktivní), dávivý (záchvatovitý) a štekavý. U některých dětí je hlavním příznakem astmatu dráždivý kašel bez typického poslechového nálezu pískotů při dýchání nebo dušnosti (Chládková, 2014).

d) Diabetes – jde o poruchu, při níž tělo neumí správně hospodařit s glukózou, a tedy stoupá glykémie (Lebl, 1998). Diabetická asociace ČR (2018) uvádí definici, která říká, že cukrovka (diabetes mellitus) je souhrnný název pro několik různých onemocnění. Všechny tyto choroby se projevují **zvýšenou hladinou cukru v krvi** (hyperglykemií). **Diabetes můžeme** podle Diabetické asociace ČR (2018) **členit** na:

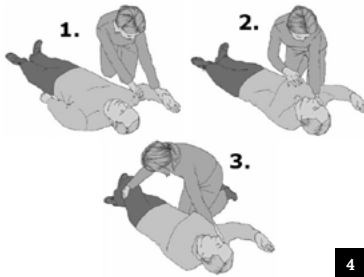
- **Diabetes 1. typu** – začíná obvykle v dětství či dospívání, méně často se objevuje okolo 30. roku života. Tímto typem cukrovky trpí 7 % diabetiků v České republice a je pro něj charakteristická úplná absence inzulínu

v těle. Mezi charakteristické příznaky tohoto typu diabetes se řadí váhový úbytek, velká žížeň, časté močení a únava.

- **Diabetes 2. typu** – bývá charakterizována zejména nedostatečnou citlivostí tkání k účinkům inzulínu, tj. inzulínorezistencí. Postihuje častěji starší osoby a osoby s nadváhou či obezitou. Málo pohybu, nepravidelné jídlo, nadměrný stres, ale také genetické dispozice výrazně přispívají ke vzniku tohoto typu cukrovky. Častěji než nedostatek mívají tito pacienti normální množství či dokonce nadbytek inzulínu.
- **Další méně časté typy diabetu** – těhotenská cukrovka a typ diabetu MODY (podmíněn genetickým defektem funkce β -buněk)

e) Epilepsie: neurologické onemocnění, pro něž je typické opakování záchvatů. Seidl (2008) rozlišuje několik **typů epilepsie:**

- **Primární epilepsie** – většinou se objevuje již v dětském věku a člověk pro ni má silnou genetickou predispozici. Přesná příčina jejího vzniku nebývá známa, důležitou roli ale mohou sehrávat nitroděložní infekce, genetika či působení neurotoxických látek.
- **Sekundární epilepsie** – rozvíjí se jako následek určité známé vyvolávající příčiny – úrazu hlavy, nádoru nebo infekce mozku, případně intoxikace.
- **Parciální epileptický záchvat** – vědomí bývá u těchto jedinců zachováno. Má spíše příznaky motorické (křeče postihující určité ohraničené svalové skupiny, např. horní končetiny), senzorycké (např. záchvaty bolesti, mravenčení a brnění, snížená nebo změněná citlivost kůže), či psychomotorické (halucinace – tzv. aura, zautomatizované pohyby – svlékání, mlaskání).
- **Generalizované záchvaty** – grand mal (aura, křeče, bezvědomí) a petit mal (zahledění se).



Obr. 4 Uvedení člověka do tzv. stabilizované polohy

Jak postupovat při poskytování první pomoci epileptikům?

Dbejte na zmírnění pádu na zem a odstranění ostrých a tvrdých předmětů. Poté, co člověk s epileptickým záchvatem leží na zemi, je vhodné s ním nehýbat, nebránit křečovitým pohybům, nerozevírat ústa, nevkládat nic mezi zuby, položit hlavu, čekat až záchvat pomine a uvolnit oděv kolem krku. Poté, co záchvat u člověka odezní, je vhodné mu mírně zaklonit hlavu, zkontrolovat dýchání a zajistit u něj tzv. stabilizovanou polohu.

2.4 Sociálně-psychologické aspekty tělesného postižení a chronického somatického onemocnění

Pohyb můžeme chápat jako fyziologickou záležitost zahrnující pohyb inervovaných svalů, šlach a kloubů. Na straně druhé je symptomem vitality, aktivity a zdroj duševně-intelektuálního rozvoje člověka. Rovněž nelze opomenout, že je to právě pohyb, který je zdrojem zkušeností, hnutí myšlenek a nálad (Hogenová, 1998). Novosad (2011) proto v této souvislosti poukazuje na sociálně-psychologické konsekvence tělesného postižení, neboť píše, že jedinec se somatickými deficenty pro své postižení často nemůže určitě psychosociální potřeby realizovat obvyklým způsobem. Na tělesné postižení je tedy třeba nahlížet nejenom jako na **somatický stav, ale také psychický a sociální problém** (Murphy, 2001). Vzhledem k řečenému se na tuto problematiku detailněji v právě čtené kapitole.

V čem tkví psychologické aspekty vrozeného tělesného postižení?

Můžeme říci, že vrozené a raně získané tělesné postižení sice **mění veškeré podmínky vývoje člověka**, včetně jeho sociálního postavení, ovšem ze subjektivního hlediska není

tolik traumatizující. Jedinec se na své tělesné postižení již od narození adaptuje a postupně do něj „vrůstá“ (Kopecká, 2011). Nemá tudíž možnost porovnat, jakým směrem by se jeho život ubíral, kdyby se narodil bez handicapu (Hadj-Mousová, 2004). Vytvořil si tak relevantní sebenáhled, má určitou hodnotovou hierarchii, sociální dovednosti a ví, jakých prostředků může využít při dosažení cílů (Novosad, 2011). Na stranu druhou je ale třeba zohlednit fakt, že studenti s vrozeným tělesným postižením mají obvykle omezený okruh vnímání, protože jejich zážitky a zkušenosti jsou úzce ohraničeny možnostmi pohybu. Můžeme proto u nich vysledovat poruchy vývoje perceptivních a kognitivních funkcí, které, jak si ukážeme v dalším textu, se mohou projevovat i při samotném studiu. Stejně tak lze u námi sledovaných osob identifikovat změny v oblasti emocionálního, intelektuálního a volního vývoje, který se prodlužuje (Jonášková, 2004).

Jak se vyrovnat se získaným tělesným postižením?

Získané tělesné postižení znamená **náhlou změnu životní situace** (Kopecká, 2011) a je pro člověka více traumatizující, protože ví, co ztratil, a dokáže porovnávat (Vágnerová, 1999). Nemá tedy možnost postupně adaptace na změnu zdravotního stavu, jak tomu bylo v případě tělesného postižení vrozeného. Psychická **adaptace na získané tělesné postižení** dle Vágnerové (1999) obvykle probíhá v následujících fázích:

- **Fáze latence**, resp. nedostatečné informovanosti – jedinec ví, že utrpěl úraz, ale zatím neví, co přesně se mu stalo a jaké to bude mít následky.
- **Fáze pochopení traumatizující reality** – jedinec sám pochopí, že se jeho zdravotní stav pravděpodobně nikdy nezlepší. To je pro něj natolik šokující, že popírá, že by něco takového bylo vůbec možné.
- **Fáze postupné adaptace**, kdy se tento člověk učí různým kompenzačním způsobům pohybu, sebeobsluhy či orientace v prostředí.

U osob se získaným tělesným postižením není ovšem do takové míry zasažen vývoj funkcí osobnosti, které se až do doby vzniku postižení vyvíjely zcela běžným způsobem (Hadj-Mousová, 2004). Díky tomu tento student získal určité zkušenosti a osvojil si kompetence, které může po určité adaptační době znova uplatnit (Vágnerová, 1999). I v tomto případě však platí, že musí najít nový smysl života, cíl směřování a hierarchii hodnot.

Jaké jsou sociální dopady tělesného postižení?

Jak vrozené, tak i získané tělesné postižení je spojeno s určitými specifiky v sociální oblasti. Novosad (2011) danou skutečnost vysvětluje tím, že pohyb je sociální síla motivující lidskou soudržnost a kooperaci na všech úrovních lidské existence. Vágnerová (2014) proto uvádí, že sociální aspekty tělesného postižení se řadí do kategorie **sekundárních problémů**, protože závisejí na tom, jak se společnost k jedinci s postižením chová a co od něho očekává. Především trvalé tělesné postižení pak nelze považovat jen za biologickou odchylku, ale také za určitou **sociální roli a s ní spojený status**. Může tak ve vztahu ke studentovi s tělesným postižením docházet k tzv. **disabilismu** čili stereotypnímu uvažování majoritní populace o lidech se zdravotním postižením, jemuž dominuje buď předjímání neschopnosti těchto jedinců, případně automaticky zneschopňující přístup (Šámalová, 2016).

Podle Vágnerové (2014) se sociální dopady tělesného postižení mohou projevovat tím, že se od studentů s tělesným postižením nemusí vždy neočekávat to, co od intaktních jedinců. A pakliže by se jim chtěli přiblížit, společnost často reaguje odmítavě, což u nich generuje tendence přijmout **pasivní roli člověka**, jenž má právo na zabezpečení, ale nemá právo usilovat o vyrovnání se jedincům bez postižení. Obraz „odlišného těla“ se tak utváří také v rovině sociální, přičemž teprve v konfrontaci s prostředím se ukazuje, jaký je skutečný rozsah postižení (Vítková, 2006). Snowová

(2003) doplňuje, že jakékoliv zdravotní postižení je pouhou **diagnózou, jež nic nevyovídá o osobnosti člověka, jeho schopnostech, potenciálu anebo charakteru**. Proto je třeba vnímat jej pouze jako soubor vnějších znaků, které tomuto studentovi neubírají na jeho lidské hodnotě, potřebnosti a důstojnosti (Novosad, 2011).

V čem spočívají zatěžující vlivy chronického somatického onemocnění?

Rovněž na somatickou nemoc můžeme nahlížet jako na psychologický problém. Právě ta totiž podle Vágnerové (2014) představuje **trvalé znevýhodnění** – člověka s chronickým onemocněním nelze nikdy zcela vyléčit, musí onemocnění přijmout jako součást své identity a naučit se s ním žít. V tomto smyslu je tedy i jakákoliv nemoc zátěží, jež může změnit nejenom aktuální prožívání člověka, ale i jeho uvážování, chování anebo některé osobnostní vlastnosti. Každé onemocnění lze tedy dle Vágnerové (2014) posuzovat ze tří hledisek:

- **Somatický aspekt** – zahrnuje **příznaky onemocnění**. Tělesné potíže spojené s určitou chorobou, představují konkrétní problém a omezení. Aktuální potíže, ale i představa závažnosti a prognózy nemoci vyvolávají určité psychické reakce. Udává se však, že chronická a známá bolest nevyvolává u člověka tak bouřlivé reakce, pokud nesignalizuje zhoršení zdravotního stavu. Důležitým somatickým projevem nemoci je bolest, jejíž prožívání je podle Rokyty (1998) ovlivněno vnímáním bolesti (tj. intenzitou, kvalitou a lokalizací bolesti), emočními prožitky spojenými s bolestí (zhoršení osobního komfortu, vyčerpání, riziko vzniku deprese), rozumovým hodnocením bolesti (ovlivněno znalostí příčiny bolesti a zkušenostmi nemocného), ale i pamětí pro bolest (prožitek bolesti uložený v paměti).

- **Psychický aspekt** – napojený na **emoční prožívání nemoci**. Především těžké anebo nevyléčitelné onemocnění lze chápat jako závažné osobní ohrožení, jež může vyvolávat strach a úzkost. Zatímco strach má konkrétní obsah (např. osoba trpící leukémií má strach ze závislosti na péči jiných osob), úzkost představuje neurčitou obavu (zlé tušení, že léčba špatně dopadne). Závažná chronická choroba může být doprovázena také smutkem a truchlením, ale i depresí (včetně sebevražedných tendencí), pocity bezmoci a beznaděje, apatií, rezignací, hněvem či smutkem.
- **Sociální aspekt** – když někdo závažněji onemocní, změní se jeho sociální postavení i identita. Jedinec totiž získává **roli nemocného** s jistými privilegii, ale současně mnohé role ztrácí. Často se navíc mění jeho pozice v rodině, kde se stává závislým objektem péče ostatních. Dlouhodobá hospitalizace pak může vést k další redukci sociálních rolí jedince. Sociální rozměr somatického onemocnění se odráží taktéž v postojích laické veřejnosti k těmto lidem, jež bývají výrazným způsobem ovlivněny viditelnými projevy a vnějšími znaky. Roli zde sehrávají nápadnost a deformace zevnějšku, stejně jako předsudky ovlivněné nedostatkem informací o dané nemoci (Vágnerová, 2014).

Jak se vyrovnat se zatěžujícími vlivy chronického somatického onemocnění?

Z výše nastíněných skutečností tedy vyplývá, že rovněž somatické onemocnění je pro tohoto jedince **zátěží**, která je spojena zejména se **zhoršením kvality života**. Ačkoliv platí, že lidé mohou své onemocnění a s ním spojené obtíže prožívat rozdílným způsobem, jako klíčová se jeví míra soběstačnosti a nezávislosti na pomoci druhého člověka (sebeobsluha, hygiena, lokomoce), zvýšená unavitelnost a vyčerpání, které jsou nespecifickým projevem mnoha somatických onemocnění a ovlivňují možnosti seberealizace jedince, stejně jako celkový pocit nepohody. Ten přitom

může být narušován bolestmi, vyčerpáním, ale i komplexní nemohoucností (Křivohlavý, 2002). **Zpracování zátěže**, která je spojena se závažným onemocněním, tak obvykle podle Küblerové-Rossovové (1995) probíhá v šesti fázích:

- **Fáze nejistoty před stanovením diagnózy** – snaha vysvětlit si či překonat různé existující potíže, úvahy o vlastním zdraví, úzkost a obavy z možného onemocnění, postupné vyhledání lékaře a stanovení diagnózy.
- **Fáze šoku a popření** – následuje po stanovení nemoci. Nemocný těžce přijímá informaci o různě závažném ohrožení, které se jej bezprostředně dotýká. Není schopen se s ní rychle vyrovnat, a proto si dopřává odklad formou popírání („*To přece nemůže být pravda*“). Někdy může docházet také k bagatelizaci nemoci a popírání její závažnosti. V této fázi nemá smysl nemocného podrobněji informovat o léčbě či detailech choroby, protože by tato fakta stejně nepřijal.
- **Fáze generalizace negativního hodnocení** – postupné přijetí skutečnosti, že je člověk nemocný, byť to vnímá jako nespravedlivé („*Proč zrovna já?*“). Tato etapa je často spojena s dezorientací (nemocný neví, co se s ním děje, co bude dál, a má obavy), tendencemi ke generalizované negaci (vše je špatně, vše ztratilo smysl), hněvem a vztekem či smutkem a depresí.
- **Fáze postupné adaptace** – nemocný ze svých přání slevuje, ví, že nelze očekávat zázrak, ale snaží se dosáhnout alespoň něčeho. Smlouvá s osudem, činí velké sliby. Akceptuje léčbu a snaží se spolupracovat. Dochází tedy dle Vágnerové (2014) k **reorientaci**, kdy nemocný svou situaci interpretuje jinak, než tomu bylo dříve a mění se i jeho celkový postoj.
- **Fáze zhoršení stavu (příp. relaps choroby)** – ztráta nadějí spojená se stresem a zklamáním. Emoční reakcí je v tomto případě smutek, deprese, zlost, úzkost, strach, pocit osobní nepohody. Nemocní mají také tendence uchýlovat se k alternativním řešením.

- **Fáze dosažení realistického postoje k onemocnění a smíření s jeho důsledky** – akceptace nemoci, přijetí omezení, která choroba přináší a přizpůsobení se jim. Dochází k nalezení nového smyslu a změně postoje k životu. Někdy však může docházet k tomu, že nemocný se s chorobou nesmíří a ulpívá na marném úsilí o dosažení nerealistických cílů. Případně může dojít k **rezignaci**, již můžeme chápat jako podlehnutí přílišné zátěži.

2.5 Komunikace se studenty s tělesným postižením aneb O vše, co nevládnou, si řeknu

Komunikaci mnozí z nás považují za přirozenou součást našich životů a sociálních interakcí. Přesto je však ve vztahu k osobám se somatickým postižením obestřena mnoha mýty a obavami. V rámci této kapitoly si proto vyložíme specifika dorozumívání se s touto skupinou studentů, zaměříme se na zásady správné komunikace a neopomeneme zmínit ani alternativní a augmentativní formy dorozumívání s danými komunikačními partnery.

Co je to komunikace a řeč?

Komunikace (z latinského *communicatio* – spojování, sdělování, přenos, participace) představuje podle Klenkové (2006) složitý proces výměny informací, jehož základ tvoří čtyři vzájemně se ovlivňující stavební prvky:

- **komunikátor** – osoba sdělující něco nového, zdroj informace,
- **komunikant** – příjemce informace, který na ni nějakým způsobem reaguje,
- **komuniké** – obsah sdělení,
- **komunikační kanál** – podmínka úspěšné výměny informací, cesta k předávání informací.



Obr. 5 Pozor na rychlé soudy

5

Komunikační schopnost je u těchto studentů **narušena** tehdy, když některá rovina jazykových prostředků jedince působí negativně směrem ke komunikačnímu záměru (Klenková, 2006).

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) je synonymem pro rozvíjející se multidisciplinární oblast zabývající se využitím doplňkové (augmentativní) a náhradní (alternativní) komunikace (Bendová, 2011). **Augmentativní komunikace** je založena na doplnění a podpoře rozvoje stávajících nedostatečně rozvinutých komunikačních kompetencí jedince. Naopak **alternativní komunikační systémy** slouží k náhradě mluvené řeči.



Obr. 6 Nezapomínejte na slušnost a etiketu

6

Řeč je specificky lidská schopnost; vědomé užívání jazyka, jako složitého systémů znaků a symbolů, a to ve všech jeho formách (Klenková, 2006). Základní stavební složkou mluvené řeči je hláska, z níž se poté utváří slova a ze slov věty (Kejklíčková, 2011). Mezi sdělovací prostředky řeči řadíme mluvu, písmo, posunky, mimiku a neartikulované hlasové projevy (Kejklíčková, 2011).

Go je typické pro studenty s tělesným postižením jakožto komunikační partnery?

V případě komunikace se studenty s tělesným postižením vykazuje komunikační proces jistá specifika. Vstupují do něj totiž determinanty v podobě tzv. **extralingvistických komunikačních prostředků** – gestikulace, mimika (výraz obličeje), haptika (doteky), posturika (postoje, poloha a konfigurace těla), oční kontakt, ale také celkový vzhled studenta s tělesným postižením.

Slowík (2010) v této souvislosti uvádí, že je-li tělesné postižení spojeno s postižením některých mozkových funkcí nebo koordinace svalstva, často se projevuje i přímým narušením řečových schopností. Jedná se o tzv. **symptomatické poruchy řeči**, což znamená, že komunikační

schopnosti tohoto jedince jsou průvodním jevem jiného, dominantního postižení, narušení nebo onemocnění (Lechta, 1989). Zejména studenti s DMO či po prodělání cévní mozkové příhody se tak mohou potýkat s poruchou artikulace, odborně nazývanou jako **dysartrie**. Ta se podle Klenkové (2006) vyznačuje poruchou hláskování a vyslovování, což může způsobit horší srozumitelnost řečového projevu. Někdy se u studentů s přidruženou dysartrií mohou objevovat i obtíže s polykáním, v návaznosti na což je řeč nekoordinovaná a mohou vzniknout taktéž obtíže se správnou tvorbou hlasu. Jak však podotýká Slowík (2010), narušeno může být i neposlední řadě tempo řeči, frázování a přízvuk.

Stejně tak se ovšem u studentů s tělesným postižením může objevovat tzv. **afázie** čili systémové narušení řeči vznikající při organickém poškození mozku, které zasahuje různé stupně organizace řeči. Dle Slowíka (2010) je tato porucha důsledkem organického poškození (nejčastěji levé) mozkové hemisféry, například po mozkové příhodě, po úrazu hlavy nebo při nádorech mozku. Může se projevovat deformací slov (parafázie), sníženou či absentující schopností větného vyjádření (parafrázie) či překotnou mluvou se sníženou srozumitelností (logorhea).

Jak správně komunikovat se studenty s tělesným postižením?

Různá míra tělesného postižení, stejně jako případné vzhledové nápadnosti, mimovolní pohyby či grimasy mohou výrazným způsobem ovlivnit očekávání intaktního komunikačního partnera – vyučujících, spolužáků či ostatních pracovníků vysoké školy. Samotná komunikace s těmito studenty v akademickém prostředí tedy může být ovlivněna mnoha mýty a chybami. Ty mohou pramenit jednak z hledání asociací mezi tělem, smysly a intelektem. To znamená, že řada lidí jedná se studenty s tělesným postižením tak, jako by byli automaticky postiženi také mentálně a/nebo smyslově. Takový přístup nejenom, že je velmi ponižující

a urážející, ale zpravidla také trapný. Základní pravidlo tedy zní: **Nenechte se ovlivnit tzv. haló-efektem.** Ačkoliv tento jedinec může obtížněji verbalizovat své názory anebo potřeby, neznamená to, že jeho handicap je automaticky spojen se snížením intelektu nebo jinými vadami a poruchami. Je tedy třeba si dát pozor na rychlé soudy.

Elementární fyzický kontakt je nedílnou součástí každé komunikace – alespoň co se podání ruky týče. Často se však v praxi můžeme setkat s tím, že lidé se této formy kontaktu při interakci se studenty s tělesným postižením ostýchají. Na vině jsou obavy či nejistota, zda člověk se spastickými horními končetinami, deformitami anebo protézami taktilní (dotykový) kontakt vůbec zvládne. Nastává tedy dilema: Podat ruku, či nepodat? Naše rada zní: **Nezapomínejte na etiketu.** Slowík (2010) osvětluje, že lidé s tělesným postižením nejsou většinou alergičtí na dotyky ostatních, jejich nemoci nebývají infekční, a proto se nemusíte bát podat jim ruku. Chyby se dokonce nedopouštíte ani tehdy, potřesete-li studentovi s tělesným postižením nepostiženou rukou.

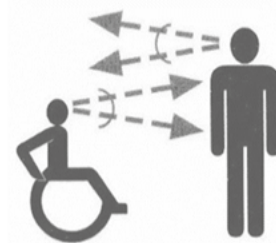
Při samotné komunikaci je třeba brát studenta s tělesným postižením jako **rovnocenného partnera.** Zejména při komunikaci se studentem na vozíku se neopíráme o tuto kompenzační pomůcku ani si s ní nijak nepohráváme bez dovolení. Komunikujeme tváří v tvář a v tzv. **symetrické komunikační pozici.** Jak nám totiž ukazuje přiložený obrázek níže, student sedící na ortopedickém či elektrickém vozíku nahlíží na okolní svět z podstatně nižší úrovně než ti, kdo stojí kolem něj.

Aby tedy komunikace se studentem s tělesným postižením byla skutečně partnerská, je vhodné snížit se do jeho úrovně, aby bylo možné s ním udržovat oční kontakt (oči komunikačních partnerů by přitom měly být přibližně ve stejné výšce). Jedině za tohoto předpokladu bude umožněno, aby student sedící na vozíku mohl společně s komunikačním partnerem vnímat mimiku, gestikulaci, ale i prostředí a dění

okolo ze stejného úhlu (Slowík, 2010). Z tohoto doporučení pak vyplývá ještě jedna velmi důležitá rada: **Nemluvte osobě na vozíku tzv. „do zad“.** Pokud je komunikace zahájena v situaci, kdy dochází k tlačení vozíku komunikačním partnerem, je vhodné pokusit se tlačít vozík jednou rukou a komunikovat se studentem s tělesným postižením z této pozice. Pokud toto doporučení není realizovatelné, doporučuje se pokračovat v hovoru až za podmínek, které umožní aplikaci pravidel pro symetrické dorozumívání s tímto účastníkem vzdělávacího procesu. Rovněž platí, že při komunikaci s tímto studentem na něj mluvíme normálním hlasem, neměníme hlas a neaplikujeme nadměrné projevy soucitu.

Pokud se student s tělesným postižením (například student s DMO nebo s přidruženou dysartrií) vyjadřuje obtížně, ponechme mu více času, **pozorně naslouchejme a ověřujme,** zda správně rozumíme. Slowík (2010) dále radí, že není rozumné se chovat, jako bychom člověku s postižením rozuměli, když tomu tak není. Jistě se neurazí, jestliže se znovu zeptáte na to, čemu jste nerozuměli. Pokud je i přesto sdělovaný obsah hůře srozumitelný, je dobré dohodnout se se studentem s tělesným postižením na doplňujících nebo náhradních způsobech komunikace. Jak uvádí Bendová (2011), **systémy, které mají u osob s narušenou expresivní složkou řeči nahrazovat nebo suplovat standardní komunikační kód (jazyk),** můžeme členit podle způsobu přenosu informace na:

- **statické** – předměty, fotografie, obrázky, piktogramy, systém Bliss, VOKS, písmo aj.,
- **dynamické** – založené na aplikaci znaků a gest a zahrnující např. Makaton, daktyl či znakový jazyk.



Obr. 7 Asymetrická komunikační pozice

7



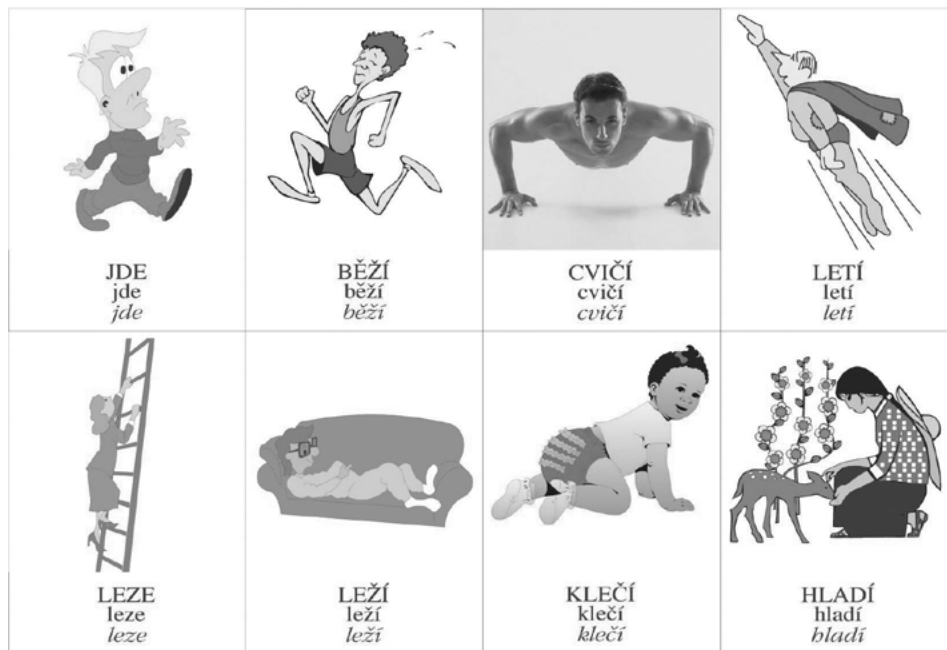
Obr. 8 Nemluvte vozíčkáři do zad

8



Obr. 9 Nemluvte s asistentem

9



© DICK – Jaroslav Šalob 2004

Obr. 10 Ukázka z Afatického slovníku pro studenty s přidruženou afázií

10



Obr. 11 Ukázka piktogramu – vozičkář

11

V současné době plné technologických vymožeností je však kladen důraz také na využití **technických pomůcek**, jež můžeme řadit mezi komunikační systémy vyžadující pomůcky (*Aided communication*). Zahrnují kupříkladu elektronické komunikátory, počítače s hlasovými nebo tištěnými výstupy, programy pro nápovědu slov či přepis mluvené řeči do písemného projevu (tzv. transkripty).



Obr. 12a Komunikátor

12a



Obr. 12b Mluvicí fotoalbum

12b

Doprovází-li člověka s tělesným postižením jiná osoba, nehovoříme na tuto osobu, ale na samotného studenta s tělesným postižením. To znamená: **Jedinec s tělesným postižením umí zpravidla hovořit sám za sebe a je autonomní v rozhodování.** Je schopen řešit každodenní situace – včetně studijních záležitostí, tudíž nepotřebuje tlumočnicka.

A nezapomínejte, že pomoc můžeme studentům s tělesným postižením vždy **slušně nabídnout**, ale rozhodně ne vnucovat násilím. Ideální je, pokud člověkovi s postižením necháte prostor na to, aby si sám řekl, jakou pomoc potřebuje. Pokud jsme o pomoc od tohoto studenta požádání, trpělivě vyslechněme, jakým způsobem můžeme pomoc poskytnout a tyto informace plně akceptujeme – student s tělesným postižením zná nejlépe své možnosti, limity a potřeby. Má-li navíc tento jedinec k dispozici asistenčního psa, není žádoucí na něj volat anebo jej hladit při samotném asistování (Slowík, 2010).

2.6 Bariéry jako součást života aneb V hlavní roli kompenzační pomůcky

S bariérami se setkáváme během života v různé podobě a formou různých **překážek**, které si jako běžní zdraví jedinci ani neuvědomuje. Může se jednat již jen o pouhé **otevření bezpečnostních dveří**, které není prakticky uskutečnitelné pro mnohé z nás, neboť nedokážeme sami vyvinout takovou sílu. Nebo překonání pouhých tří schodů, které nelze vyjít už v případě, že máme např. pohmožděný kotník nebo naražené koleno, jež je v ohybu bolestivé. Jakákoli indispozice znamená i v případě zdravého jedince nějakou bariéru a stejně tak je tomu i u osob s omezením hybnosti. Nyní si představíme několik **kategorii kompenzačních pomůcek**, které lidé se zdravotním postižením využívají, a následně si je aplikujeme na užití do prostředí VŠ a praktického popisu, jak s pomůckami manipulovat, jak je aplikovat v rámci výuky a zároveň jak přistupovat k těmto osobám v rámci zásad,

kteří byly na úrovni komunikace již předestřeny v předcházející podkapitole.

Protetometrie – získává a shromažďuje podklady pro konstrukci, výrobu a aplikaci všech druhů ortopedických pomůcek. Protetika se snaží o náhradu ztracené části těla i její pohybové funkce.

Ortotetika má v popředí léčebný efekt ortéz, kdy jsou přítomny příslušné části těla, ale jejich funkce je buď oslabena nebo vyhaslá. Mezi ortézy patří nám dobře známé krční límce, bederní ortézy, loketní ortézy, ortéza kolenního kloubu, ortézy hlezenní či ortézy ramene.

Calceotika je speciálně upravená obuv pro osoby, které mají problémy s dolními končetinami, vyskytují se u nich různé deformace, malformace aj.

Epitetika je souhrnný názvem pro prostředky, které kosmeticky, ale nikoli funkčně, nahrazují ztracenou, nevyvinutou nebo atrofovanou část těla.

Adiuvantika umožňují v životě osob s tělesným postižením realizovat běžné denní úkony v oblasti lokomoce, hygieny a soběstačnosti, praktických a grafomotorických činností i pro oblast zájmů jako sport aj. Dělí se na několik skupin dle zaměření činností, při nichž je využíváme:

Adiuvantika polohovací a fixační umožňují fixovat jedince vleže, na zádech, na boku, na břiše apod. Lze je využít ke střídání poloh. Poloha se doporučuje měnit po cca 30 min. jako prevence proti vzniku dekubitů (jsou to různé polohovací pytle a další pomůcky jako klíny pod kolena, za záda apod.).

Adiuvantika pro lokomoci, nácvik a kompenzaci, kam se řadí:

- **Rehabilitační vozíky**, které jsou dále děleny: **dle pohonu** (mechanické x elektrické), **dle prostředí** (interiérové x exteriérové), **dle věku** (pro děti, mládež



13a



13b

Obr. 13a, b Ukázky mechanických vozíků



14

Obr. 14 Ukázka elektrického vozíku



15a



15b

Obr. 15a, b Ukázka sportovních vozíků

a dospělé), **dle konstrukce** (pevné x skládací), **dle účelu** (standardní x speciální – sportovní, hygienické, transportní).

- **Trenažery pohybu končetin** slouží k aktivnímu či pasivnímu zapojení dolních i horních končetin (nejčastějším trenažerem je motomed).
- **Rehabilitační míče a overbally** – míče jsou určeny pro nácvik stability, koordinace pohybu, reakcí svalstva na změny polohy, aktivizují motorické funkce

těla a jsou vhodným relaxačním prostředkem. Malý míček se používá pro metodu „míčkování“ vhodnou pro uvolnění svalstva.

- **Chodítka** slouží k nácvičku stoje a chůze, rozlišují se čtyřbodová – nepojízdná nebo dvoukolová, tříkolová, čtyřkolová, pro všechny věkové kategorie. Součástí chodítek mohou být i brzdy, sedátko, košík.
- **Berle a hole** mají opěrnou funkci, vhodné jsou gumové a protiskluzové nástavce. Rozlišujeme berle pro děti



16a



16b

Obr. 16a, b Ukázka handbiků



17a



17c

Obr. 17a–c Ukázka plošiny a schodolezu, nájezdové rampy



17b

a dospělé, máme např. čtyřbodové berle, francouzské berle, dětské loketní berle, podpažní berle, vycházkové hole, výškově nastavitelné hole.

- **Schodišťové plošiny a schodolezy, rampy** – jsou určeny k překonání prahů, dvou až tří schodů nebo k nájezdu do automobilu, vyrábí se kovové, pevné nebo duralové, zasouvací, skládací nebo zalamovací.

Adiuvatika k zajištění hygieny slouží k **zajištění osobní hygieny**, důležitá součást péče, zvyšují potenciál uživatele **v oblasti sebeobsluhy a nezávislosti** na dopomoci druhé osoby (např. zvedáky).

Adiuvatika usnadňující výkon praktických činností je důležitá při samostatnosti a nácviku sebeobsluhy a při běžných denních činnostech uživatele. Usnadňuje manipulaci s věcmi, potravinami apod.



18

Obr. 18 Závěsný elektrický zvedák



20a



20c



20b



20d

Obr. 20a–d Navlékač ponožek; Talíř se zarážkou; Otevírač konzerv; Podavač



19

Obr. 19 Mycí houba zahnutá

Adiuvantika pro realizaci volnočasových aktivit – zde řadíme různé druhy pomůček, které spadají buď do oblasti edukace, nebo pomáhají osobám při studiu, zaměstnání či ve volném čase. Jedná se zejména o pomůcky spjaté s technologiemi. Pro využití daných pomůček je zapotřebí většinou speciálního softwaru, který umožňuje komunikace s PC daného uživatele, existují taktéž různé programy, které se přizpůsobí specifickým uživatele (např. nabízí předdefinovaná slova,

odhadnou, co uživatel chce napsat apod.). Existují však také freeware programy, které jsou k dispozici zdarma a jejich funkce mohou uživateli zjednodušit užívání PC, jedná se např. o myš ovládanou pohybem obličeje FaceMouse, software pro ovládání hlasem JetVoice i virtuální klávesnice s možností automatického klikání či vytvoření si vlastní nadefinované klávesnice Click-N-Type. Ve spojitosti s PC hovoříme o **dotykových obrazovkách**, které usnadňují

komunikaci přístroje s uživatelem pomocí programovatelného intuitivního rozhraní, zcela nám mohou nahradit myš i klávesnici. Ovládání je velmi jednoduché a to poklepáním na obrazovku, u multidotykových monitorů je možnost ovládat aplikace více dotyky najednou. V současné době je často nahrazují tablety.

Pro práci na PC může také uživatel dle potřeb využít např. **ústní tyčinky**, jejíž náustek je tvarovaný podle chrupu, vloží se do úst a uživatel tyčkou ovládá počítač prostřednictvím klávesnice. Funkčně tomu podobná je **hůlka upnutá na hlavě** pomocí speciální čelenky, kdy uživatel pohybem hlavy může psát, ovládat webové stránky apod. Cenově hůře dostupné, ale nahrazující standardní myš, je **optické ukazovátko**, díky němuž skrze infračervené záření nebo optický signál je každý pohyb hlavy převáděn prostřednictvím snímače na pohyb kurzoru po obrazovce.

Mezi další pomůcky patří **klávesnice** (např. *kurzorová klávesnice* tvořená panelem s mikrosplínačovými tlačítky, které simulují funkce kurzorových kláves a klávesy Enter; *ergonomická klávesnice* umožňuje pohodlné psaní díky možnosti nastavení různých poloh. Klávesnici je možno přizpůsobit přirozené pozici paží i rukou. Tato klávesnice může sloužit i lidem, kteří mají potíže s motorikou horních končetin). Speciální klávesnice řeší problémy vysokého zdvihu, relativně malých kláves a potřebné síly pro jejich stisknutí apod.

Mezi specifické pomůcky můžeme řadit např. **zařízení sledující pohyb hlavy**, které umožňuje přístup k PC bez nutnosti ovládání rukou. Zařízení snímá pohyby hlavy uživatele a převádí je na pohyb kurzoru. Proti uživateli je umístěn snímač malé velikosti a na čelo se nalepí drobný senzor a vše je nutné propojit s virtuální softwarovou klávesnicí. Jiným typem je **zařízení sledující pohyb očí** (I4Control, EyeGaze), který je určen pro osoby zcela imobilní, sledující pohyb očí a převádějící ho opět na pohyb kurzoru, mrknutí oka = kliknutí myši. Propojení s virtuální klávesnicí umož-



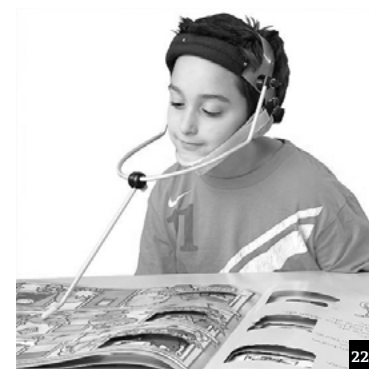
21



22b



22a



22c

ňuje psát delší texty. Dále jsou to různé typy spínačů či tlačítek užívající se zejména u osob s velmi omezenou hybností např. **velkoplošné tlačítko**, obdobnou variantou jsou tzv. **dvoj-tlačítko**, kde jedno je určeno k výběru položky a druhé k potvrzení volby – jedná se o komfortnější modifikaci, nevýhodou je pomalé ovládání; dále je to pomůcka podobná funkčně jednoduchému tlačítku a to **zařízení reagující na dech** uživatele s tím rozdílem, že interpretuje výdechy a nádechy uživatele jako „on/off“ signály. Zařízení může být používáno mnoha způsoby, včetně ovládání rehabilitačního vozíku a počítače.

Obr. 21 Speciální trackball
Obr. 22a Ergonomická klávesnice
Obr. 22b Ergonomická myš
Obr. 22c Hlavové ukazovátko

2.7 Bariéry jakou součástí života aneb Systémová podpora vysoké školy

V následující části se pokusíme nastínit, s čím vším se můžeme setkat u studentů s omezením hybnosti, jaká jsou jednotlivá systémová opatření poskytovaná poradenskými službami, jaký dopad má tělesné postižení z hlediska psychosociálního prožívání a jaká praktická doporučení a zásady mají být dodržovány nejen v případě pedagogů na VŠ.

S čím se můžeme setkat u studentů s tělesným postižením?

Jedná se zejména o problémy v lokomoci (přesuny z místa na místo), sebeobsluze, komunikaci, dále o specifika ve vzhledu a neverbálním chování a vystupování, narušení tělesného schématu. U studentů s centrálními obrnami (dětská mozková obrna, poúrazové stavy) jsou časté potíže také v oblasti zrakových a sluchových funkcí, paměti, pozornosti, vyskytují se psychické potíže. Změny v emočním prožívání jsou intenzivnější, můžeme se setkat s přecitlivělými reakcemi, úzkostnými až depresivními stavy. Vhodné je věnovat čas výběru adekvátní rehabilitační či kompenzační pomůcky. Častým výskytem je také fakt, že zvládnutí stresových událostí způsobuje pokles výkonnosti a zvyšuje přidruženost zdravotních omezení a problémů. Mezi poruchy kognitivních funkcí řadíme zejména vyšší unavitelnost, poruchy paměti (amnésie), zhoršení schopnosti organizovat si čas a plánovat, poruchy řeči, pozornosti. V oblasti chování pak zhoršenou kontrolu a regulaci chování, sebeovládání, impulzivní reakce, nedostatek flexibility při reakci na nové podněty, což může v konečném důsledku vést až k úbytku svědomitosti, odpovědnosti, tendencím k egocentrismu, nedostatku ohledu na okolní svět a sociální pravidla.

Mezi základní parametry pohybu osoby s tělesným postižením v prostředí dle Filipové (1998) řadíme:

- větší manipulační prostor,
- přehlednost řešeného prostředí,
- označení prostor vyhrazených pro vozíčkáře (piktogramy),
- vzít v úvahu snížený horizont pohledu a sníženou dosahovou vzdálenost,
- umožnit průchozí pás o šířce minimálně 70–90 cm,
- v případě zakřivení je třeba šíře průchozího pásu minimálně 150 cm,
- při úpravě či výstavbě je vhodná konzultace s vozíčkářem či organizací zabývající se v dané lokalitě problematikou odstraňování bariér,
- při instalaci tabulí je třeba zohlednit nižší horizont vozíčkáře.

Důležitost asistence je popsána v následujících řádcích jednoho ze studentů se specifickými potřebami

„Mé specifické potřeby po celou dobu studia souvisely s mým vrozeným tělesným postižením a spasticitou jak horních, tak i dolních končetin. Jsem sice částečně mobilní (to ovšem neznamená, že za dopomoci neudělám pár kroků na kratší vzdálenosti), ale samostatně nejsou přesuny po univerzitních budovách zvládnutelné, a to i s ohledem na méně síly v rukou, která je zapotřebí zejména při přesunech na vozíku ve venkovním prostředí. Během studia byla výuka na různých budovách (U2, U10, U12 i U13), takže v tomto ohledu bylo zapotřebí připomínat, aby byla výuka rozvrhovaná zejména na dostupných budovách. Časem byla směřována opravdu jen na bezbariérovou budovu U13, takže bylo relativně vše bez problémů. Když se nějaká obtíž s místností objevila, studijní oddělení (před vznikem Centra) se snažilo co nejrychleji problém vyřešit s rozvrhářem.

Problémy se vyskytly, u mě jako studenta kombinované formy, ve spojitosti např. se zkouškou formou testu v prostředí Moodle, což vyžadovalo přesun do PC učebny ve 4. patře, přičemž testování probíhalo v budově bez výtahu. V tomto případě bylo nutné zkontaktovat příslušného přednášejícího a dohodnout se s ním na jiném způsobu splnění předmětu. Obvykle přinesl test v tištěné podobě do přízemí budovy, kde byla zkouška vykonána, anebo mě místo toho vyzkoušel ústně. S Centrem pro studenty se specifickými potřebami byla navázána spolupráce krátce po jeho vzniku a zrovna v momentě, kdy mi nemohl ze zdravotních důvodů asistovat rodinný příslušník. Situace byla obratem vyřešena, byla mi přidělena velmi šikovná asistentka, která mi byla plně nápomocná při všech přesunech a se vším, co bylo třeba vyřešit, čehož si nesmírně vážím, neboť nebyl žádným způsobem narušen můj studijní rytmus.“



Obr. 23a–e Mapování bezbariérovosti na UTB ve Zlíně (dostupnost učeben a kanceláří přes bezpečnostní dveře, nepřístupnost toalety, sjezd z chodníku a přejezd přes silnici)



23d



23e

Jak správně pomoci studentovi s narušenou hybností?

Studenti jsou většinou částečně nebo plně imobilní. Přesuny z místa na místo pomáhá zajistit v lepším případě bezbariérovost prostředí, v horším případě se hledají možnosti mezi kompenzačními pomůckami, které jsme si nastínili výše (v případě bezbariérovosti a úprav prostředí jde o madla, rampy, plošiny, výtahy aj.). Nelze-li použít žádnou z možných dostupných variant, je nutno studenta přenést za pomoci vlastních sil, nutná asistence např. dvou osob. Při manipulaci se studentem s omezenou hybností dodržujeme konkrétní zásady z důvodu bezpečnosti:

- Při zastavení nebo přesunu člověka na vozík musíme vozík **VŽDY** zabrzdít.
- Vozík zvedáme pouze za pevné rámy. Při manipulaci s ním, např. při zvedání studenta do schodů, nesmíme vozík chytat za odnímatelné součásti, např. stupačky!!!
- Musíme respektovat co nejpohodlnější zapojení vozíčkáře při komunikaci s dalšími lidmi, tzn. natočení se čelem k vozíčkáři a zabránit vyvracení jeho hlavy vzad.
- Studentovi neděláme prostředníka v komunikaci s okolím. V případech, že je schopen sám verbálně a srozumitelně komunikovat, neděláme ze sebe prostředníka (pouze na výslovnou žádost studenta se specifickými potřebami). Často se stává, že většinová společnost se obrací při komunikaci na doprovod.
- Je nutné si uvědomit, že zorný pohled doprovodu/asistenta je zcela jiný vzhledem k výšce k danému objektu či subjektu. V případech, že chceme studenta na něco upozornit, skloníme se, abychom zjistili, zdali je daná věc v zorném úhlu studenta se specifickými potřebami.
- Pokud student nemá výrazná omezení v manipulaci s vozíkem, podporujeme jeho samostatnost, dopomáháme pouze tam, kde je to potřeba např. při zdolávání obrubníků, schodů, prahů aj.

Jaké další služby může student s omezením hybnosti využít aneb Co můžu jako asistent poskytovat?

Častým případem je využití **služeb zapisovatele** z důvodu zhoršené motoriky pro psaní zápisů na přednáškách, seminářích, cvičeních aj.

Zásady zapisovatele

- Poskytovatel asistenčních služeb, tedy asistent, jehož vymezení je uvedeno v první kapitole, se může stát v rámci poskytovaných služeb tzv. zapisovatelem. Ten má na starosti zodpovědnost při přepisu a zápisu textu přednášek/cvičení/seminářů, nebo také při zápisu u přijímacích zkoušek, která mají zase jiná specifika.
- Zapisovatel by měl být přítomen min. 5 min. před zahájením výuky, aby se mohl nachystat, připravit si techniku apod. Zapisovatel by se měl zkontaktovat během tohoto času i se studentem se zdravotním postižením, kterému přepis poskytuje, a v případě, že student nebude na výuce přítomen, bude o tom zapisovatel informován předem. Pokud o tomto zapisovatel není informován, případně ani o žádných jiných specifikách, a zjistí, že není student přítomen na výuce, tak z ní odchází. Zapisovatel by měl sedět vedle studenta, jemuž zapisuje, pokud se individuálně nedomluví jinak.
- V případě, že je třeba využít zapojení techniky (notebooku, tabletu) do zásuvky, je zapisovatel povinen požádat o uvolnění místa poblíž připojení.
- Zapisovatel se také žádným způsobem aktivně nepodílí na výuce a ani do ní nezasahuje, zároveň také nezodpovídá jakékoli dotazy ze strany vyučujícího či spolužáků za studenta, kterému zapisuje, a nezodpovídá tak ani za jeho chování (tzn. neřeší situaci, kde se student nachází, zda je připraven na výuku apod.).
- Zapisovatel by měl splňovat několik kritérií, aby naplnil podstatu této role: nejdůležitější je psaní hma-

tovou metodou všemi deseti, neboť je nutno, aby zapisoval vše, co pedagog přednáší, a to ve zjednodušené a srozumitelné podobě bez pravopisných chyb. Po zápisu je nutné, aby byla zapisovatelem provedena úprava textu včetně důkladné kontroly gramatických a pravopisných chyb, překlepů, zápisu cizích slov a aby byla zároveň provedena formální úprava textu, tzn. zvýraznění kapitol, podnadpisů, dodržování odstavců, řádkování 1,5; písmo vel. 12 (pokud není dohodnuto jinak).

- Psaný text je psán souvisle, v případě výčtu (např. druhy kompenzačních pomůcek) je možno využití odrážek. V případě, že je zaznamenávána přímá řeč – studentova – uijeme uvozovky. Videonahrávky, či audiomateriál zaznamenáváme ve stručnosti – pouze stěžejní informace. V případě videa s titulky, zápis není nutné provádět.
- V textu je také možné užití zkratk, ty musí být ovšem při prvním užití vysvětleny, aby se student následně v textu zorientoval (např. zdravotní postižení – ZP).
- Dokument by měl z formálního hlediska obsahovat datum, jméno přednášejícího, zapisovatele, název předmětu, téma hodiny. Upravený text je nutné zaslat studentovi tentýž den, případně ihned po úpravě. Tento text je zasílán následně i pověřenému pracovníkovi Centra (není-li dohodnuto jinak), který vše archivuje a dle přepisovaného následně vyplácí mzdu.
- V případě, že se zapisovatel nebude moci ze závažných důvodů do výuky dostavit, ozve se minimálně 3 dny před zahájením výuky tutorovi či pověřenému pracovníkovi Centra.

Někteří studenti se snaží zvládnout zápis sami, u těch, kteří mají těžší stupeň omezení hybnosti je možno využít konkrétní pomůcky, které může zajistit právě Centrum poskytující podporu těmto studentům. Jedná se např. o výpůjčku notebooku se speciálními software (NewtonDictate 4 Business – software pro převod hlasu do textu, ABBYY FineReader –

software pro digitalizaci textu, ClaroRead – program určený primárně pro obtíže v oblasti dyslexie a dysgrafie, ale taktéž s možností zápisu), výpůjčku diktafonů, případně dalších upravených pomůcek – protiskluzová podložka na stůl, upravené psací náčiní, domluva s přednášejícím o poskytnutí základních studijních materiálů, domluva o ofocení zápisu od spolužáka.

U studentů s těžkým postižením horních končetin může dojít k tomu, že nejsou schopni např. otočit stránku v knize. K tomu mohou využít obraceč stránek, nebo je vhodná domluva, aby měli dostupné materiály v elektronické podobě (skripta, PP prezentace, elektronické knihy – dostupnost je poskytována ze speciální databáze i studentům se zrakovým postižením). U studentů s tímto typem zdravotního postižení se často setkáváme s tím, že je potřeba polohování kvůli **relaxaci** a většímu pohodlí, neboť celodenní sezení na ortopedickém vozíku není, ani za předpokladu užití deku-bitních podložek, ničím pohodlným. Zejména u **poúrazových stavů** je setrvání v jedné pozici problémové. Polohování je řešeno ve spolupráci s pověřeným pracovníkem Centra pro studenty se specifickými potřebami nebo tutorem příslušné fakulty, jak postupovat v těchto případech. Pro uvolnění a relaxaci je nejčastěji využívána poloha na zádech nebo boku. Zohlednění polohy by mělo být i součástí výuky, např. možnost polohovacího stolu, pro úpravu při psaní, nebo práci na PC. Měly by být respektovány také další zásady spadající do oblasti úpravy prostředí (dostatečné osvětlení, manipulační prostor, apod.).

U studentů se **svalovou dystrofií**, jež je rozmanitá svými typy, i s ohledem na progresi daného onemocnění nelze mnohdy odhadnout motorické předpoklady dotyčného, a proto je potřeba vždy dotazem zjistit, zdali dotyčný chce pomoci, jednáme s ním jako s rovnocenným partnerem. Vyskytuje se méně viditelné oslabení horních končetin, student si dokáže např. sám zvednout batoh či knihu. Mnoho jedinců s progresivní svalovou dystrofií se snaží co

nejdéle chodit za pomoci přidržování se různých pevných opor, např. nábytku apod., lze využívat i berle, ale vzhledem k celkové nestabilitě je toto užití ve vnějším prostředí méně časté, protože předvídá možný úraz. Z tohoto důvodu jsou často využívány mechanické vozíky, tzn. je potřeba zajištění asistence v rámci doprovodu a přesunů. Je zde také důležitý prostor pro svalovou relaxaci.

U studentů s **diabetem** je nutno přistupovat s ohledem na jejich léčebný režim (aplikace inzulínu), situace je zhoršena v momentě regrese stavu, kdy dochází k různým komplikacím – např. nutnosti amputace končetiny. Důležité je umět ošetřit diabetické kóma či šok.

VÍTE, ŽE...

- Se mezi známé herce s tělesným postižením řadí například Jan Potměšil, Jan Kašpar, Markéta Fisherová či Christopher Reeve?
- Mezi známé a úspěšné sportovce s tělesným postižením můžeme zařadit českého cyklistu Jiřího Ježka?
- Se životní příběh vědce Stephena Hawkinga stal podkladem pro oscarový snímek Teorie všeho?
- Existují sportovní aktivity adaptované pro osoby s tělesným postižením – basketbal, ragby, plavání, boccia či sledge hokej?
- Město Zlín má tým sledge hokejistů nazvaný SHK LAPP ZLÍN?

STRUČNÉ SHRUTÍ KAPITOLY ANEB O ČEM BYLA ŘEČ (?)

V této kapitole byly úvodem vymezeny základní charakteristiky okruhu osob s tělesným postižením (částečné nebo úplné omezení hybnosti), stejně jako byly definovány stěžejní termíny související s kategorií tělesného somatického postižení a chronického somatického onemocnění (pohyb, tělesné postižení, nemoc, zdraví, chronické somatické onemocnění atd.). Rovněž bylo vymezeno, že za studenta s tě-

lesným postižením můžeme považovat jedince pohybově postiženého, s dominantním postižením horních anebo dolních končetin.

V rámci další subkapitoly byly detailně popsány vybrané druhy tělesného postižení vrozeného/raně získaného (obrný, deformace, malformace, rozštěpové vady), tělesná postižení získaná po úraze (např. amputace, paraplegie, zlomeniny obratlů) a tělesná postižení získaná po nemoci (revmatická onemocnění, dětská infekční onemocnění či myopatie). Nemalá pozornost byla věnována i chronickým somatickým onemocněním, která se vyznačují plíživým začátkem, a proto neznáme jejich začátek ani konec. Zahrnujeme sem například kardiovaskulární choroby, rakovinná onemocnění, chronická onemocnění dýchacích cest, epilepsii či diabetes.

Z hlediska sociálně-psychologického můžeme tělesné postižení vnímat nejen jako somatický stav, ale i psychický a sociální problém. Jedná se tedy o náročnou životní situaci, která je výrazně determinována dobou vzniku tělesného postižení. Zatímco vrozené tělesné postižení není tolik traumatizující, protože člověk do něj od narození „vrůstá“, získané tělesné postižení představuje šok, na nějž je třeba se postupně adaptovat, neboť mění veškeré doposud platné podmínky života. V kontextu sociálním je třeba zmínit riziko vzniku disabilismu (předjímání neschopnosti či automatické zneschopňování těchto jedinců), proměnu sociálních rolí i nízká očekávání ze strany majoritní populace vůči studentům s tělesným postižením. Chronické somatické onemocnění je synonymem pro trvalé znevýhodnění, v návaznosti na což je u těchto studentů třeba reflektovat riziko vzniku strachu, úzkosti, depresí, pocitů beznaděje, stejně jako zhoršenou kvalitu jejich života.

Všechny výše zmíněné faktory se pak mohou promítat do oblasti komunikace s těmito edukanty, kteří se kromě jiného mohou potýkat s různými poruchami řeči (dysartrií či

afázií). V této souvislosti pak byly podrobně diskutovány zásady komunikace se studenty-vozičkáři, zejména pak zásada symetrické komunikační pozice, aktivního naslouchání, dodržování etikety (podání ruky) anebo využití technických komunikačních pomůcek. Závěrečná část kapitoly je pak věnována možným formám podpory studentů s tělesným postižením během studia na VŠ, a to z hlediska poskytování adekvátní osobní a studijní asistence (zásady správné asistence při přesunech, ve výuce, zapisovatelský servis aj.).

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ ←←

- Jak Vy sami vnímáte osoby s poruchou hybnosti či osoby závažně nemocné? Jaké pocity ve Vás vyvolávají interakce s nimi?
- Dovedete si představit, že byste asistovali studentovi s tělesným postižením (např. vozičkáři)? Co by Vám osobně tato zkušenost podle Vás mohla přinést?

POUŽITÁ LITERATURA

- Bendová, P. (2011). *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada.
- Bursová, M. (2005). *Kompenzační cvičení: Uvolňovací, protahovací, posilovací*. Praha: Grada.
- Čeledová, L. & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví - vybrané kapitoly*. Praha: Grada.
- Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně (2018). *Pacient a rodina: Onkologické diagnózy* [online]. Přístup dne 18. 1. 2018 z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/>
- Diabetická asociace ČR (2018). *Co je diabetes?* [online]. Přístup dne 18. 1. 2018 z: <http://www.diabetickaasociace.cz/co-je-diabetes/>
- Dungl, P. a kol. (2014). *Ortopedie: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada.
- Dvořák, R. (2007). *Základy kinezioterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Fischer, S. & Škoda, J. (2008). *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychologickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: TRITON.
- Hadj-Mousová, Z. (2004). *Specifické rysy osobnosti postiženého jedince*. In Vágnerová, M. Hadj-Mousová, Z. & Štech, S. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum.
- Hogenová, A. (1998). *Pohyb a tělo: výběr filosofických textů*. Praha: Karolinum.
- Chládková, J. (2014). *Chronický kašel u dětí. Pediatrie pro praxi*, 15(1), 13–15.
- Jonášková, V. (2004). *Dítě s poruchou mobility*. In Müller, O. a kol. *Dítě se specifickými vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kejklíčková, I. (2011). *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada.
- Klenková, J. (2006). *Logopedie*. Praha: Grada.
- Klíma, J. a kolektiv (2016). *Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada.
- Kopecká, K. (2012). *Osobnost žáka s tělesným postižením*. In: Čadová, E. a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Krivošíková, M. (2011). *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Küblerová-Rossová, E. (1995). *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: EM, Reflex.
- Lebl, J. (1998). *Abeceda diabetu: příručka pro děti, mladé dospělé a jejich rodiče*. Praha: Maxdorf.
- Mandincová, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného: Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2017). *Pravidla pro poskytování příspěvku a dotaci veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy*. Č. j.: MSMT-1404/2017-2.
- Mandovec, A. (2008). *Kardiovaskulární choroby u žen*. Praha: Grada.

- Murphy, R. F. (2001). *Umlčené tělo*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Novosad, L. (1997). *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: Kapitoly ze sociologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
- Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál.
- Opatřilová, D. & Zámečníková, D. (2007). *Somatopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido.
- Perrin, E. a kol. (1993). Pediatric chronic illness. *Journal of Learning Disabilities*, 26(7), 426–427.
- Preamble k Ústavě WHO přijaté Mezinárodní konferencí o zdraví v New Yorku 19. – 22. 7. 1946, uvedené v platnost 7. 4. 1948.
- Renotierová, M. & Ludíková, L. a kol. (2005). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Renotierová, M. (2006). Speciální pedagogika osob s tělesným postižením. In: Renotierová, M. & Ludíková, L. et al. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Rokyta, R. (1998). Bolest a její patofyziologie. *Psychiatrie*, 2(2), 103–107.
- Seidl, Z. (2008). *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada.
- Seidl, Z. (2015). *Neurologie pro studium i praxi: 2., přepracovaná a doplněná vydání*. Praha: Grada.
- Slowík, J. (2010). *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál.
- Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika. 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada.
- Snow, K. (2003). *Redefining Disability: Revolutionary Common Sense by Kathie Snow*. In *Disability Is Natural* [cit. 2017-12-21]. Dostupné z <https://www.arceci.org/wp-content/uploads/pdf/current-job-openings/dsp-resources/employee-development-and-advancement/self-study-material/a-new-ways-of-thinking/al.pdf>
- Šámalová, K. (2016). *Šance na dosažení vysokoškolského vzdělání v populaci osob se zdravotním*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.
- ÚZIS ČR (2013). Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2013. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2016-05-20]. Dostupné z <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Vágnerová, M. (1999). *Psychologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vítek, L. (2008). *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada.
- Vítková, M. (2006). *Somatopedické aspekty. 2. přepracované a rozšířené vydání*. Brno: Paido.
- WHO (2015). *Noncommunicable diseases*. World Health Organization [online]. Přístup dne 18.11. 2017 z http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/

Obrazový materiál převzat z:

- Obr. 1 Types of Cerebral Palsy. Digitální obrázek. Omaha Injury Lawyer. 13. 5. 2019. Citováno z: <https://www.injurylawyeromaha.net/>
- Obr. 4 Votavová, T. Stabilizovaná poloha. Digitální obrázek. Bikeandride.cz 31. 1. 2012. Citováno z: <https://www.bikeandride.cz/2012/01/zaklady-prvni-pomoci-1-jak-se-chovat-pri-nehode/>
- Obr. 5, 6, 8, 9 5 chyb při komunikaci s vozíčkářem. Digitální obrázek. Vozíčkářské noviny. 28. 5. 2014. Citováno z: <https://vozickarskenoviny.cz/clanek/5-chyb-pri-komunikaci-s-vozickarem/>
- Obr. 7 Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika. 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada
- Obr. 10 Salač, J. Afatický slovník. Digitální obrázek. Afatický slovník - informace. 2009. Citováno z: <http://slovník.kvalitne.cz/info.htm>

3/ Studenti se zrakovým postižením na vysoké škole

„Poslouchej chvíli a shledáš, že jsou i takové věci, které nespát-
říš zrakem, přesto však uznáš, že jsou.“

___Arthur Schopenhauer

PO PROSTUDOVÁNÍ TĚTO KAPITOLY BYSTE MĚLI ZNÁT:

- Základní terminologii související s kategorií zrakové-
ho postižení.
- Klasifikaci a charakteristiku vybraných zrakových
vad a poruch.
- Sociálně-psychologické dopady zrakového postižení
na psychiku člověka a jeho sociální vztahy.
- Zásady správné komunikace se studenty se zrakovým
postižením, včetně pravidel správného doprovázení
(průvodcovství) těchto osob.
- Možnosti podpory studenta se zrakovým postižením
při studiu na VŠ.

Zrak je jedním z **nejdůležitějších smyslových orgánů vů-
bec**. Zrakové počítky a vjemy totiž dávají člověku množství
jemně diferencovaných údajů širokého rozsahu. Konkrétně
okem rozlišujeme **8 kategorií znaků** – barvu, tvar, velikost,
vzdálenost, směr, prostorovost, klid a pohyb (Ludíková,
2004). Zrakový analyzátor nám tudíž podává až **90 % infor-
mací** o okolním dění (Slowík, 2007).

Jak ale můžeme zrakové postižení klasifikovat? Jaké má
dopady na psychiku a sociální kontakty tohoto studenta?
Na co dbát a jaké zásady dodržovat při komunikaci? Jaká
podpůrná opatření a služby mohou tito studenti během ter-
ciárního vzdělávání na UTB ve Zlíně využít? A jak studium
na naší univerzitě hodnotí samotní absolventi se zrakovým
postižením? Odpovědi budeme společně hledat v následují-
cích kapitolách.

3.1 Slovníček pojmů – úvodní vhléd do tyfopedické terminologie

Podobně, jako je bohatá kategorie zrakového postižení, je
variabilní také příslušná terminologie. Úvodem si proto
představíme klíčové pojmy, které se budou prolínat celou
touto kapitolou a o nichž byste měli mít povědomí v pří-
padě, že se v akademickém prostředí setkáte se studentem
s tímto zdravotním postižením.

Výchovou a vzděláváním osob se zrakovým postižením se
podle Novákové (2011) zabývá speciálně-pedagogická disci-
plína **tyfopedie** (z řeckého *tyflos* = slepý a *paidea* = výchova),
synonymně označována také jako **oftalmopedie**. Předmě-
tem tyfopedie je pak jedinec se zrakovým postižením v pro-
cesu edukace (Finková, 2010, Růžičková, 2007).

Osobou se zrakovým postižením se pro potřeby této meto-
diky bude rozumět osoba, která i po optimální korekci (me-
dikamentózní, chirurgické, brýlové aj.) má v běžném životě
problém se získáváním a zpracováním informací zrakovou
cestou (Vitásková, Ludíková, Suralová, 2003). Jiná defini-
ce pak zrakové postižení chápe jako absenci nebo nedosta-
tečnost kvality zrakového vnímání (Renotíerová, Ludíková
a kol., 2005), která může vzniknout v některé části zrako-
vého ústrojí – zevního oka, očního nervu či přímo v oblasti
zrakového centra (Slowík, 2007). Podle statistických údajů
WHO (2013) je na světě 285 milionů lidí se zrakovým posti-

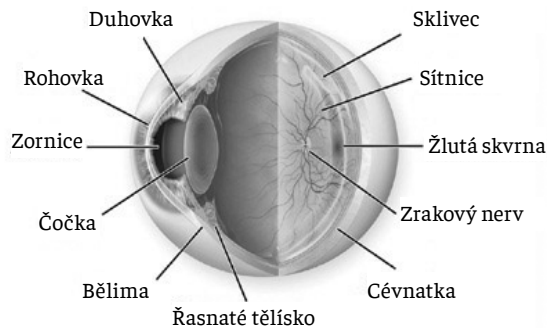
žením, konkrétněji pak 39 milionů nevidomých a 246 milionů těžce slabozrakých. Přesné statistiky mapující zastoupení těchto osob v České republice sice nejsou známy, nicméně se odhaduje, že se jedná o 60 000 – 100 000 osob, z toho 7 000 – 12 000 je nevidomých. Asi 40 % osob s těžkým zrakovým postižením je nezletilých a v produktivním věku, zbylých 60 % jsou lidé nad 60 let věku.

O **studentech se zrakovým postižením** tedy můžeme říci, že mají omezené nejen množství zrakových získaných poznatků, ale i jejich kvalitu, neboť vidění může být rozmazané a mlhavé, stejně jako se mohou vyskytnout výpady v zorném poli (Keblová, 1998). Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2017) pak v kontextu vysokoškolského prostředí vymezuje, že u studentů se zrakovým postižením je třeba rozlišovat, jedná-li se o jedince, který je:

- **Lehce zrakově postižený / uživatel zraku (A1)**, konkrétněji osoba, jejíž zraková vada stále umožňuje práci zrakem (a to i s textem), s běžnými formáty dokumentů, včetně vizuálních. Úprava obrazu pozůstává ve zvětšování nebo jiných změnách optického charakteru, není třeba využívat odečítače obrazovky.
- **Těžce zrakově postižený / uživatel hmatu / hlasu (A2)** čili osoba, která pracuje buď s hmatově tištěnými dokumenty nebo s odečítači obrazovky (v kombinaci s hmatovým displejem nebo hlasovým výstupem), který vyžaduje editovatelný formát textového dokumentu, příp. dokument obsahově i formálně adaptovaný. Jsou zde tedy zahrnuti i ti, pro něž je v tradiční terminologii vyhrazen termín těžce slabozraký, nevidomý, příp. prakticky nevidomý.

Termín **zrakové vady** označuje nedostatky zrakové percepce různého rozsahu a etiologie (Finková, 2010).

Senzorická deprivace znamená situaci, kdy dochází k menšímu přívodu podnětů a rozsahu zkušeností, ale i absenci informací vizuálního charakteru. Dochází tedy k neú-

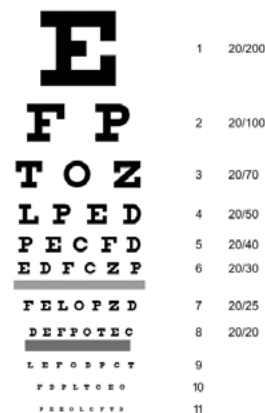


Obr. 24 Stavba oka

plnému a nepřesnému vnímání okolního světa, stejně jako k omezenému množství a variabilitě podnětů, které vedou ke snížení aktivační úrovně jedince (Vágnerová, 1999).

Světlocit (z anglického *light perception / light projection*) je schopnost oka vnímat světlo a určit jeho směr. Můžeme rozlišovat: (1) světlocit se správnou světelnou projekcí, kdy je jedinec schopen určit směr světla, a (2) světlocit bez projekce, pro nějž je typické, že daná osoba není schopna určit zdroj světla (Kroupová a kol., 2016).

Vizus neboli míra zrakové ostrosti. Cílem vyšetření zrakové ostrosti je určit největší vzdálenost, ze které jsou dva body vnímány jako dva body. Prakticky se vyšetřuje pomocí tzv. Snellenových **optotypů**, přičemž výsledek vyšetření je vyjádřen jako zlomek. V čitateli tohoto údaje se uvádí vzdálenost, z níž vyšetřovaný čte, a ve jmenovateli pak řádek, který klient ještě přečte. U zdravého člověka je optimální hodnota 6/6 (Slezáková a kolektiv, 2014). Slowík (2016) pak doplňuje, že hodnota vizu např. 6/60 ukazuje, že to, co je postižené oko schopno vidět ze vzdálenosti šesti metrů, vidí nepostižené oko na vzdálenost 60 metrů.



25a



25b

Obr. 25a, b Snellenovy optotypy

3.2 Klasifikace a charakteristika nejčastějších zrakových vad a poruch

Kategorie zrakového postižení zahrnuje celou řadu vad a poruch. Danou skutečnost lze přisuzovat tomu, že také jeho **etiologie** (tj. příčiny vzniku) je velmi bohatá. V odborné literatuře se, konkrétněji řečeno, můžeme dočíst, že ke vzniku zrakového postižení může výrazným způsobem přispět genetická podmíněnost, infekce u matky v době těhotenství, záněty, nádory, úrazy či intoxikace v postnatálním období. Nelze však opomenout ani vliv subjektivně pocíťovaných obtíží a zrakových omezení.

Jak uvádí Ludíková (2003), žádná klasifikace nedokáže dostatečně charakterizovat všechny okolnosti a projevy zrakového postižení, proto se různé klasifikační přístupy kombinují a doplňují. V následujícím textu tedy představíme nejčastěji diagnostikované zrakové vady a poruchy, a to i s přihlédnutím k možnosti jejich výskytu u studentů se zrakovými deficity. Pro tyto potřeby budeme vycházet z prací Novákové (2006) a Slowíka (2007).

Ve shodě se Slowíkem (2007) lze podle **postižení zrakových funkcí**, které mohou dosahovat různého stupně, rozlišovat:

- **Sníženou zrakovou ostrost** – zraková ostrost představuje přesnost zrakové diferenciaci, kdy vidění na blízko a na dálku nemusí být narušeno ve stejné míře. Přijatelná schopnost vidění na dálku je významným determinantem prostorové orientace člověka. Vidění na blízko je pak důležité pro výkon většiny každodenních činností, včetně čtení a psaní, jenž je klíčové při studiu na vysoké škole (Vágnerová, 2014).
- **Omezení zorného pole** – zorné pole určuje, v jakém rozsahu je člověk schopen zrakově vnímat. V zorném poli může chybět rozlišovací schopnost centrálních oblastí, která je za normálních okolností místem nejos-

třejšího vidění. Student s tímto postižením má tedy obvykle obtíže při práci na blízko, ale i při komunikaci s druhými lidmi. Pokud chce totiž komunikačního partnera vidět, musí se na něj dívat tak, aby objekt jeho zájmu byl ve funkční části zorného pole (tzv. excentrická fixace) (Vágnerová, 2014).

- **Poruchu barvocitu (Daltonismus)** – porucha vnímání barevného spektra není pro člověka v běžném životě až natolik omezující. Můžeme však podle Synka, Skorkovské (2014) rozlišovat:
 - **Monochromazii** – naprostá absence schopnosti barevného vidění;
 - **Dichromazii**, kdy není rozlišována jedna ze tří základních barev, a v této souvislosti lze dále rozlišit protanopii (porucha vidění červené barvy), deuteranopii (porucha vidění zelené barvy) a tritanopii (defekt modré složky);
 - **Anomální trichromazii** – vnímání je trichromatické, ale je změněn poměr vnímání základních barev. Podle toho, která ze základních barev je postižena, můžeme rozlišit protanomálii (snížená citlivost pro červenou barvu), deuteranomálii (snížená citlivost vnímání zelené barvy) a tritanomálii (snížená citlivost pro modrou barvu).
- **Poruchu akomodace (refrakční vady)** – patří mezi nejčastější onemocnění oka. Je způsobena špatnými vlastnostmi lomivých ploch oka, při nichž se paprsky světla nekoncentrují na sítnici. Roli však mohou sehrávat i osově vady oka, kdy lomové plochy jsou v pořádku, ale oko má různou délku (Janíková, 2017). Dle Orla, Facové a kolektivu (2010) můžeme rozlišovat:
 - **Dalekozrakost (hypermetropie)**: tento student vidí bez brýlí lépe do dálky, je ale schopen svou vadu potlačit zaostřováním – akomodací. Pokud se tato vada neobjeví již v dětství, obvykle obtíže nastávají až od 30. roku života vlivem dlouhodobého sledování blízkých předmětů (např. při čtení nebo práci na PC).

- **Krátkozrakost (myopie):** dotyčný student lépe vidí na blízko (např. na čtení) a naopak mihavě vidí do dálky, což se snaží zlepšit mhouřením očí.
- **Astigmatismus:** stav, kdy se paprsky neshbíhají v jednom bodě, často vlivem nepravidelně zakřivené rohovky, příp. čočky. Může vznikat jak samostatně, tak i kombinovaně s dalekozrakostí nebo krátkozrakostí. Touto poruchou trpí až 60 % populace.
- **Poruchu zrakové adaptace** – jedná se o poruchu způsobenou se různým hladinám osvětlení, zejména světlou a tmě. V laické veřejnosti panuje přesvědčení, že špatně vidící člověk potřebuje silnější osvětlení – tento předpoklad však nemá obecnou platnost, neboť lidé s tzv. světloplachostí se špatně adaptují i na běžnou intenzitu světla. Vidí tedy lépe v lehkém šeru a jinak musí nosit tmavé brýle (Vágnerová, 2014).
- **Poruchu okohybné aktivity** – oko je v primární poloze, pokud je hlava zpřímá a oči směřují přímo vpřed. Může se jednat například o poruchy fixačních pohybů očí (tzn. o poruchu klouzavého pohybu očí anebo o oční třes) či o poruchu velkých pohybů očí (např. sledovacích pohybů očí).
- **Poruchu hloubkového (3D) vidění.**

Podle **stupně zrakového postižení** můžeme, ve shodě s Novákovou (2006), rozlišit:

- **Osoby nevidomé** – jedná se o osoby s nejtěžším stupněm zrakového postižení. Mezi osoby nevidomé patří jedinci všech věkových kategorií, kteří mají narušeno zrakové vnímání na úrovni nevidomosti (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007). Pro tyto studenty je dále typický nevratný pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 až světlocit. Můžeme tedy konstatovat, že úplné nevyvinutí zrakového analyzátoru způsobuje absenci zrakového vnímání. U nevidomých osob se hrávají v běžném životě, ale i při studiu důležitou roli



Obr. 26a–f Refrakční vady oka



27

Obr. 27 Ukázka dětského okluzoru

tzv. kompenzační činitel – zejména pak hmat a sluch. Nevidomost může být jak vrozená, tak i získaná v průběhu života. Mezi nejčastější příčiny vrozené nevidomosti patří dědičnost, porušení plodu v prenatalním období, infekční choroby matky v době těhotenství anebo pohlavní choroby matky. Z hlediska získané nevidomosti mohou důležitou roli sehrát progresse refrakčních vad, glaukom, katarakta, odchlípení sítnice, retinopatie, nádory, intoxikace, úrazy, komplikace při diabetes či meningitida (Ludíková, Souralová, 2006, Růžičková, 2007). Můžeme podle Slowíka (2016) rozlišit dva druhy nevidomosti:

- **Nevidomost praktickou:** zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí je 1/60, 1/50 až světlocit. Případně může být vymezena jako omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když není centrální ostrost postižena.
- **Totální slepotu (amaurosa):** jedná se o ztrátu zraku, v rámci níž může dojít k naprosté ztrátě světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou projekcí.
- **Osoby se zbytky zraku** – jedná se o hraniční kategorii osob mezi těžkou slabozrakostí a praktickou nevidomostí. Zbytky zraku představují souhrnné označení pro stupeň poškození vidění, které umožňuje hrubou orientaci v osvětleném prostoru. Hraniční oblast zbytků zraku bývá oftalmologicky definována v mezích zrakové ostrosti 3/60 – 0,5/60 (Kroupová a kolektiv, 2016). Tento typ zrakové vady se může v průběhu života měnit, to znamená, že může docházet ke zlepšení, zhoršení, ale i stabilitě po celý život. Může být jak vrozená, tak i získaná v průběhu života. Z hlediska edukace sehrává důležitou roli zejména skutečnost, že tito jedinci se učí číst jak pomocí Braillova písma, tak i zvětšeného černotisku (Růžičková, 2007).
- **Osoby slabozraké** – jedná se o osoby, jenž mají zrakové vnímání na stupni slabozrakosti (Růžičková, 2007; Ludíková, Souralová, 2006). Slabozrakost je vadou

organovou a nevratnou. Je pro ni příznačný nevratný pokles zrakové ostrosti pod 6/18 až 3/60 včetně. Také v tomto případě můžeme slabozrakost členit na **lehkou** (do 6/60) a **těžkou** (pod 6/60 do 3/60 včetně). Kromě toho však mohou být přidružené poruchy zorného pole nebo barvocitu. O této skupině studentů můžeme dále říci, že je schopna se samostatně pohybovat v prostoru, ale pohyb těchto lidí je značně nejistý a pomalý. Co se pak samotného vzdělávání týče, tito lidé mohou mít obtíže s vnímáním tvarů, barev a percepce detailů. Proto je pro ně stěžejní dodržování zrakové hygieny, dobré osvětlení místnosti či využití doplňkové optiky (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007).

- **Osoby s binokulárními poruchami** – jde o funkční poruchy, které u člověka vznikají na základě částečného omezení zrakové funkce jednoho oka. Konkrétně můžeme říci, že při poruchách binokulárního vidění dochází k situaci, kdy se na sítnicích obou očí nevytváří na stejných místech dva rovnocenné obrazy, které by po splynutí vytvořily prostorový vjem a zabezpečily tak stereoskopické, hloubkové vidění (Růžičková, Stejskalová, Kramosilová, 2016). Většinu těchto postižení není nutno řešit chirurgickou cestou, neboť nápravy lze dosáhnout pomocí tzv. **okluzoru** anebo cílenými pleoptickými a ortoptickými cvičeními. Mezi poruchy binokulárního vidění řadíme:
 - **Šilhavost (strabismus)** – představuje funkční poruchu rovnovážného postavení očí a jejich spolupráce. Jinými slovy to znamená, že při šilhavosti míří každé oko jiným směrem, kdy příčiny mohou být, jak uvádí Květová-Švecová (1998) či Růžičková (2006) v oblasti motorické (např. porušení svalů a motorické dráhy), centrální (poruchy vyšších mozkových center) či senzorycké (poruchy zrakové dráhy počínaje sítnicí). Strabismus lze klasifikovat dle celé řady kritérií, v praxi se ale často můžeme setkat s konkomitujícím (souhybným) strabismem, což znamená,

že úhel šilhání je ve všech pohledových směrech totožný. Může však jít také o inkomitantní (paralytický) strabismus, kdy je pohyblivost očí narušena a úhel šilhání se tak mění v různých pohledových směrech očí.

- **Tupozrakost (amblyopie)** – je funkční vadou zraku, s níž se potýká asi 3 % dětí (Hycl, 2000). Projevuje se zejména snížením zrakové ostrosti, již nelze zkorigovat brýlemi. Může být jednostranná i oboustranná, častější však bývá snížení zrakové ostrosti u jednoho oka. Tupozrakost může být vrozená i získaná, případně připojena ke strabismu. V tomto případě dochází u jedince nejenom ke snížení zrakové ostrosti, ale také ke změně fixace, poruše lokalizace anebo poruše rozlišovací schopnosti očí (Hromádková, 2011; Růžičková, 2006).

Jaká je tedy prevence vzniku zrakových vad a poruch?

Především se jedná o péči a aktivní ochranu zraku ze strany jedince, který je ohrožen jakýmkoli zdravotním onemocněním nebo postižením. Řadíme zde zejména:

- vyzařování obrazovek,
- výživu,
- UV záření (slunce).

Pro zrakovou hygienu můžeme udělat maximum v rámci přizpůsobení podmínek, cvičení a odpočinku. U vrozených vad je nutno přístup více korigovat, aby byl dodržován a dobře snášen, omezení sledování PC, TV, celkově omezení fyzické námahy. Stěžejní je pak taktéž pravidelná kontrola u očního lékaře a správná životospráva (nulový alkohol, omezení kouření, hlídání si váhy apod.).

3.3 Sociálně-psychologické aspekty zrakového postižení

Jestliže chceme porozumět vlivu zrakového postižení na psychický vývoj a následně také na edukaci studenta se zrakovým postižením, je třeba si uvědomit, že jednotlivé složky často nelze dobře oddělit (Nováková, 2006). Jak totiž uvádí Vágnerová (2014), zejména raná senzoričká, v tomto případě zraková deprivace, má vliv na odlišný vývoj mozku. Závažné zrakové postižení tak vytváří **situaci senzoričké a informační deprivace**.

Jaký je psychický vývoj studenta se zrakovým postižením?

V této souvislosti je nutné rozlišit **primární postižení**, tj. samotné zrakové postižení, a **změny sekundárního charakteru**, které z něj vyplývají. Sekundárně jsou přitom obvykle postiženy funkce, jejichž přiměřený vývoj se odvíjí jednak od dobré úrovně zrakového vnímání, stejně jako od dostatečného přívodu zrakových informací. Dopady zrakového postižení na osobnost studenta s tímto postižením jsou tedy dány také jeho charakterem (tj. diagnózou), závažností, ale i dobou vzniku či etiologií zrakového postižení (Vágnerová, 1998). Podobně i Požár (2000) deklaruje, že **doba, kdy došlo ke zrakovému postižení**, je velmi důležitá z hlediska adekvátního odrazu okolního světa. Dodejme však, že sekundární dopady zrakového postižení mohou mít souvislost se změnou **postojů rodiny, spolužáků či vyučujících**, která rovněž může deformovat celkový vývoj osobnosti člověka (Vágnerová, 1998).

Výše uvedené skutečnosti tudíž jednoznačně naznačují, že se u studenta se zrakovým postižením můžeme setkat s různou variabilitou změn v psychickém vývoji. Nováková (2004) zmiňuje, že důsledky negativního působení poruše-

ných zrakových funkcí mohou mít na vývoj a projevy psychiky takto handicapovaného jedince dvojí charakter:

- **Kvantitativní charakter** – jde o změny vyskytující se převážně ve sféře smyslového poznání. Pro jedince se zrakovým postižením je totiž typická eliminace nebo naprostá absence zrakových počitků a vjemů, což způsobuje zmenšení množství představ či omezení formování obrazů ve fantazii.
- **Kvalitativní charakter** – tyto změny zahrnují zvláštnosti psychiky námi sledované skupiny studentů, které se pak projevují v oblastech psychické činnosti. Ať už se jedná o změnu systému vzájemného působení analyzátorů, typu vnímání či o změny v emocionálně-volní oblasti.

Jak ovlivňuje akceptace zrakového postižení osobnostní rozvoj tohoto studenta?

Z hlediska psychologického, jak uvádí Hamadová, Květoňová, Nováková (2007), je základním předpokladem pro rozvíjení osobnosti **akceptace (přijetí) zrakového postižení**. Čálek, Holubář, Cerha (1991) definují akceptaci zrakové vady jako poznávací, citové a jednající osvojení všech životních možností a omezení, které tato vada v životě člověka zanechává. Je to tedy přijetí zrakového postižení, které je důležitým předpokladem pro rozvoj schopností a možností jedince s tímto typem postižení. Vítková (2004) uvádí, že akceptace zrakového postižení může probíhat různým způsobem:

- Za prvé se může jednat o **primární akceptaci**, kdy jedinec se zrakovým postižením začíná brát svou situaci věcně a ustupuje u něj emoční odezva na toto postižení.
- Jindy se může jednat přímo o **akceptaci zrakové vady ze strany jedince s postižením**.
- Dále o **akceptaci ze strany prostředí, v němž jedinec žije** (zde sehrává důležitou roli čas, kdy k postižení došlo, tj. do jaké míry byla osobnost zformována).

- Či o **akceptaci nejenom ze strany člověka s postižením, ale i jeho rodiny**.

Akceptace tedy není pouhým přijetím zrakové vady a omezení, která jsou jejím důsledkem, ale trvalým aktivním přístupem k různým životním situacím a motivací je řešit. Studenti se zrakovým postižením by proto měli toto své zdravotní postižení jako důležitý dílčí rys své osobnosti, tím tedy i přijmout sebe sama a vytvořit si vlastní identitu (Hamadová, Květoňová, Nováková 2007).

Jak se projevuje nonakceptace zrakového postižení?

Někdy však může dojít i k tzv. **nonakceptaci** (nepřijetí) **zrakového postižení**. O této situaci ve svých pracích referují například Čálek, Holubář, Cerha (1991), jež uvádí, že o nonakceptaci můžeme hovořit tehdy, pokud student se zrakovým postižením nepřijímá a neuznává omezení a životní možnosti, které mu toto zdravotní postižení do života přináší. V praxi to znamená, že tato osoba má tendence inklinovat k jednostrannému vidění své životní situace, které může nabývat dvou extrémních podob – **zveličování**, kdy se tento jedinec považuje za téměř bezmocnou bytost, a **popírání** postižení a jednání, jako by samotná zraková vada vlastně neexistovala. Oba tyto přístupy, jak zdůrazňuje Čálek, Holubář, Cerha (1991) však zabraňují studentům s tímto postižením vidět reálné své životní možnosti a kompetence a využívat je.

Jaká jsou specifika kognitivního vývoje u studentů se zrakovým postižením?

Závažný zrakový deficit determinuje vývoj poznávacích procesů. Jak už jsme totiž zmínili na začátku této kapitoly, je to totiž právě zrakové vnímání, které nám za normálních okolností přináší většinu informací o okolním světě. Stejně tak se pro něj zrak stává zdrojem zkušeností, ale i porozuměním a orientací ve světě.

Ovšem zrak není jedinou smyslovou jednotkou, která správně odráží okolní svět (Nováková, 2006). Je-li tedy funkce zraku zcela narušena, důležitou kompenzační roli sehrávají další smysly – **hmat a sluch**. **Hmatové vnímání** je kompenzačním prostředkem nejen pro **nevidomé, ale také částečně vidící studenty**. Z části sice nahrazuje zrakové poznání, ale je velmi žádoucí, aby hmatové a zrakové informace přicházely současně, čímž by se při zpracování v mozku vzájemně doplňovaly (Květoňová-Švecová, 1998). Tento způsob poznání je nicméně časově náročnější a vyžaduje zapojení pozornosti, paměti i myšlení. Litvak (1979) upozorňuje na skutečnost, že člověk se zrakovými deficity může využít:

- **pasivní hmat** – jedinec skrze něj získává zprávy o jednotlivých vlastnostech předmětu, ale celkový obraz nevzniká;
- **aktivní hmat** – díky aktivním ohmatávacím pohybům rukou vzniká komplexní vjemový obraz;
- **zprostředkovaný hmat** – užití nástroje při získání informací o objektu, čímž se rozšiřuje haptický prostor ruky.

Prostor, který lze z určité pozice hmatově poznávat a současně jej ohraničit dosahem obou rukou, nazýváme **haptický prostor**.

Sluchové vnímání je nejdůležitějším kompenzačním faktorem u nevidomých. Pomocí něj se totiž rozvíjí řeč, myšlení i paměť (Ludíková, 1988). Sluch pomáhá těmto studentům zejména při orientaci a pohybu ve větším nebo neznámém prostoru, ale významnou úlohu sehrává také při sociální orientaci (Nováková, 2006). Zvuková kulisa v neposlední řadě plní funkci aktivační i citovou a pomáhá udržet bdělost (Vágnerová, 1998), která je u těchto účastníků vzdělávacího procesu důležitá zejména při déle trvajících přednáškách a seminářích. Dodejme ještě, že zejména pro osoby s těžkým zrakovým postižením má velký význam tzv. **sluchová paměť**. Jsou na ni odkázány, protože získávání informací pro

ně bývá obtížnější, než jejich uchování (Vágnerová, 2014; Růžičková, 2007).

V neposlední řadě je třeba zohlednit, že rozvoj poznávacích schopností u studentů se zrakovým postižením je spojen s rozvojem **jazyka a řeči**. Verbální schopnosti mají pro tyto osoby větší význam než pro vidící (Vágnerová, 2014). Kromě funkce poznávací a komunikační, ale má i **kompenzační význam**, protože tomuto člověkovi nahrazuje chybějící zrak. Řeč se stává důležitým prostředkem k získávání informací, což může vést až k extrémnímu **verbalismu**. Lechta (1991) chápe verbalismus jako jev, kdy člověk používá značné množství slov, přičemž nechápe (nebo nechápe přesně) jejich smysl, respektive mají pro něj nereálný smysl (například slova označující barvy). Specifika se mohou u námi sledované skupiny studentů objevovat také v oblasti osvojení nonverbálních prostředků komunikace. Omezení nebo absence schopnosti zrakově vnímat a napodobovat mimiku a pantomimiku lidí v okolí se totiž negativně odráží v chápání situační ústní řeči, která je doprovázena výrazovými pohyby, ale i na vnější podobě řeči nevidomých (Vítková, 2004).

Co se pak rozvoje **myšlení** týče, zde je třeba říci, že proces myšlení u osob se zrakovým postižením se výrazně neliší od vidomých jedinců. V dětství se však u nich mohou objevit obtíže se srovnáváním a přirovnáváním předmětů, s identifikací předmětů shodných vlastností či se zevšeobecnováním (Nováková, 2006). Litvak (1979) nicméně dodává, že úplná či částečná ztráta zrakových funkcí se může projevit na intelektuálním vývoji, kdy pro myšlení těchto jedinců je typická **zlomkovitost a schematismus**. Velkou roli u těchto studentů sehrává z hlediska kognitivního rozvoje rovněž **paměť**. Požár (2000) v této souvislosti doplňuje, že zapamatování může u těchto jedinců probíhat pomaleji, stejně jako se u nich může vyskytovat rychlé tempo zapomínání či pomalejší reprodukce paměti.



28a

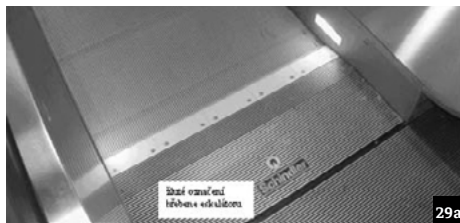


28b

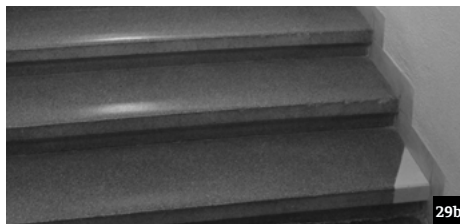
Obr. 28a, b Signalizační hůl skládací, orientální hůl skládací



29e



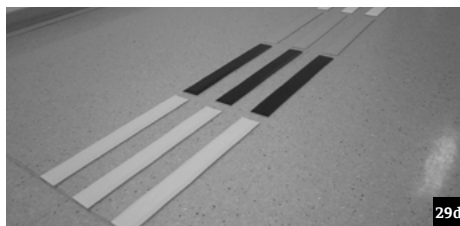
29a



29b



29c



29d

Obr. 29a Značení eskalátoru, Obr. 29b Značení schodů, Obr. 29c Značení tlačítek výtahu v Braillově písmu, Obr. 29d Možnosti vodících pásků na linii do interiéru, Obr. 29e Vodící linie exteriéru

Jaká jsou specifika lokomoce u studentů se zrakovým postižením?

Jak uvádí Nováková (2006), **zrakový analyzátor je nejdůležitějším orientačním a koordinačním orgánem při pohybu člověka v prostředí.** Je to totiž právě periferní vidění, které člověku umožňuje vnímat prostor a orientovat se v něm. Jeho absence tak má za následek, že především prostorová orientace a samostatný pohyb jsou hlavními problémy, jimž lidé se zrakovým postižením čelí. Květoňová-Švecová (2000) uvádí, že u jedinců se zrakovým postižením je třeba rozvíjet zejména odhad vzdálenosti a úhlů, vnímání sklonu dráhy, rozvoj sluchové orientace, rozvíjení smyslu pro překážky a chůzi po schodišti.

Mezi základní oblasti prostorové orientace u studentů se zrakovým postižením se podle Wienera (2006) řadí prvky prostorové orientace, které jsme naznačili již výše, ale také **výcvik techniky** dlouhé hole. Zde je základní trénink z počátku charakterizován tím, že se jedinec učí bílou hůl ovládat oběma rukama. Dále je vyučován základní postoj, základní a tužkové držení, stejně jako různé techniky chůze s bílou holí. Může se jednat o:

- **Kluznou techniku**, kdy hůl klouže po podložce a přesně kopíruje terén. Při nácviu je nutné dbát na správnou šířku oblouku, který hůl opisuje, a to dle šířky ramen takto postiženého člověka. Tato technika nácviu chůze s bílou holí je používána převážně u začátečníků.
- **Kyvadlovou techniku**, v rámci níž hůl opisuje oblouk nad zemí v šíři ramen, ale země se dotýká jen na levé a pravé straně, a to formou klepnutí. Jedná se tedy pokročilejší techniku užívání bílé hole.
- **Diagonální techniku**, jež se používá při nutnosti vykřýt plochu těla, případně v situacích, kdy je nezbytné tělo ochránit. Technika tedy může být využita například při chůzi s průvodcem anebo při chůzi do a ze schodů.

V neposlední řadě zahrnují základní oblasti rozvoje prostorové orientace tzv. **orientační analyticko-syntetickou činnost**, jež podle Wienera (2006) představuje nejvyšší stádium výchovy prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením. Jinými slovy jde o možnost využívání veškerých informací, které získáme všemi dostupnými prostředky při aplikaci základních technik pohybu v procesu prostorové orientace a samostatného pohybu osob zrakově postižených (Finková, 2010). K nácviku orientace a pohybu v prostředí slouží studentům s tímto zdravotním postižením zejména slepecká bílá hůl.

Podíváme-li se závěrem ještě na některé **architektonické bariéry**, které potencionálně **ztěžují orientaci** osob se zrakovým postižením v prostředí, u studentů slabozrakých se jedná zejména o prosklené plochy, stěny pokryté zrcadly, prostředí bez barevného kontrastu či kontrastně nevyznačené hrany terénních zlomů (schodiště). Studenti nevidomí pak jako problematické mohou vnímat překážky ve výši hlavy (otevřená dvířka nábytku), volně ležící či visící kabely, překážky u vodící linie (židle podél zdi) a vratké předměty na povrchu stolů, které lze shodit rukama (Tyflonet. cz, 2012). V exteriéru se jedná zejména o problémy spojené se špatně umístěnými vodícími liniemi, které neohraničí konec chodníku, nebo neumístění bezpečnostních páسů, upozorňující na vstup do vozovky, překážky ve formě cedulí, různých poutačů a jiných předmětů např. volně stojící popelnice, venkovní zahrádky bez pevných podstavců, sloupy osvětlení, které nemají kolem sebe signální označení, neoznačené výkopy ohraničené pouze páskou, úzké průchody mezi např. parkujícím autem a poutačem, do něž může tato osoba kdykoli narazit.

Jaký je sociální význam zrakového postižení?

Omezení zraku je i ve své nejzávažnější variantě, tj. nevidomosti, **společensky nejméně odmětaným postižením**. V minulosti byly dokonce těmto lidem přičítány výjimečné

schopnosti, ať už vynikající hudební sluch anebo schopnost vidět do budoucnosti. Pojetí nevidomého jedince majoritní společností v průběhu historie tedy oscillovalo od stereotypu slepec-žebrák po slepec-génius (Vágnerová, 2014).

Socializační a integrační proces těchto osob proto obvykle není jednoduchý, a to zejména kvůli sociálním odchylkám, jež jsou dány absencí či omezením zrakových funkcí. Zmíněné odchylky se projevují například u nevidomých studentů **obtížemi při vizuálním kontaktu v komunikaci**, protože nemohou vnímat neverbální komunikační signály a učit se nápodobou (Vágnerová, 1998). Jako problematická se proto u těchto osob může jevit široká škála sociálních situací, jako například vstup do místností, zapojení se do hovoru či hledání přátel, což se může projevit také při studiu na vysoké škole.

Postoje intaktních spolužáků pak mohou být při sociální interakci ovlivněny viditelnou nápadností očí, která je významnou součástí tělového schématu tohoto studenta. Nepříjemně rovněž mohou působit automatismy zahrnující kývání nebo mačkání očí a nedostatečná kontrola vlastních projevů. Významným faktorem v oblasti sociální však v neposlední řadě může být **soucit** směřovaný především k lidem nevidomým či **tendence manipulovat je do pozice pasivního příjemce péče**. Sklon k jejich dehonestaci či vysmívání anebo opovrhování je však relativně vzácný (Vágnerová, 2014).

3.4 Komunikace se studenty se zrakovým postižením aneb Nevidím, ale mluvím

Jak jsme již v hrubých obrysech naznačili v předchozích kapitolách, vývoj řeči bývá u osob se zrakovým postižením narušen v oblasti porozumění, ale také aktivního řečového projevu. Ludíková a kol. (2005) dokonce uvádí, že ve srovnání s většinovou populací se námi sledovaná skupina osob až



Obr. 29f, g Nástrahy

šestkrát častěji potýká s řečovými vadami. Hlavní příčinu lze spatřovat v omezené schopnosti učení a zpětné kontrole artikulace pomocí odezírání. Důležitou roli proto sehrává včasná logopedická péče (Slowík, 2010). Kromě již zmíněného verbalismu se u studentů se zrakovým postižením mohou objevovat taktéž gramatické chyby v písemném projevu.

Jaké jsou komunikační zvláštnosti studentů se zrakovým postižením?

Při samotné interpersonální komunikaci může zrakové postižení způsobovat také celou řadu komunikačních zvláštností – někdy se mohou tito studenti během hovoru odklánět od komunikačního partnera, otáčet se za náhodnými zvukovými podněty či se během výměny informací věnovat ještě nějaké další činnosti. Je však třeba si uvědomit, že tento jev je jedinec při rozhovoru kvůli zrakovým deficitům **nezná kontext místa a okolního prostoru se vším, co se zde odehrává**. Ať už se jedná o nečekané a nepříjemné zvuky (např. silný hluk nebo výstražné signály), jejichž příčinu nemůže zrakově okamžitě identifikovat (Slowík, 2010).

Jaké jsou nejčastější mýty o komunikaci osob se zrakovým postižením?

Vzhledem k výše popsaným skutečnostem můžeme vysledovat, že rovněž oblast komunikace s lidmi se zrakovým postižením může být obestřena **nepravdivými informacemi a mýty, zde uvádíme některé z nich:**

- ztrátou zraku se automaticky zlepšuje funkce dalších smyslů (zejm. hmatu a sluchu);
- u osob nevidomých se častěji vyskytuje absolutní sluch;
- jsou plně ochuzeni o všechny zrakové vjemy (skutečnost: někdy dokonce i nevidomí (praktická nevidomost) jsou schopni rozlišovat světlo a tmu);
- ztráta zraku vede k úplné závislosti na péči okolí;
- ztráta zraku vyvolává výjimečné schopnosti (např. předvídat budoucnost);

- nedokážou vnímat barevnost a pestrost okolního světa (skutečnost: jsou schopni vnímat svět a jeho barevnost skrze jiné smysly);
- při hovoru s nevidomým jedincem bychom měli mluvit nahlas a jednoduše formulovat (hůřeslyšící aměněchápe);
- nezáleží jim na jejich zevnějšku, na úpravě účesu či estetice tváře;
- každou poruchu vidění napraví brýle;
- každý, kdo nosí bílou hůl, je nevidomý.

Jak přistupovat ke studentovi se zrakovým postižením jako ke komunikačnímu partnerovi?

Obecná doporučení praví, že při komunikaci s lidmi se zrakovým postižením je nezbytné neustále zohledňovat absenci nebo nedostatečnou úroveň jejich zrakových vjemů. Jiný slovy tedy reflektovat nejenom jejich obtíže s prostorovou orientací v neznámém prostředí, ale také eliminovat architektonická rizika, která by je reálně mohla ohrozit. Je tedy vhodné těmto studentům v průběhu komunikace **popisovat či představovat scény, situace a děje odehrávající se v bezprostředním okolí**. Tento přístup je neurazí, ba naopak si skrze něj rozšíří obzor svých představ a doplní vlastní vjemy získané ostatními smysly (Slowík, 2010). Pravdou však je, že strategie a zásady komunikace se mohou lišit v případech výměny informací se slabozrakými a nevidomými studenty, jak osvětlíme dále.

Komunikace s nevidomými studenty by měla probíhat dle následujících pravidel:

- Při setkání s tímto studentem by měla být prvotní iniciativa – oslovení – v rukou toho, kdo vidí z komunikační dvojice lépe.
- Při oslovení nebo pozdravu by mělo opět následovat lehké upozornění dotykem (**NIKDY NE NAOPAK – hrozí silný úlek nevidomého člověka!**).

- Pokud dotyčného znáte, je vhodné jej oslovit jménem a případně připomenout i své jméno – urychlí se tím vaše identifikace.
- Na uvítanou nebo rozloučenou je možno tomuto člověku podat ruku, avšak je vhodné jej o tomto úkonu informovat.
- Při odchodu je žádoucí upozornit nevidomého studenta na to, že se vzdalujete a ukončujete tím komunikaci.
- Při samotném rozhovoru je vhodné stát k nevidomému studentovi čelem – tito jedinci totiž mají zpravidla velmi dobře vycvičený sluch a poznají, když se při rozhovoru otáčíte jinam, případně jsou schopni identifikovat i další nonverbální prvky, například úsměv, nervozitu, nezájem.
- Při komunikaci je vhodné objekty popisovat co nejpřesněji a snížit hluk v okolním prostředí na minimum.
- V případě asistence nevidomému studentovi není vaší úlohou jej zastupovat anebo za něj hovořit.
- Pomoc je dobré nenásilně nabídnout, nejlépe však tehdy, pokud máte s některými poskytovanými úkony již předchozí zkušenosti (Slowík, 2010).

Komunikace se slabozrakými studenty se vyznačuje následujícími specifiky a zásadami:

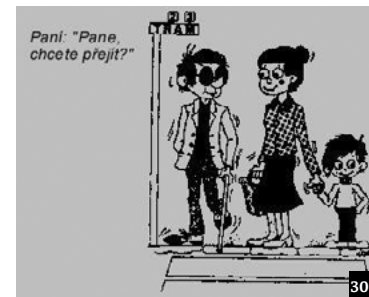
- Komunikace by měla být zcela přirozená.
- Tito studenti mohou využívat svůj zrak alespoň z části stejným způsobem jako ostatní (užítí brýlí, čtecí lupy či jiných kompenzačních pomůcek), byť samozřejmě vizuálně nedokáží zachytit všechny podněty.
- Studentům se silnější slabozrakostí je vhodné detailněji popisovat vzdálenější předměty, které jsou pro ně hůře registrovatelné.
- Při samotném setkání je vhodné na sebe při pozdravu upozornit lehkým dotekem – nejlépe na předloktí – aby dotyčnému studentovi bylo zřejmé, že hovoříte právě s ním a současně byl schopen lokalizovat vaši pozici

- Je vhodné, aby při komunikaci na vaši tvář dopadalo světlo, protože slabozraký člověk tak může lépe sledovat váš výraz a mimiku. Zároveň je tím zajištěno, že tento jedinec nebude oslňován přímým světlem. Doporučujeme také vyvarovat se při komunikaci s tímto studentem odleskům a nerovnoměrnému rozptýlení světla.
- Při písemné komunikaci je žádoucí využívat silných kontrastů (např. tmavý fix se silnou stopou na bílém papíru), psát velkými tiskacími písmeny.
- Orientační grafické symboly by měly být kontrastní a dobře rozlišitelné (např. žluté zvýraznění hran schodů, velké a zřetelné symboly označující WC, dostatečně rozpoznatelné důležité nápisy).

Jak komunikovat se studentem se zrakovým postižením v rámci průvodcovství?

Jak jsme si již řekli, pomoc můžete studentovi se zrakovým postižením samozřejmě nabídnout. I v této situaci je však třeba s dotyčným jedincem adekvátně komunikovat. Co je tedy v této specifické situaci doporučeno a čemu se naopak vyhnout? Zásady komunikace shrnují Hošová, Hůrková, Michálek (2015) následujícím způsobem:

- Před doprovázením se s nevidomým domluvíte o tom, jak co zvládá a co od vás potřebuje. Domluvíte se také o cíli a trase cesty, neboť nevidomý nemusí mít představu o náročnosti a délce doprovodu. Když si s něčím nevíte rady, zeptejte se ho, nejspíš podobnou situaci řešil už mnohokrát.
- Pokud jde nevidomý student sám po ulici, pravděpodobně jde po trase, kterou zná. Pomoc nabídněte, pokud si viditelně není jist, hledá kolem sebe holí apod. Pomoc určitě poskytněte v případech, kdy mu hrozí bezprostřední nebezpečí, např. když je těsně před ním výkop neohraničený zábrany nebo když k němu couvá na chodníku automobil.



Obr. 30a, b Jak to udělat správně?

- Nechytejte nevidomého za hůl, za rukáv nebo jinou část oděvu, mohlo by ho to vyvést z míry.
- Doprovázení doplňte slovním popisem tam, kde dochází k nějaké větší změně terénu, jakou jsou obrubníky, schody, větve stromů, zúžené prostory. Nevidomého se zeptejte, co mu máte při společné chůzi ohlásit, aby se cítil bezpečně.
- Domluvte se s nevidomým studentem o rychlosti vaší chůze. Měla by se řídit pomalejším z vás obou a měla by být přizpůsobena terénu. Zpomalte, pokud musíte kličkovat mezi lidmi nebo překážkami, zrychlit můžete na volné a bezpečné cestě.
- Nevidomý by měl jít na bezpečnější straně. Pokud žádné nebezpečí nehrozí, nechte volbu strany na něm. Jestliže si změnu strany vyžadují okolnosti, požádejte ho, aby si za vámi přešel na druhou stranu. Nevidomý student se přitom může lehce rukou dotýkat vašich zad, abyste se nerozdělili.
- Na eskalátor zavčas upozorněte, řekněte směr, zpomalte nebo se krátce zastavte a dohodněte se, jak budete postupovat. Některé dvojice nastupují a jedou společně vedle sebe – nevidomý se přidružuje vidícího. Jiní nevidomí potřebují, abyste je rukou navedli k pohyblivému madlu, pak nastoupí a jedou sami. Konec eskalátoru oznamte.
- Při nástupu do automobilu pomozte nevidomému nalézt rukou kliku dveří nebo horní hranu dveří, popř. hranu střechy nade dveřmi. Nevidomý si pak sám nahmatá sedadlo a výšku střechy a samostatně nastoupí.

Průvodcovství v praxi

Průvodce znamená pro studenta se zrakovým postižením oporu, jistotu, poskytuje informace. Průvodce informuje nejčastěji studenta se zrakovým postižením o klíčových bodech na trase při přesunu z místa A do místa B.

Máme 2 typy průvodců:

- **stálý** (má s danou osobou sjednocené signály, zvyklosti, osoba se zrakovým postižením jim může plně důvěřovat, protože průvodce zná techniku, jak jedince vést, jaké aspekty na trase popisovat, bílou hůl mají v tomto případě spíše jako označující prostředek),
- **náhodný** (student se zrakovým postižením tuto osobu nezná, nebo jen povrchně, a proto je nutné vždy takového průvodce seznámit s nároky a požadavky na trase, které student očekává, takový průvodce ne vždy disponuje informacemi o průvodcovství, a tak si vše musí student se zrakovým postižením sám instruovat – jak vést, kam vést, na co upozornit apod., student se zrakovým postižením musí tedy neustále udržovat pozornost a více se soustředit na mimoslovní signály, kdy průvodce například zapomene na něco upozornit) (Růžičková, Kroupová, 2017).

Při průvodcovství je nutno dodržet několik zásad (blíže se jim věnují Růžičková, Kroupová, 2017), **které si budeme demonstrovat na situačních fotografiích:**

- Průvodce jde vždy jako první.
- Vedená osoba na bezpečnější straně v zákrytu za průvodcem, drží se průvodce rukou, v ní nedrží hůl. Průvodce přistupuje k této osobě tak, aby jej mohla chytit volnou rukou. V případě, že je během cesty nutno změnit stranu z důvodu bezpečnosti, děje se tak při dodržení zásad pro přechod.
- Osoba se zrakovým postižením se VŽDY drží svého průvodce, nikdy ne naopak. Existuje několik úchopů a vždy záleží na preferenci dané osoby se zrakovým postižením.
- Úchop za rameno, za rámě, nad loktem, za předloktí, hřbet ruky či dlaň.

- Tempo se přizpůsobuje pomalejšímu z dvojice, v případě více osob, které jsou vedeny, je přizpůsobeno nej-pomalejšímu ze skupiny.

Ukázání na předmět/židli, stůl/kliku

Průvodce ukáže na daný předmět, položí svou ruku, za kterou vede osobu se zrakovým postižením, na předmět. Student si sjede svou volnou rukou po paži přes ruku až na předmět, a až uzná za vhodné, průvodce pouští.

Otevírání dveří

Většinou tuto aktivitu vykonává sám průvodce. Pokud se otvírají dveře směrem k průvodci a studentovi se zrakovým postižením, může si je otevřít i sám. Student se zrakovým postižením musí jít na straně, kde jsou panty, pak průvodce chytne za kliku, student se zrakovým postižením si opět sjede volnou rukou přes paži až na kliku, kterou pak otevírá za soustavného držení se průvodce. Pokud se otvírají dveře směrem ven, je jistější, aby tento úkon z bezpečnostních důvodů provedl průvodce.



Obr. 31a–d Ukázání na židli, Obr. 32a, b Otevírání dveří a průchod ven



33a



33b



33c



34a



34b

Chůze do schodů a ze schodů

Základním pravidlem zůstává, že průvodce jde vždy první, a to 1 schod před vedenou osobou se zrakovým postižením. Před začátkem schodiště upozorníme, zda se jedná o schody nahoru či dolů, na prvním schodu upozorníme, že na něm stojíme, daný student si tak vytvoří představu o výšce schodu. Můžeme sdělit i jejich počet. Jakmile nám zbývá poslední schod, buď ohlásíme tento počet a student s tím bude počítat, nebo jakmile bude stát student na posledním schodu, řekneme mu, že se na něm nachází, tudíž bude vědět, že po sešlápnutí bude na ploše. Upozorníme studenta také na zábradlí, či jinou oporu, která se nachází v blízkosti schodiště. Nenavádíme na zábradlí, pokud jej student nepotřebuje.

Obr. 33a–c Chůze do schodů

Obr. 34a, b Chůze ze schodů

Průchod zúženým prostorem

Zúžený prostor je takový, který průvodce vyhodnotí subjektivně jako úzký pro průchod dvou osob vedle sebe. V tom případě dá průvodce loket dozadu, či natáhne za sebe svou ruku a student se zrakovým postižením sjede po této ruce a zařadí se za průvodce. Natažení ruky vytvoří větší rozstup mezi osobami, čímž se zmenší i riziko, že by student šlápl na patu průvodce. Po průchodu se zpětně student vrací k průvodci.

Toaleta

Na toaletě upozorňuje průvodce zejména to, kolik je tam kabinek, kde je umyvadlo, ručník, mýdlo apod., zda se umyvadlo nachází v kabince či před ní, jak se zavírají dveře, kam je otočena mísa, kde je prkénko, zda je toaleta zakrytá, čistotu mísy i kabinky, kde je umístěno splachovací a jak se splachuje (knoflík, na toaletě, závěsné na šňůře, samo-splachovací), kde je toaletní papír, odpadkový koš. Pokud doprovázíme osobu opačného pohlaví, je vhodná varianta doprovázet ji na bezbariérovou toaletu, případně na toaletu průvodce, tzn. žena doprovázející muže jej vezme na dámské toalety a vysvětlí případně, že doprovází osobu nevidomou, na pánských by se mohla cítit nekomfortně a ještě by musela vysvětlovat, proč tam čeká.

Oběd/svačina

Studentovi popíšeme veškeré jídlo, rozložení potravin na talíři, využijeme ciferník hodin, tzn. na 12 máš džus, na talíři máš na 6 brambory, na 3 máš maso, na 9 zeleninu.

Autobus/trolejbus/vlak

Opět platí pravidlo, první nastupuje průvodce, student se zrakovým postižením se většinou průvodce drží. Pokud je tam zábradlí či cokoliv na chycení opět platí zásady popsané

výše, průvodce ukáže na daný předmět tyč/zábradlí, počká, až se student chytí, vystoupají případně schody a nahoře se opět ujímá průvodce studenta, aby jej mohl doprovodit na místo. Tato místa jsou v dopravních prostředcích již vymezena jako místa pro osoby se zdravotním postižením a tam má právo tento student usednout, případně poprosíme, aby toto místo bylo uvolněno, pokud se nejedná o osobu starší, ale osobu, která nemá žádné zdravotní obtíže. Opět si student může ale sám určit, zdali raději nebude stát.

Jak komunikovat se studentem, který má k dispozici vodícího psa?

V tomto případě zcela jednoznačně platí, že vodící pes pracuje ve prospěch svého nevidomého pána. Pokud se tedy ocitneme v situaci, kdy studentovi asistuje právě tento speciálně vycvičený zvířecí mazlíček, je vhodné dodržovat jisté zásady, abychom svým nevhodným chováním „neodváděli“ pozornost psa od práce. Proto Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (2018) na svých webových stránkách uveřejnila doporučení pro kontakt s nevidomým člověkem a jeho vodícím psem:

- Nikdy vodícího psa nevyrušujte v jeho práci. Nikdy na psa nemlaskejte, nehvizdejte na něj, ani na sebe jiným způsobem neupozorňujte.
- Nikdy na vodícího psa nesahejte, nehlaďte jej a nemluvte na něj bez vědomí majitele.
- Nikdy k sobě vodícího psa nevolejte.
- Nikdy psa nekrmte bez vědomí majitele.
- Chcete-li pomoci studentovi s vodícím psem, vždy oslovte nejprve člověka.
- Pomáháte-li člověku s vodícím psem, nikdy nemaniplujte se psem.



Obr. 35 Úchop



Obr. 36 Držení při průchodu zúženým prostorem



Obr. 37 Úchop za loket



Moderní technologie usnadňující komunikaci se studenty se zrakovým postižením

Komunikace se studentem se zrakovým postižením může být usnadněna celou řadou komunikačních pomůcek. Bubeníčková, Karásek, Pavlíček (2012) uvádějí, že zpřístupnění výpočetní techniky lze bez nadsázky považovat za významný milník v gramotnosti uživatelů s těžkým postižením zraku. Díky výpočetní technice mohou totiž informace nejen pasivně přijímat (tedy číst nebo poslouchat), ale současně je jednoduše vytvářet a editovat. Jejich nespornou výhodou je možnost využití dalších smyslů (hmatu, sluchu) ke kompenzaci zrakového postižení a multifunkčnost.

Kompenzační pomůcky na bázi výpočetní techniky mohou uživatelům pomoci v celé řadě situací, zvýšit jejich samostatnost a nezávislost a do značné míry zmírnit negativní důsledky těžkého postižení zraku. Podle Bubeníčkové, Karáská, Pavlíčka (2012) může **počítač** studentovi s postižením zraku sloužit jako nástroj k zaznamenávání informací všeho druhu – od zaznamenávání poznámek, přes soukromé nebo studijní se studiem, k elektronické komunikaci (s vyučujícími, spolužáky či jinými pracovníky univerzity) či k využití služeb Internetu, které se jeví jako klíčové zejména při přípravě na zkoušky, zápočty nebo při psaní odborných textů.



Obr. 38a–c Úchop za předloktí, úchop za hřbet ruky, úchop za rameno



Práce a komunikace pomocí moderních komunikačních technologií má však u každého studenta svá specifika, a to v závislosti na rozsahu zrakové ztráty. Bubeníčková,

Karásek, Pavlíček (2012) nebo také Růžičková, Stejskalová, Kramolisová (2016) uvádí, že:

- Nevidomému uživateli jsou pomocí screenreaderu neboli očečítače obrazovky zpřístupněny pouze informace v textové podobě (není tedy schopen pracovat s obrázky či grafy – zde je potřeba použít tzv. taktilní grafiku).
- Nevidomý uživatel získává informace lineárně – chybí mu kontext zobrazované informace.
- Nevidomý uživatel obsluhuje PC a veškeré programy výhradně z klávesnice pomocí klávesových povelů (zkratek).
- Nevidomý uživatel musí mít operační systém a některé aplikace speciálně nastaveny tak, aby byly co nejlépe zpřístupněny.
- Nevidomý uživatel nepracuje s PC intuitivně, ale analyticky – musí se naučit konkrétní postupy a řešení – rozdíl oproti práci slabozrakého uživatele či uživatele bez zrakové vady.
- Slabozraký uživatel v důsledku použití softwarové lupy vidí v jednu chvíli pouze (malou) část obrazovky, chybí mu kontext zobrazených informací.
- Někteří slabozrací uživatelé potřebují jinak nastavené barevné schéma obrazovky, než je standardní nastavení (např. „Vysoký kontrast černá“).

V praxi tedy student se zrakovým postižením může využit očečítače obrazovky, softwarové lupy, ať už bez nebo s hlasovým výstupem, software pro práci s tištěnou předlohou (skenery a kamery), software zjednodušující práci s počítačem, Braillovský řádek, Braillovskou tiskárnu, digitální čtecí zařízení či notebooky a netbooky. Některé z těchto kompenzačních pomůcek přitom budou podrobněji představeny v dalších subkapitolách.

3.5 Bariéry jako součást života aneb Kompenzační pomůcky

V této subkapitole si představíme ty části komunikačních pomůcek, jež mohou být využity při studiu na vysoké škole. Jedná se zejména o pomůcky, s nimiž se můžeme všichni včetně pedagogů setkat a které jsou nejčastěji využívány osobami s těžkým zrakovým postižením, či osobami později osleplými, které nemohou využívat pomůcky moderního typu.

V rámci Centra pro studenty se specifickými potřebami a Knihovnou UTB je mj. prováděna i digitalizace textu. Ta je určena studentům se zrakovým postižením, jejichž zraková vada stále umožňuje práci zrakem (a to i s textem), s běžnými formáty dokumentů, včetně vizuálních. Úprava obrazu pozůstává ve zvětšování nebo jiných změnách optického charakteru a není třeba využívat očečítače obrazovky. Úprava se ale týká také studentů, kteří pracují buď s hmatově tištěnými dokumenty nebo s očečítači obrazovky (v kombinaci s hmatovým displejem nebo hlasovým výstupem). Digitalizace probíhá dle norem, takže asistent, který by se chtěl na tomto procesu podílet, je vždy vyškolen, aby výsledný produkt byl v souladu se zásadami.

Osoby nevidomé mají ztížený přístup k informacím a nové technologie jsou pro ně velmi přínosné. Většina z těchto studentů využívá čtení a psaní bodovým písmem (tzv. Braillovým písmem). Využívají pomůcek, které podporují a rozvíjejí zejm. hmat, sluch, chuť, vnímání polohy, pohyb, teplo a chlad. Nutný je také nácvik prostorové orientace (opravdu se s dispozicemi k orientaci nenarodí), pokud k takovému nácviku nedojde již v raném věku, tato osoba pak není schopna žádného samostatného pohybu a je odkázána na péči druhé osoby. Stejně je také používání bílé hole, případně vodícího psa. Při práci na PC používají tzv. screenreadery (očečítač/čtečku obrazovky), který v kombinaci s hlasovou syntézou umí informace z obrazovky přečíst (např.



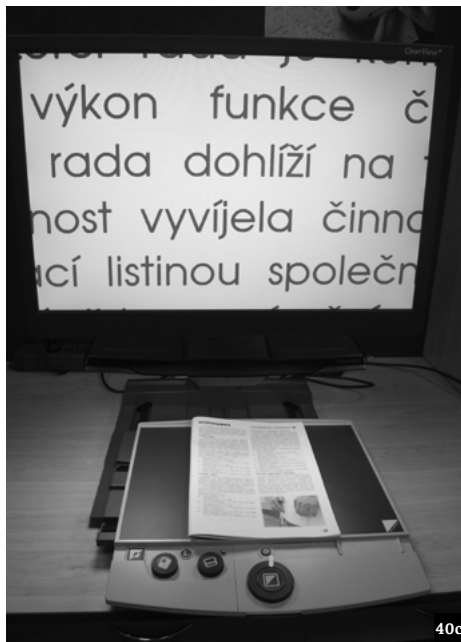
Obr. 39 Pichtův psací stroj



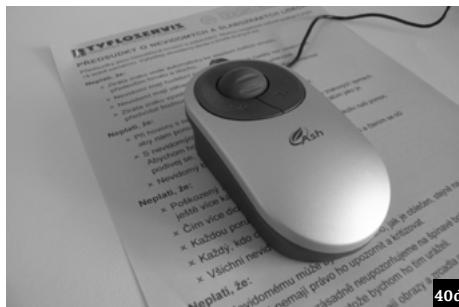
40a



40b



40c



40d



40e

Obr. 40a–d Lupy (hlavová lupa, Clerview pevná stolní lupa, přenosná lupa s vestavěným monitorem, přenosná ručně vedená lupa, stojanová lupa s ohebným ramenem)

zvětšovací a odečítací program Zoom Text2), v případě připojení braillovského řádku je pak může uživatel mít k dispozici i v Braillově písmu, student tedy není schopen pracovat s obrázky, grafy, atd., je potřeba použít tzv. taktilní grafiku.

Osoby s těžce slabým zrakem (zbytky zraku) využívají zejména pomůcek podporující rozvoj zraku. Studenti se většínou vyučují oběma technikami čtení a psaní.

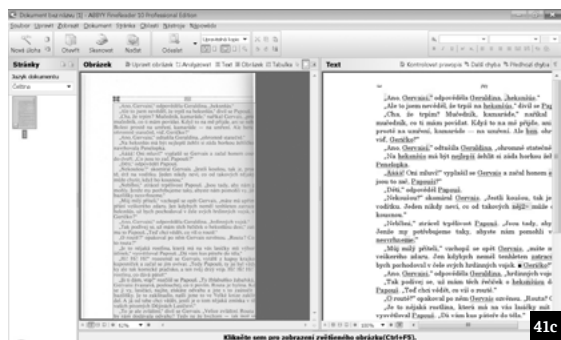
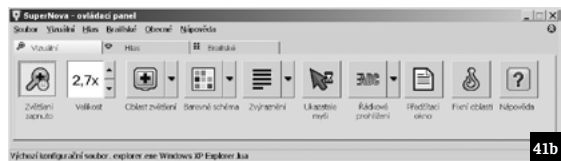
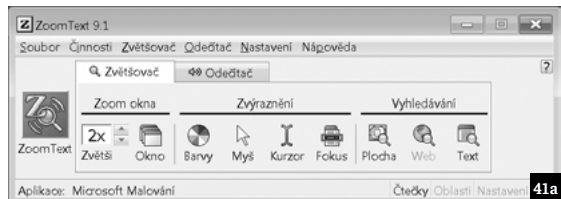
U osob slabozrakých je zde opět využití zraku a pak pomůcek, které opět podpoří zrak. Ostatní pomůcky je vhodné použít doplňkově tak, aby zajišťovaly ucelené vjemy. Jde o používání optických kompenzačních pomůcek, např. speciální brýle, filtry, lupy, turmiony, monokuláry). Dále jde o lupy, které mají různé podoby a jsou z různých materiálů, mohou být stolní, přenosné či kapesní (např. Optelec ClearView6, Prisma 7 aj.). Osoby slabozraké používají nejčastěji k práci PC tzv. softwarovou lupu, což je program, který informace na obrazovce umí zvětšit (např. MAGIC3, SuperNova, Lunar4, ZoomText5) a v případě hlasové podpory doplnit i čtením informací z obrazovky (zde je důležitý i kontrast obrazovky: modré pozadí a žluté písmo, černé pozadí a žluté písmo).

Aktuální přehled dostupných kompenzačních pomůcek pro osoby se zrakovým postižením můžeme nalézt např. na těchto webových stránkách:

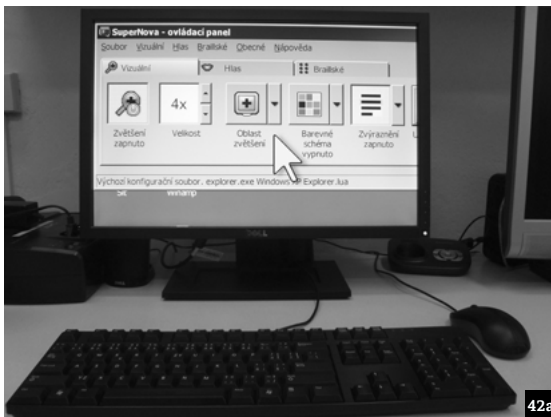
- <http://is.brailnet.cz/pomucky.php>
- <http://www.spektra.eu/>
- <https://www.sons.cz/zlin>
- <https://www.tyflopomucky.cz/olomouc/>

3.6 Bariéry jako součást života aneb Systémová podpora vysoké školy

V rámci systémové podpory se jedná zejména o podporu na úrovni zpřístupnění studijní literatury o zapisovatelský a vizualizační servis (obsahový zápis, simultánní vizualizační přepis, zápis), tlumočnický servis (český znakový



Obr. 41 Softwar (Zoomtext, Supernova11, OCR ABBY Finereader - Tzv. „rozpoznávání“ textu z tištěné předlohy)



Obr. 42 Asistenční technologie (PC se softwarem na čtení Supernova, notebook s odeřtačem obrazovky a hlasovým syntetizérem, „chytrý“ mobilní telefon s operačním systémem pro možnost použít speciální odeřtač Mobile Speak)





43a

jazyk, znakovaná čeština, artikulační tlumočení), nastavení individuální výuky, studijní či osobní asistenci, dopomoc v prostorové orientaci na budovách dané univerzity a fakult, dopomoc s orientací v novém městě a upozornění na neoznačené překážky v blízkosti pobytu daného studenta, podpora v oblasti diagnostiky a v oblasti časové kompenzace.

Jaká jsou podpůrná opatření Centra UTB ve Zlíně pro studenty se zrakovým postižením?

Následující příklad Vám má ukázat a modelovat názornou situaci, která nastavuje podpůrná opatření studentovi se zrakovou ztrátou A1 (tzn. s lehkým zrakovým postižením) v tomto případě se jedná o střední slabozrakost a student se nachází v I. ročníku VŠ.

Co student? Student se orientuje ve vnějším prostředí i v budovách UTB ve Zlíně a příslušné fakulty samostatně, nevyžaduje výcvik v prostorové orientaci ani přechodnou nebo trvalou asistenční podporu. Problém vyplývající ze zrakové vady se projevuje zejména při zrakovém vnímání zápisů na tabuli nebo při promítání powerpointových prezentací a paralelním zapisování poznámek.

Co podpůrná opatření? Podpůrná opatření z hlediska Centra pro studenty se specifickými potřebami UTB ve Zlíně by byla následující. Je doporučováno, aby bylo možné studentovi poskytnout písemné studijní materiály/opory/skripta (NED I) k tématu přednášky, v časovém předstihu zaslat PP prezentace apod. Je doporučeno umožnit studentovi sednout si na místo v učebně vždy uprostřed v první řadě z důvodu optimalizace čtení z tabule/plátna.

Co při zkoušení? Při zkoušení a zpracování písemných zkoušek je doporučováno časové zvýhodnění o 100 % (tzn. pokud se test píše 15 min., student má nárok na 30 min., vždy posuzováno individuálně a dle náročnosti testu co do rozsáhlosti textu), text testů zvětšit minimálně na vel. písma 16 tučně a v případě obtížů, na požádání studenta, inter-

pretovat písemné instrukce ústně. Zároveň je doporučena zapisovatelská služba či studijní asistence na požádání studenta, případně nastavení individuálního studijního plánu u tohoto studenta se specifickými potřebami.

Co konkrétně pomohlo v začátcích studia jedné ze studentek s praktickou nevidomostí z UTB ve Zlíně?

„Když jsem nastoupila na studium, největší překážkou byla samozřejmě orientace, protože studuji v jiném městě, nežli bydlím, takže seznámení se s prostředím bylo pro mě tím nejdůležitější. Když jsem se hlásila již ke studiu, dostala jsem informaci o nově vzniklém centru, které pomáhá studentům s různým typem postižení. S ním jsem se zkontaktovala již během přípravy na přijímací zkoušky a následně po úspěšném přijetí na humanitní obor jsem byla s předstihem kontaktována pracovníci centra, abychom konzultovaly možnosti a možná podpůrná opatření před nástupem do semestru. Největší problém mi počátku dělaly situace, kdy bylo málo času na přesuny a já jsem nemohla najít danou učebnu. Pracovnice centra mě ale s celým prostředím postupně seznámila, ukázala mi studijní oddělení,



43b



43c

Obr. 43a–c Další pomůcky (Braillový řádek, Braillová tiskárna, Braillová klávesnice s Braillovým řádkem Easylink12)



44

Obr. 44 Tandemové dvojkelo pro nevidomé (volný čas)

menzu, knihovnu, koleje, jednotlivé učebny a v případě potřeby jsem mohla v začátcích využít i samotného asistenta. Toho občas využiji i teď, pokud jsou přesuny na jiné budovy a např. dochází ke změnám v rozvrzích, jedná se spíše o situace vždy na začátku semestru, kdy je dán nový rozvrh a dochází případně ještě k jeho úpravám. Jinak musím říci, že vyučující byli vstřícní, snažili se mi nabídnout pomoc v přípravě podkladů, které mi budou vyhovovat a velmi oceňuji nově zavedenou službu digitalizace, kterou provádá i naše Knihovna UTB a je tak možno využít daný studijní materiál v el. podobě, včetně toho, že mi jej můj software může následně předčítat.“

VÍTE, ŽE...

- Osvětové akce Světluška a Bílá pastelka chtějí upozornit právě na specifika života osob se zrakovým postižením?
- Mezi významné umělce se zrakovým postižením patří kupříkladu Ray Charles, Andrea Boccelli nebo Jaroslav Ježek?
- Zcela nevidomých je v ČR přibližně 10 000 lidí?
- Mezi úspěšné lyžařky se zrakovým postižením se řadí i Anna Kulíšková?
- Existuje celá řada sportovních aktivit adaptovaných pro potřeby jedinců se zrakovými deficity – goalball, šachy, judo, lyžování či atletika?

STRUČNĚ SHRNUŤ KAPITOLY ANEB O ČEM BYLA ŘEČ (?)

V této kapitole jsme se zaměřili na charakteristiku studentů se zrakovým postižením. Bylo přitom vycházeno z předpokladu, že zrak patří k nejdůležitějším smyslovým orgánům, který nám podává až 90 % informací o okolním dění. V této souvislosti proto byly definovány klíčové tyfopedické termíny (např. student se zrakovým postižením, zraková vada, senzorická deprivace, světlocit, vizus). Dále byly podrobně představeny nejčastější zrakové vady a poruchy, a to dle postižení zrakových funkcí (snížená zraková

ostrost, omezení zorného pole, daltonismus, refrakční vady, poruchy zrakové adaptace, porucha okohybné aktivity, porucha 3D vidění) a podle stupně zrakového postižení (osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké, osoby s binokulárními poruchami).

Druhá subkapitola je zaměřena na vystihnouti sociálně-psychologických aspektů zrakového postižení. Konkrétně bylo poukázáno na nutnost rozlišit primární postižení (samotné zrakové postižení), ale i změny sekundárního charakteru, které z něj vyplývají (vliv postojů sociálního okolí – rodiny, spolužáků, vyučujících). Kromě jiného je nutno rozlišit změny kvantitativního charakteru (dotýkající se samotného smyslového poznání) a kvalitativní povahy (zvláštnosti v oblasti psychiky daného studenta). Neméně důležité je však také to, došlo-li k přijetí (akceptaci) či naopak nepřijetí (nonakceptaci) zrakového postižení ze strany jedince s postižením.

Jistá specifika mohou dále tyto studenti vykazovat nejen v oblasti kognitivního vývoje (hmat a sluch jako kompenzační činitele), ale i ve sféře rozvoje jazyka a řeči (inklinace k verbalismu), myšlení (zlomkovitost a schematismus) či orientace vlivem nejrůznějších architektonických bariér. Ačkoliv patří zrakové postižení mezi ta nejméně stigmatizující, lze u námi sledované skupiny edukantů vysledovat obtíže v oblasti komunikace s druhými lidmi. Ve třetí podkapitole proto byly vymezeny zásady komunikace a průvodcovství ve vztahu ke studentům slabozrakým, nevidomým i těm, kteří mají k dispozici vodícího psa.

Studenti jsou po praktické stránce seznámeni se zásady komunikace a průvodcovství osob se zrakovým postižením. V podkapitole se seznamují také s jednotlivými kompenzačními pomůckami, které osoby s různým typem zrakového postižení mohou využívat a co jim může nabídnout samotné Centrum, které je zřizováno na dané univerzitě. Zároveň se zde studenti seznámí s praktickou ukázkou diagnostiky

a nastavení takovýchto potřeb pro studenta se zrakovým postižením.

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ ←←

- Dokážete si představit, že byste neměli pravidelný přínos zrakových podnětů? Jaké pocity ve Vás tato představa vyvolává?
- Čemu lze podle Vás přisoudit skutečnost, že osoby se zrakovým postižením patří mezi nadané hudebníky a malíře?
- Patří osoba s dioptrickými brýlemi, pomocí kterých zvládá každodenní činnosti, mezi osoby se zrakovým postižením?
- Navštívili jste kavárnu POTMĚ? Co je na této kavárně zvláštní a co má za cíl?

POUŽITÁ LITERATURA

- Bubeničková, H., Karásek, P. & Pavlíček, R. (2012). *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. Brno: TyfloCentrum Brno.
- Čálek, O., Holubář, Z. & Cerha, J. (1991). *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Finková, D. (2010). *Základy tyflogedie – předmět, cíle, techniky prostorové orientace a komunikace*. Olomouc: UP.
- Finková, D., Ludíková, L. & Růžičková, V. (2007). *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hamadová, P., Květoňová, L. & Nováková, Z. (2007). *Oftalmopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vydání. Brno: Paido.
- Hošová, P., Hůrková, M. & Michálek, M. (2015). *Manuál pomoci nevidomým*. Praha: Tiskárna Kaliba.
- Hromádková, L. (2011). *Šilhání*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Hycl, J. (2000). *Šilhání a tupozrakost: informace pro pacienty*. Praha: Triton.
- Janíková, J. (2017). *Patologie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada.
- Keblová, A. (1998). *Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením*. Praha: Septima.
- Kroupová, K. a kolektiv (2016). *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada.
- Květoňová-Švecová, L. (1998). *Oftalmopedie*. Brno: Paido.
- Květoňová-Švecová, L. (2000). *Oftalmopedie*. Brno: Paido.
- Lechta, V. (1991). *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Bratislava: Univerzita Komenského.
- Litvak, A. G. (1979). *Nástin psychologie nevidomých a slabozrakých*. Praha: SPN.
- Ludíková, L. & Suralová, E. (2006). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ludíková, L. (1988). *Tyflogedie I*. Olomouc: UP.
- Ludíková, L. (2003). *Integrace žáků se zrakovým postižením*. In Valenta, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: UP.
- Ludíková, L. (2004). *Tyflogedie předškolního věku*. Olomouc: VUP, 2004
- Ludíková, L. a kol. (2005). *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2017). *Pravidla pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy*. Č. j.: MSMT-1404/2017-2.
- Nováková, I. (2011). *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada.
- Nováková, Z. (2004). *Edukace žáků se zrakovým postižením*. In Vítková, M. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. Brno: Paido.
- Nováková, Z. (2006). *Oftalmopedie*. In Pipeková, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido.

- Orel, M., Facová, V. & kolektiv (2010). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada.
- Požár, L. (2000). *Psychológia detí a mládeže s poruchami zraku*. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity.
- Renotierová, M. & Ludíková, L. a kol. (2005). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Růžičková, V. (2006). *Integrace zrakově postiženého žáka do základní školy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Růžičková, V. (2007). *Integrace zrakově a kombinovaně postižených žáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Růžičková, V., Kroupová, K. (2017). *Pohled na samostatný pohyb a prostorovou orientaci osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Růžičková, V., Kroupová, K., Kramoliová, Z. (2016). *Zrakový trénink a jeho podmínky = Visual training and its conditions*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Slezáková, L. a kolektiv (2014). *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy IV – Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada.
- Slowík, J. (2007). *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Grada.
- Slowík, J. (2010). *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál.
- Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika. 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada
- Synek, S. & Skorková, Š. (2014). *Fyziologie oka a vidění: 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada.
- Úpravy interiéru pro nevidomé a slabozraké. Tyflonet: informační portál pro zrakově postižené [online]. 2012 [cit. 2017-12-05]. Dostupné z: <http://www.tyflonet.cz/socialni-sluzby/upravy-interieru-pro-nevidome-a-slabozrake>
- Vágnerová, M. (1999) *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vitásková, K., Ludíková, L. & Suralová, E. (2003). *Zefektivnění studia a profesního uplatnění handicapovaných studentů na vysokých školách*. Olomouc: UP.
- Vítková, M. (2004). *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. Brno: Paido.
- WHO: World Health Organization [online]. (2013). *Blindness: Visual Impairment and Blindness*. [cit. 2017-12-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en>
- Wiener, P. (2006). *Prostorová orientace zrakově postižených*. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS.

Obrazový materiál převzat z:

- Obr. 24 Optika Pleyerová. OKO. Oční koule. Digitální obrázek. 2019. Citováno z: <http://www.ocnioptik.eu/oko-a-videni/oko/>
- Obr. 25a Bubeníčková, H., Karásek, P. & Pavlíček, R. Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením. Snellenovy optotypy. Digitální obrázek. 2012. Citováno z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/>
- Obr. 25b Cviky pro oči. Test zrakové ostrosti (vidění na dálku). Digitální obrázek. Cviky pro oči, aby oči nebolely. 2019. Citováno z: <http://www.cvikyprooci.cz/test-zrakove-ostrosti-videni-na-dalku/?media=pc>
- Obr. 26a–f Jak vidí svět lidé s oční vadou. Freshtime. Digitální obrázek. 2018. Citováno z: <https://www.freshtime.cz/2018/09/jak-vidi-svet-lide-s-ocni-vadou/>
- Obr. 27 Kontaktní čočka. Okluzor látkový dětský modrý. Kontaktní čočka.cz. Kontaktní čočka pro Vaš očka. Digitální obrázek. 2019. Citováno z: <https://www.kontaktnicocka.cz/eshop-okluzor-latkovy-detsky-modry-1-kus.html>

- Obr. 28a, b Bubeníčková, H., Karásek, P. & Pavlíček, R. Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením. Pomůcky pro usnadnění mobility. Digitální obrázek. 2012. Citováno z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/>
- Obr. 29a BrailNet. Označování hřebene eskalátoru. BrailNet.cz, SONS. Digitální obrázek. 2000. Citováno z: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/bariery/mp2/schodiste2.html>
- Obr. 29b, c Kasáčková, J., vlastní zdroj, 2017
- Obr. 29d Handifriendly. Vodící pásek ME-400. HANDifriendly. Digitální obrázek. 2019, Citováno z: <http://www.handi-friendly.com/vodici-pasek-me-400/>
- Obr. 29e Stavíme pro sebe. Semmelrock dlažba pro nevidomé 8 cm antracit. Stavíme pro sebe, stavebniny e-shop. Digitální obrázek. 2019. Citováno z: <https://www.stavimeprosebe.cz/cz-detail-839328-semmelrock-dlazba-pro-nevidome-8-cm.html>
- Obr. 29f, g Radio Kroměříž. Víte, jaké nástrahy číhají v Kroměříži na nevidomé? radiokromeriz.cz. Digitální obrázek. 31. 8. 2018. Citováno z https://www.radiokromeriz.cz/novinky5175_vite-jake-nastrahy-cihaji-v-kromerizi-na-nevidome.html
- Obr. 30a, b Dyck, H. V. Příručka správného kontaktu s nevidomými. Jak vést nevidomého. TyfloCentrum Ostrava, o.p.s. Krajské středisko registrovaných služeb pro nevidomé a slabozraké. Digitální obrázek. 2013–2019. Citováno z: http://www.tyflocentrum-ova.cz/bariery/ne_tak_ale_tak.php#vedeni
- Obr. 31a–d; Obr. 32a, b; Obr. 33a–c; Obr. 34a, b; Obr. 35, 36, 37, 38a–c Kasáčková, J., vlastní zdroj, 2018
- Obr. 39 Bubeníčková, H., Karásek, P. & Pavlíček, R. Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením. Pomůcky pro zápis Braillova písma. Digitální obrázek. 2012. Citováno z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/pomucky-pro-zapis-braillova-pisma.html>
- Obr. 40a–d Bubeníčková, H., Karásek, P. & Pavlíček, R. Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením. Optické pomůcky. Digitální obrázek. 2012. Citováno z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/opticke-pomucky.html>
- Obr. 41a–c Bubeníčková, H., Karásek, P. & Pavlíček, R. Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením. Výpočetní technika. Digitální obrázek. 2012. Citováno z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/vypocetni-technika.html>
- Obr. 42a–c Bubeníčková, H., Karásek, P. & Pavlíček, R. Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením. Výpočetní technika. Digitální obrázek. 2012. Citováno z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/vypocetni-technika.html>
- Obr. 43a–c Bubeníčková, H., Karásek, P. & Pavlíček, R. Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením. Výpočetní technika. Digitální obrázek. 2012. Citováno z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/vypocetni-technika.html>
- Obr. 44 Bubeníčková, H., Karásek, P. & Pavlíček, R. Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením. Hračky, hry, pomůcky pro volný čas. Digitální obrázek. 2012. Citováno z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/hracky-hry-pomucky-pro-volny-cas-a-sport.html>

4/ STUDENTI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM NA VYSOKÉ ŠKOLE

„Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“

___ Helena Kellerová

PO PROSTUDOVANÍ TÉTO KAPITOLY BYSTE MĚLI ZNÁT:

- Základní terminologii související s kategorií sluchového postižení.
- Klasifikaci a charakteristiku vybraných sluchových vad a poruch.
- Znat specifika studentů se sluchovým postižením v oblasti psychického a sociálního vývoje.
- Znat komunikační systémy, které mohou využívat studenti se sluchovým postižením, a specifika komunikace s nimi.
- Kompenzační pomůcky a formy systémové podpory, které mohou studenti se sluchovým postižením využít při studiu na VŠ.

Sluchové postižení, na něž zaměříme pozornost v této kapitole, patří podle odborné literatury mezi jedno z **nejrozšířenějších somaticko-funkčních postižení**. Na rozdíl od jiných typů postižení není postižení sluchu obvykle zcela viditelné, což může u laické veřejnosti způsobovat zkreslené představy o jeho závažnosti a komplikacích, které svému nositeli způsobuje. Světová zdravotnická organizace (WHO)

uvádí, že v roce 2005 bylo u 278 milionů lidí diagnostikováno středně těžké až těžké sluchové postižení. Podle údajů uváděných jedním z předních výrobců sluchadel značky Widex má dokonce více než 500 milionů osob nějakou poruchu sluchu (Horáková, 2012). V ČR se pak statistické údaje o počtu jedinců s tímto postižením značně rozcházejí. Zatímco ještě v roce 2004 deklarovala Vágnerová (2004), že je zde evidováno přibližně 500 000 nedoslýchavých a neslyšících osob, údaje z roku 2007 hovoří o 100 000 osob, a tedy jejich 1% zastoupení v české populaci.

V této kapitole si proto, kromě základní terminologie související se sluchovým postižením, představíme jednotlivé druhy sluchových vad a poruch, doporučení týkající se sociální interakce a komunikace s těmito studenty, ale také se detailněji zaměříme na specifika, jimiž může být doprovázeno jejich vzdělávání na vysoké škole. V přímé souvislosti s tím poukážeme na podpůrná opatření, jež mohou být těmto edukantům poskytnuta během jejich studia na UTB ve Zlíně.

4.1 Slovníček pojmů – úvodní vhled do surdopedické terminologie

Ucho je nejcitlivější orgán, jenž spolu se zrakem představuje významný nástroj komunikace a sociální interakce. Sestává, jak uvádí Merkunová (2008), ze tří oddílů: z **vnějšího ucha** (boltec, zevní zvukovod a bubínek), **středního ucha** (středoušní dutina s kůstkami – kladívko, kovadlinka, třmínek) a **vnitřního ucha** (blanitý hlemýžď, který je součástí blanitého labyrintu vyplněného kapalinou). Sluch tedy plní především **funkci** orientační, bezpečnostní a zajišťuje přenos informací.

Surdopedie (z latinského *surdus* – hluchý a řeckého *paideia* – výchova) představuje speciálně-pedagogickou disciplínu, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením (Horáková, 2012). V literatuře se

však můžeme setkat i se synonymními označeními tohoto oboru, např. **surdologie, surdopedagogika** či **pedagogika sluchově postižených**.

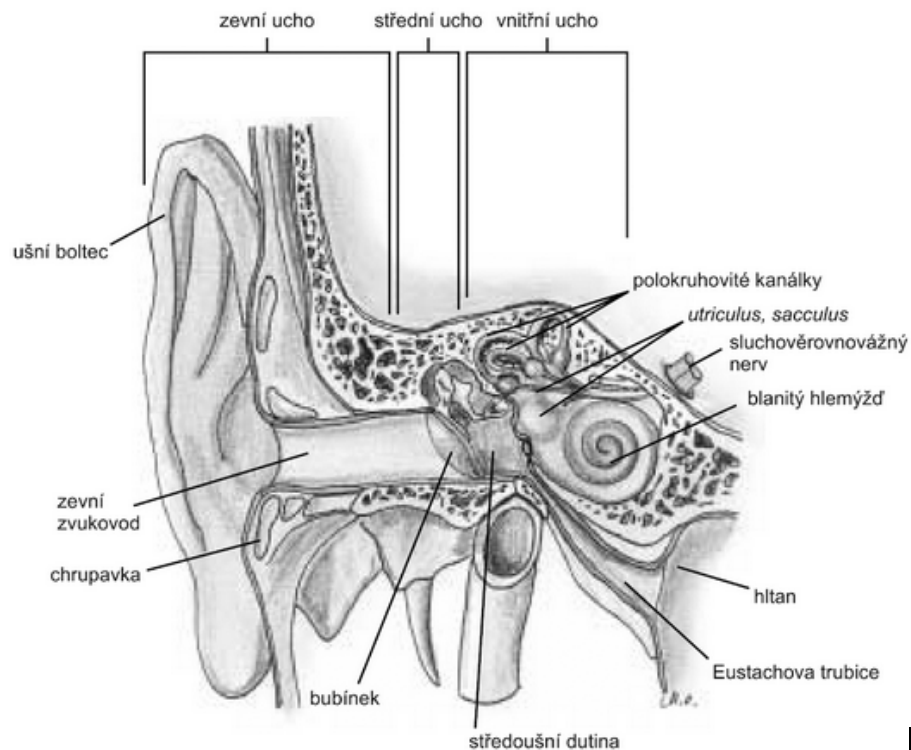
Sluchový práh je nejnižší intenzita, již je osoba schopna vnímat, tj. nejslabší uchem slyšitelný zvuk (Muknšnáblová, 2014).

Sluchové pole znamená rozsah zvuků dle intenzity (0–130 dB) a frekvence (16 Hz–20 kHz), jež je ucho schopno pojmout. Zdravé ucho je schopno rozlišit až 400 000 nejrůznějších druhů zvuku. Pro komunikaci je důležitá tzv. **řečová frekvence** v rozmezí 500–2000 Hz (Muknšnáblová, 2014).

Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady v kterékoliv části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center (Slowík, 2007). Komplexnější definici sluchového postižení nabízí Nováková (2011), jež uvádí, že jde o (1) absenci schopnosti vnímat a vyhodnocovat sluchové podněty; (2) různé typy sluchových vad, jež jsou charakterizovány dle toho, zda došlo k poškození v zevním, středním či vnitřním uchu; (3) závažný smyslový handicap s dopadem na socializaci a komunikaci jedince.

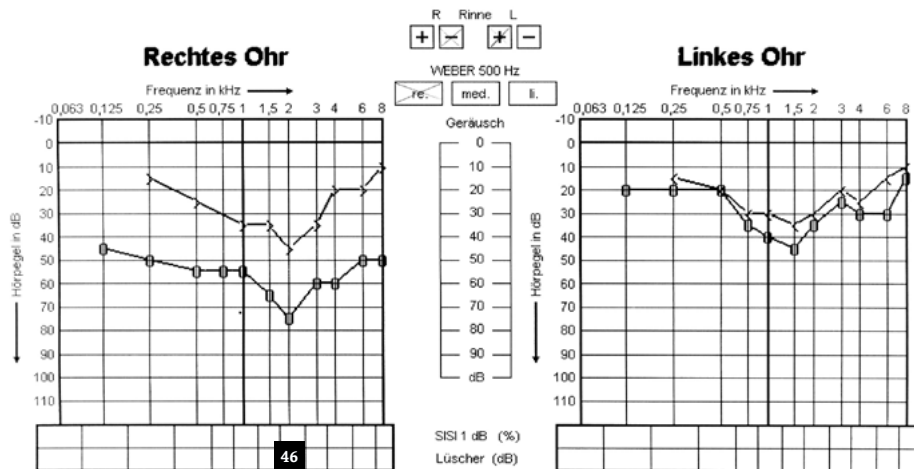
Poruchou sluchu se rozumí onemocnění sluchového orgánu různé etiologie, které nezpůsobuje úplnou hluchotu. Hlavním jeho příznakem je nedoslýchavost různého stupně. Porucha sluchu je stav přechodný a po odstranění příčiny dochází k plné nápravě sluchu. **Vada sluchu** naopak představuje stav trvalý. Sluchová vada tedy již může dosahovat stupňů praktické či úplné hluchoty (Hampl, 2013).

Audiometrie je vyšetření sluchu, kterým se testuje citlivost sluchu na jednotlivé tóny. Výsledkem tohoto vyšetření, které může probíhat ve zvukotěsné místnosti, anebo může mít podobu slovní audiometrie založené na opakování slov, je tzv. **audiogram**. Jedná se tedy o grafické znázornění sluchového prahu, jak nám ukazuje obrázek níže (Slowík, 2016).



Obr. 45 Stavba ucha

Osoby se sluchovým postižením představují velmi nehomogenní skupinu, jejíž variabilita je dána především různou strukturou a hloubkou sluchové vady, dobou, kdy k postižení došlo, celkovou úrovní rozvoje osobnosti a socio-kulturními podmínkami, v nichž probíhala časná i následná surdopedická intervence (Souralová, Langer, 2005).



Obr. 46 Ukázka základního vyšetření sluchu – audiogramu

Jako **student se sluchovým postižením** bude pro potřeby této metodiky označován posluchač terciárního vzdělávání, který je dle MŠMT (2017):

- **Nedoslýchavý / uživatel mluveného jazyka (B1)**, to znamená osoba, která informace spontánně přijímá i podává prostřednictvím mluveného jazyka (ať už formou psanou nebo mluvenou), v českém prostředí primárně používá český jazyk. Jsou zde tedy zahrnuti i ti, kdo jsou z hlediska striktně medicínského neslyšící (např. později ohluchlí), nicméně se cítí být primárně mluvčími mluveného, nikoli znakového jazyka.
- **Neslyšící / uživatel znakového jazyka (B2)**, tedy osoba, která informace spontánně přijímá i podává prostřednictvím znakového jazyka, v českém prostředí primárně používá český znakový jazyk, příp. jinou formu neverbální komunikace, byť založenou na českém jazyce.

4.2 Klasifikace a charakteristika nejčastějších sluchových vad a poruch

Ke vzniku sluchových vad a poruch obvykle přispívá celá řada faktorů. Ať už se jedná o geneticky podmíněné vady, infekční onemocnění matky během těhotenství (např. zarděnky, spalničky, chřipka), hypoxii, novorozeneckou žloutenku, infekci anebo úrazy. Postižení získaná v průběhu života vznikají nejčastěji jako následek prodělaných onemocnění (např. středoušní záněty, příušnice) a úrazů hlavy. V poslední době však zejména u mladých lidí vstupuje do popředí také vliv poslechu hlasité hudby přes sluchátka (Slowík, 2016).

Kritéria určující dělení sluchových poruch jsou mnohočetná, čemuž odpovídá i řada různých klasifikací (Horáková, 2012). Z medicínského hlediska však můžeme konstatovat, že se každá funkční porucha sluchového analyzátoru klasifikuje jako sluchové postižení. Ve vymezení kategorií je brán zřetel zejména na kvalitu a kvantitu sluchového vjemu (Pipeková, 2006). Nejčastější klasifikace sluchového postižení nicméně obvykle reflektují **místo a dobu vzniku postižení**, stejně jako **stupeň sluchové ztráty**. Níže si proto tato klasifikační kritéria blíže představíme.

Sluchové vady mohou být v návaznosti na **místo vzniku postižení** členěny na (Slowík, 2016):

- **Periferní poruchy**, které se dále člení na:
 - **Převodní vady** – jedná se kvantitativní poruchu sluchu, která je spojena s vadami vnějšího a středního ucha. U tohoto jedince tedy dochází k postižení slyšení hlubokých tónů, přičemž řeč slyší v menší intenzitě. Jedlička (2003) zmiňuje, že typickým příkladem převodní poruchy je mazová zátká ve zvukovodu, zánět zvukovodu a bubínku, případně akutní či chronický zánět středního ucha. Tyto vady lze kompenzovat pomocí sluchadla.

- **Percepční vady** – v tomto případě je postiženo střední ucho anebo sluchový nerv. Tento student se nejčastěji potýká s poruchou slyšení vysokých tónů, špatným rozeznáním sykavek či s deformovaným vnímáním řeči. Jedná se tudíž o změny kvality poslechu, přičemž jejich příčiny lze spatřovat v poškození sluchu nadměrným hlukem, bakteriálních nebo virových infekcích, případně v ušním šelestu.
- **Smišené vady sluchu** – zahrnují jak převodní, tak percepční vady sluchu. Jedná se například o chronické záněty středouší v kombinaci s toxickým postižením vnitřního ucha (Jedlička, 2003).
- **Poruchy centrální**, které postihují podkorový a korový systém sluchových drah a způsobují tedy tomuto studentovi značné komplikace v porozumění řeči, zatímco vnímání čistých zvuků u něj není narušeno (Barvíková a kol., 2015).

Podle **doby vzniku** sluchové vady anebo poruchy můžeme rozlišovat (Slowík, 2016):

- **Vrozená sluchová postižení** – jde o všechny vady vzniklé před narozením jedince. Mohou být geneticky podmíněné, což znamená, že existuje přibližně

30 genů, o kterých se předpokládá, že mohou mít vliv na vrozený stav sluchu. Pro geneticky podmíněná sluchová postižení je dále typické, že oba rodiče, kteří jsou nositelé jednoho zdravého a druhého poškozeného znaku, slyší. Kromě toho však mezi vrozená sluchová postižení řadíme také vady kongenitálně získané, a to buď v prenatálním (před porodem – spalničky, zarděnky, RTG záření působící na matku) anebo perinatálním období (v průběhu porodu – protahovaný porod, nízká porodní hmotnost dítěte).

- **Získaná sluchová postižení** – jsou vady sluchu vzniklé v období perinatálním, tj. v průběhu porodu či krátce po něm, nebo v období postnatálním – po narození. V rámci této kategorie sluchových postižení je třeba rozlišit, jedná-li se o:
 - **Prelingvální sluchovou ztrátu** – dochází k narození se sluchovou vadou nebo jejímu vzniku před vývojem řeči, tj. do 6. roku života. U tohoto jedince dochází ke ztrátě sluchu nad 90dB a je tudíž schopen pouze odezírání.
 - **Perilingvální sluchovou ztrátu**, která se u jedince objevuje do 14 let věku.
 - **Postlingvální sluchovou ztrátu**, jež může u člověka vzniknout po fixaci řeči, tzn. po 6. roce života anebo v dospělosti. U tohoto studenta může

Velikost (rozsah) ztráty sluchu podle WHO	Stupeň sluchové poruchy	Projevy sluchové ztráty
0–25 dB	Normální sluch	Žádné nebo velmi lehké problémy se sluchem, schopnost slyšet šepot
26–40 dB	Lehké poškození sluchu	Schopnost slyšet a opakovat slova, která jsou mluvena normálním hlasem z 1 metru
41–60 dB	Střední poškození sluchu	Schopnost slyšet a opakovat slova, které jsou mluvena hlasitou řečí z 1 metru
61–80 dB	Těžké poškození sluchu	Schopnost slyšet nějaká slova, když jsou křičena do lepšího ucha
81 dB a více	Velmi těžké poškození sluchu až hluchota	Neschopnost slyšet a porozumět hlasu, který je křičen

Tabulka 2 Klasifikace sluchových vad podle WHO (Šedivá, 2006, s. 7)

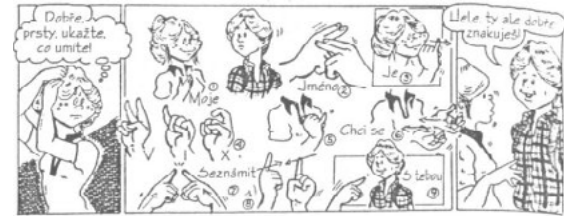
dojít ke změnám hlasitosti, rytmu a intonace mluvené řeči, případně ke změnám artikulace (Pipeková, 2006).

Poslední klasifikační kritérium sluchových vad a poruch zohledňuje **stupeň sluchové ztráty**. Z hlediska kvantity se můžeme setkávat s různými hodnotami, které vymezují jednotlivé stupně sluchových poruch. Stav sluchu je možno posuzovat podle **ztráty v decibelech**, která je měřena pomocí audiometrie (Horáková, 2012). Pro tyto potřeby rozlišuje Světová zdravotnická organizace následující škálu stupňů sluchových poruch:

Neslyšící vs. neslyšící (?)

Závěrem této podkapitoly upozorníme, že v odborné literatuře se kromě výše uvedených klasifikací můžete setkat také s termíny „neslyšící“ a „Neslyšící“. Je-li hovořeno o osobách **neslyšících (s malým „n“)**, pak to znamená, že rozsah jejich sluchové ztráty se blíží 100 % a ani s největším zesílením nejsou schopny vnímat zvuk sluchem. Je uváděno, že jejich sluchová ztráta nabývá hodnot 120 dB a výše (Hrubý, 2009). Slowík (2007) doplňuje, že se obvykle jedná o osoby, jež neslyší od narození nebo ztratili sluch před rozvojem řeči.

Neslyšící (s velkým „N“) si vytvořili společenství s charakteristikami typickými pro kulturní menšinu. Jejich cílem je dosáhnout toho, aby byli lidé se sluchovým postižením přijímáni jako rovnocenní v zaměstnání, v politické reprezentaci, kontrole institucí, které tito lidé navštěvují, stejně jako usilují o přijetí a uznání jejich historie a užívání jejich jazyka – znakového jazyka jako prostředku komunikace. Neslyšící si utvořili vlastní folklór, písně, poezii, divadelní hry, vtipy či komiksy. Stejně tak kladou důraz na pořádání kulturních akcí, atletických a jiných soutěží, případně pořádají volbu Miss Neslyšících.



47

Obr. 47 Ukázka komiksu pro neslyšící osoby

4.3 Sociálně-psychologické aspekty sluchového postižení aneb Osobnost studentů se sluchovým postižením

Ačkoliv nemůžeme kategoricky tvrdit, že sluchová vada musí mít bezpodmínečně vliv na osobnost osobnost studenta s tímto typem postižení, v případě, že není včas diagnostikována, může mít negativní vliv a vytvářet tak v kontextu jeho života specifickou životní situaci. Sluchové postižení má totiž vliv na celkový vývoj člověka, studentova osobnost, myšlení a stejně tak ovlivňuje jeho socializaci.

Jaké faktory ovlivňují osobnost tohoto studenta?

Dopady sluchového postižení na osobnost a sociální integraci těchto studentů jsou ovlivněny, jak uvádí Leonhardt (2001), celou řadou faktorů, zejména pak:

- **Stupněm a rozsahem sluchové vady** – je klíčové, jedná-li se o vadu převodní, percepční či kombinovanou, případně zda-li jde o nedoslýchavost, zbytky sluchu anebo úplnou hluchotu. Z hlediska osobnostního rozvoje je nicméně důležitá využitelnost zbytku sluchu pro porozumění řeči, sluchová ztráta (v dB – viz výše), stejně jako schopnost reagovat na zvukové podněty.

- **Dobou výskytu sluchové vady** – obecně platí, že čím dříve ke sluchovému postižení dojde, tím výrazněji jsou narušeny psychické funkce tohoto studenta. U osob s vrozeným či raně získaným sluchovým postižením vzniklým prelingválně může dojít k nedostatečnému rozvoji řeči a k absenci osvojení regulačních mechanismů potřebných pro vytváření mezilidských vztahů. U studentů se získaným postižením postlingválním jsou poznávací funkce a řečové kompetence alespoň částečně zachovány. Dopady sluchové vady tedy obvykle nebývají tak závažné.
- **Existenci přidružených postižení** – nejčastěji jsou u těchto osob zaznamenány specifické poruchy učení anebo tzv. duální senzorkické postižení, tedy hluchoslepota anebo kombinace sluchového a tělesného postižení.
- **Sociálními podmínkami vývoje** – zde je třeba zohlednit jednak vliv rodiny, ale rovněž dalších osob a institucí, které tohoto studenta provází v průběhu jeho životní dráhy. Z hlediska rozvoje mezilidských vztahů se jeví jako důležitá skutečnost, že omezené vnímání zvukových podnětů a možnosti chápat jejich význam se u těchto jedinců obvykle projeví potížemi v oblasti jazyka a řeči, ale i narušením komunikace (Vágnerová, 2014). Proto je kladen důraz na vytvoření plnohodnotné funkční komunikace v co nejranějším věku, přičemž s touto problematikou se blíže seznámíme v podkapitole 4.4.

Jaké jsou osobnostní charakteristiky studentů se sluchovým postižením?

Požár (1999) uvádí, že mezi typické osobnostní charakteristiky osob se sluchovým postižením se řadí naivita a nejistota, nízké sebevědomí, upřednostnění materiálních hodnot či tvrdohlavost a nedůvěřivost. Kromě toho může student se sluchovým postižením vykazovat plachost, nedostatek iniciativy, pocity méněcennosti, tendence se vzdávat či strach.

Tyto jeho charakteristiky přitom mohou být dány či ovlivněny celou řadou činitelů. Hroboň, Jedlička, Hořejší (1998) zmiňují, že zejména jedinci nedoslýchaví hledají vinu mimo své tělo, a proto se u nich může objevovat zloba na nedostačující ozvučení, tiché mluvení či nadměru hlučnou zvukovou kulisu zkreslující porozumění. Někdy se rovněž můžeme setkat s přirovnáním, že jde o život „**ve vězení ticha**“, stejně jako může být sluchové postižení z hlediska psychologického synonymem pro **informační ochuzenost, únavu z odezírání, nejistotu ohledně správného porozumění či strach z výsměchu** (Hrubý, 2010). V neposlední řadě nelze nezmínit ani riziko vzniku tzv. **hospitalizmu** v důsledku častých pobytů v nemocnici, což u těchto studentů může vyvolat stud, vinu, frustraci, úzkost či narušení sebevědomí.

Jaká jsou specifika kognitivního rozvoje u studentů se sluchovým postižením?

Sluchové postižení má z hlediska kognitivního rozvoje za následek především **podnětovou deprivaci**, to znamená omezení zkušeností a kompetencí v důsledku absence auditivních podnětů. Stejně tak u tohoto studenta můžeme vyzorovat **omezení v oblasti vnímání řeči**, ale taktéž v **orientaci v prostředí** (Vágnerová, 2004). Dále může být pro tyto jedince typické, že nevěnují dostatečnou pozornost vzájemným souvislostem a vztahům mezi dílčími poznatky, případně ulpívají na konkrétním kontextu. Pro osoby s těžkým sluchovým postižením je totiž kvůli chudší zásobě představ a jejich časté nepřesnosti obtížné usuzování a tvorba obecných pojmů či abstrakce. V neposlední řadě u nich můžeme zaznamenat **pomalejší rozvoj logických operací** a obtížnější rozvoj verbální inteligence (pojmového myšlení).

Co se týče rozvoje **pozornosti** těchto studentů, zde platí, že se většinou soustředí na výrazné vizuální podněty a současně se markantněji zaměřují na detaily nežli na celek. Vzhledem k tomu, že tito jedinci jsou i v běžných podmínkách nadměrně zatěžováni soustředěním se na všechny

přítomné podněty, může se zdát, že jsou nepozorní. Vlivem této zátěže u nich můžeme častěji zpozorovat únavu anebo útlum. Pokud jde o **paměť**, v případě, že nebudou u těchto studentů dostatečně rozvinuty komunikační kompetence, je pravděpodobné, že u nich bude převládat mechanický typ paměti, a to na úkor té logické, jež se bude rozvíjet o poznání pomaleji (Skákalová, 2011).

Závěrem nesmíme opomenout, že se u těchto studentů může objevit rovněž **problematické chápání časových pojmů** k určení délky nebo časové lokalizaci. Z toho důvodu pro ně může být složitější plánování budoucnosti, stejně jako bilancování, což se může negativně projevat také v průběhu jejich studia na vysoké škole (např. plánování termínů zkoušek apod.).

Čím se vyznačují sociální vývoj a interakce se studenty se sluchovým postižením?

Jak uvádí Vágnerová (2014), tito studenti se vlivem svého postižení mohou potýkat s omezeními v oblasti komunikace, izolací v přirozeném, ale i školním sociálním prostředí, stejně jako s obtížemi v sociální orientaci. Velmi často si přitom mohou klást otázky: Jaké chování je žádoucí? Co je dovoleno a zakázáno? Co po nás druzí chtějí?

Jinými slovy se mohou tito jedinci v sociální interakci a při utváření mezilidských vztahů potýkat se **sociální nezačleněností a nezralostí sociálních vazeb**. Hádková (2007) tuto skutečnost vysvětluje u studentů se sluchovým postižením existujícími komunikačními problémy, nedostatečnou slovní zásobou a s tím spojeným nedostatkem informací o světě. Greenberg (1984) doplňuje, že **sociální nezralost** jedinců se sluchovým postižením je úzce spojena s nízkou úrovní sociálního chápání a pocitu závislosti. Úroveň sociálního chápání je pak ovlivněna především mírou funkčnosti komunikace, již daný student disponuje. Jakékoli odlišnosti v těchto dvou oblastech mohou mít za následek, že

nedovede odhadnout následky svého chování, není schopen rozpoznat nahodilost, spontánnost anebo úmyslnost. Pocit závislosti pak může být u námi sledované skupiny studentů napojen na ochranné postoje rodiny a z toho plynoucího přesvědčení, že se o ně musí ostatní starat.

Hádková (2007) nicméně v kontextu výše zmíněných faktů upozorňuje, že mezi osobami se sluchovým postižením, tak jako mezi slyšícími, jsou velké individuální rozdíly, což se týče schopnosti navazovat sociální kontakty a interagovat s druhými lidmi. Obecně lze ale říci, že mezi základní sociální charakteristiky studentů s těžkým sluchovým postižením se obvykle řadí obtíže při samostatném jednání, **velká důvěřivost, náchylnost k nebezpečným vlivům, snížení altruismu a schopnosti empatie či odlišný morální vývoj** (což vede ke zkreslenému pohledu na normy a postoje okolí). Do jejich sociálních interakcí se však mohou výrazným způsobem promítat také případné emoční poruchy, pocity méněcennosti či vztahovačnost. Požár (1999) doplňuje ještě náklonnost k napodobování, neadekvátní hodnocení interpersonálních vztahů, egocentrismus či náladovost.

Navazování a udržování sociálních vztahů může být u studentů se sluchovým postižením významným způsobem ovlivněno také **problémy s regulací vlastního chování**. Konkrétně u nich může být zaznamenáno impulzivní chování, chování bez rozmyslu, řízení se pouze vlastními pocity a potřebami či nezáměr, jak na druhé lidi takové chování působí. V neposlední řadě je třeba zohlednit fakt, že osvojení norem chování u neslyšících neprobíhá vždy pomocí verbálně sdělených požadavků spojených s vysvětlením důvodu a hodnocením, a proto u nich můžeme vidět absenci pocitů studu, viny či odpovědnosti za své chování, což může ztěžovat proces sociální akceptace ze strany intaktních spolužáků (Vágnerová, 2004).

Stále však platí, že nejvýznamnějším důsledkem sluchového postižení je odlišnost komunikačních kompetencí a řeči,

kteřá je významným prostředkem poznání i sociálního kontaktu. V další podkapitole se proto této problematice budeme věnovat detailněji.

4.4 Zásady komunikace se studenty se sluchovým postižením aneb Nasloucháme očima

Je pochopitelné, že normální sluch je podmínkou přirozeného vývoje řeči. Oboustranná porucha sluchu tedy tento vývoj značně ohrožuje a může být příčinou jeho opoždění a/nebo narušení (Plevová, Slowík, 2010). V obecné rovině můžeme říci, že u nedoslýchavých jedinců dochází k opožděnému vývoji řeči, zatímco u neslyšících jsou jejich komunikační kompetence omezeny a při ztrátě sluchu do určitého věku jsou zase přerušeny. Langer (2008) tedy v této souvislosti upozorňuje na vznik tzv. **komunikační deprivace**.

Snad i proto je právě komunikace označována za **nejproblematictější oblast života jedinců se sluchovým postižením**. Znovu však platí, že vývoj řeči se u námi sledované skupiny studentů odvíjí zejména od stupně a typu sluchového postižení, přítomnosti dalšího postižení (tj. kombinované vady), věku a dosaženého stádia, včasné diagnostiky a péče, ale i od vlivů sociálního prostředí, jehož je tento člověk součástí.

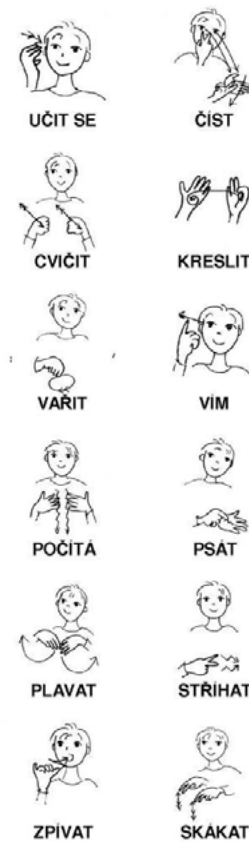
Jak tedy se studenty se sluchovým postižením komunikovat? Pro tuto tzv. **interkulturní komunikaci**, tj. komunikační akt směřující od studenta se sluchovým postižením k jedincům slyšícím, platí dvojnásob, že tak jako v každé mezilidské komunikaci, i v komunikaci s lidmi s vadami a poruchami sluchu, je ideální v prvé řadě **individuální přístup, bez předsudků**, zato se znalostí širších souvislostí. Vzhledem ke značné variabilitě komunikace osob se sluchovým postižením a současným objektivním potížím, které mohou mít tyto osoby se zvládnutím konkrétních komplexních komunikačních systémů, je třeba respektovat jejich **právo na**

svobodnou volbu preferovaného způsobu komunikace. To je ukotveno **Zákonem č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob**, kde se již v § 1 píše, že „neslyšící a hluchoslepe osoby mají právo svobodně si zvolit z komunikačních systémů ten, který odpovídá jejich potřebám. Jejich volba musí být v maximální možné míře respektována tak, aby měly možnost rovnoprávného a účinného zapojení do všech oblastí života společnosti i při uplatňování jejich zákonných práv.“ Jako **komunikační systémy** neslyšících a hluchoslepých osob jsou označovány český znakový jazyk a komunikační systémy vycházející z českého jazyka.

Hádková (2007) uvádí, že v surdopedii a v teorii komunikace jedinců se sluchovým postižením existuje **více dorozumívacích systémů**. Do popředí se však dostává primárně potřeba obousměrně přijatelného kódu informace, která by usnadnila komunikaci mezi tímto studentem, jeho učitelem, pracovníky dané vysoké školy, ale i spolužáky. Slowík (2010) proto zmiňuje následující formy komunikace, které lze využít při výměně informací s těmito aktéry vysokoškolského vzdělávání. Jedná se například o znakový jazyk a znakovou češtinu, daktylní prstovou abecedu, odezírání, pomocné artikulační znaky, orální komunikační systém, simulánní, bilingvní a totální komunikaci.

Znakový jazyk a znakovaná čeština

Znakový jazyk představuje přirozený jazyk neslyšících osob. Jedná se o jazyk dialogický, jenž nemá psanou podobu a **nemá mezinárodní charakter**. Disponuje však vlastními gramatickými pravidly, která jsou nezávislá na jazyku většinové společnosti. Stejně tak má vlastní slovní zásobu a paralingvistické jevy (Kejklíčková, 2016). Znakový jazyk je tvořen specifickými vizuálně pohybovými prostředky, to znamená tvary, postavením a pohyby rukou, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Sestává, jak uvádí Mukušnáblová (2014), ze tří komponentů: **kde** (ruka v prostoru), **čím** (ruka/jiná část těla dominantní pro znak), **jak**



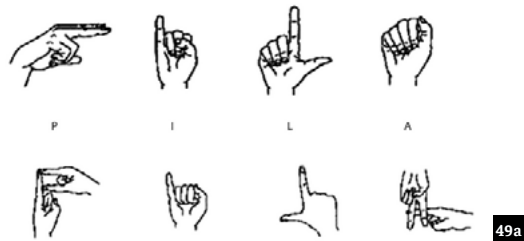
Obr. 48 Ukázka znakového jazyka

(konkrétní pohyb rukou). Obsahuje dva druhy znaků – **znaky arbitrární** (nemají ve svém vyjádření spojitost s vyjadřovaným předmětem – např. lékař) a **ikonické** (založené na podobnosti nebo charakteristickém rysu předmětu – např. zajíc).

Znakovaná čeština představuje **jazykový systém**, který byl **uměle vytvořen** pro dorozumívání slyšících osob s neslyšícími. Běžná čeština je v tomto případě doplněna o pohyby a postavení rukou, které ukazují odpovídající znaky českého znakového jazyka. Jinými slovy jde o mluvenou řeč kódovanou do znaků. Znakovaná čeština nicméně nedokáže vyjádřit gramatickou stavbu, jedná se pouze o izolovaná slova (Souralová, 2007). Obvykle slouží k vyučování češtiny u neslyšících dětí a k tlumočení neslyšícím lidem.

Daktylní prstová abeceda, jež představuje slovní **vizuálně-motorickou formu komunikace**, při níž se užívá různých poloh a postavení prstů k vyjádření písmen, pomocí nichž se pak tvoří slova (Bendová, 2011). **Není unifikována**, takže i v rámci České republiky se objevují regionální rozdíly projevující se tím, že jedna hláska či písmeno mohou mít dva a více znaků. Bendová (2011) rozlišuje:

- **daktylní abecedu jednoruční**, jež zahrnuje polohu a postavení prstů jedné ruky,

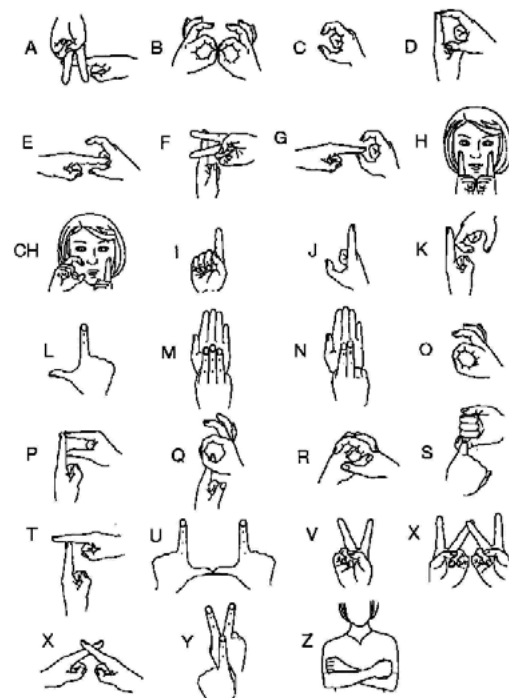


Obr. 49a Ukázka daktylní (prstové) abecedy

- dále **dvouruční**, kdy dochází k užití obou rukou,
- tzv. **daktyl do dlaně** užívaný při hmatové komunikaci a je příznačný spíše osobě hluchoslepé.

Jak je uvedeno v § 6 Zákona č. 384/2008 Sb., prstová abeceda je využívána zejména k odhláskování cizích slov či odborných termínů. Stejně tak ale může být využita v případech, kdy je potřeba formální přesnost – u názvu ulic nebo při seznámení s novým pojmem.

Prstová abeceda pro dvě ruce



Obr. 49b Prstová abeceda pro dvě ruce

Odezírání je někdy mylně označováno jako čtení ze rtů, jedná se o dovednost jedince vnímat mluvenou řeč zrakem a pochopit tak obsah sdělení nejen podle pohybů úst, ale také dle mimiky obličeje, výrazů očí, gestikulace rukou, celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu sdělovaných informací. Je uváděno, že maximálně 30 % z toho, co říkáme, může být studentem se sluchovým postižením odezíráno. Dobře se odezírá a-e-i-o-u, v-f, zatímco k-g-h-ch dosti obtížně. B-p-m se pak velmi často zaměňují (Krauhulcová, 2002). Odezírání ovlivňuje řada podmínek, které můžeme rozdělit na:

- **Vnější podmínky odezírání**, mezi něž patří:
 - Udržování zrakového kontaktu.
 - Intenzita a směr světla – tvář mluvčího musí být dostatečně osvětlena, ovšem světlo by mělo v ideálním případě osvětlovat tvář zepředu, aby se zabránilo vytvoření stínů. Naopak by světlo nemělo oslňovat jedince se sluchovým postižením.
 - Konverzační vzdálenost – ideálně okolo dvou až čtyř metrů. I zde však platí podmínka individuálního přístupu, a to dle míry osvětlení, zkušenosti mluvčí i odezírající osoby či kvality zrakové percepce (vliv přidružené zrakové vady).
 - Frontální výšková úroveň.
 - Zvláštnosti artikulačních orgánů – postavení zubů, anomálie čelisti.
 - Samotná artikulace – měla by být přiměřená a přirozená, protože příliš výrazná či naopak nedostatečná artikulace odezírání znemožňují.
 - Tempo řeči – přizpůsobit schopnostem studenta se sluchovým postižením. Obecně ale platí, že by mělo být mírně zpomalené, s postupným zrychlováním.
 - Samotná mluva – mluvčí by měl hovořit spisovně, slovník vždy přizpůsobovat možnostem, schopnostem a věku osoby s postižením. Nedoporučuje se také užívat izolovaná slova a neúplné věty.

- Další možné překážky při odezírání – ruce před ústy, žvýkačka, cigareta v ústech mluvčího, sluneční brýle, jídlo v ústech, vousy aj.
- **Vnitřní podmínky odezírání**, které nesouvisí primárně s prostředím, ale s fyziologickými, psychickými, verbálními a věkovými zvláštnostmi studentů se sluchovým postižením, stejně jako s jejich přímou či zprostředkovanou zkušeností. Můžeme sem zahrnout například:
 - úroveň vývoje řeči studenta se sluchovým postižením,
 - dočasný i trvalý stav organismu,
 - kvalitu pozornosti, postřeh, schopnost provádět myšlenkové operace, úroveň krátkodobé i dlouhodobé paměti,
 - aktuální psychický stav,
 - úroveň slovní zásoby, znalost gramatiky a větného kontextu odezíráního jazyka a další.

Odezírání je velmi náročné, a proto je vhodné použití jiných prostředků, např. znakované češtiny.

Pomocné artikulační znaky, které představují specifickou českou (a slovenskou) vizuálně-motorickou pomůckou sloužící primárně k výuce výslovnosti. Sekundárně je však možno je využít jako podporu odezírání (Hudáková, 2008). Dochází skrze ně k rozvíjení zvukové stránky řeči a pomáhají zejména při hláskové komunikaci. Každá hláska mluveného jazyka má totiž svůj pomocný artikulační znak. Jinými slovy každý jeden znak zastupuje jeden foném (českého) jazyka (Hrubý, 1999).

Pomocné artikulační znaky usnadňují vnímání polohy mluvidel, upozorňují na specifika výdechového proudu (tj. pocit tepla, měkkého hlasového začátku aj.), na vibraci mluvidel při tvorbě znělých souhlásek apod. (Krauhulcová, 2002).



50

Obr. 50 Pomocné artikulační znaky P, M, I, Í, E, Ě

Jak můžeme vidět na obrázcích, **pomocným artikulačním znakem P** mluvčí kontroluje prudký výdechový náraz. Naopak **pomocný artikulační znak M** využívá přiložení ruky na tvář tak, aby mluvčí cítil vibrace, které vznikají při artikulaci znělé hlásky M. **Pomocný artikulační znak I/Í** zase využívá ukazováček ruky pod čelistí tak, aby naznačil vyklenutí jazyka při artikulaci I/Í. Pravá ruka zase kontroluje vibrace na hrudníku. Pro **pomocný artikulační znak E/Ě** nám ukazováček ve vodorovné poloze značí velikost čelistního úhlu a pravá ruka opět odhmatává vibrace na hrudníku (Krauhulcová, 2002).

Orální komunikační systém

Užívání tohoto komunikačního systému vychází z přesvědčení, že studenti s nejtěžším sluchovým postižením by se měli naučit využívat běžnou mluvenou a psanou řeč, neboť právě to přispívá k jejich socializaci do společnosti. Systém orální komunikace se snaží vytvořit **mluvenou – orální řeč pomocí zraku a hmatu**. V praxi to znamená, že jedinec vnímá změny při jednotlivých hláskách při sledování mluvčího očima a hmatáním na jeho ústa nebo krk. Učí se tak nejen artikulovat, ale i samotné písmo. K objasnění významu pojmů je možné zpočátku využít předměty a kresby. V pozdějším věku pak prstovou abecedu, písmo nebo znakový jazyk. Můžeme tedy shrnout, že výhoda orální komunikace tkví především v možnosti komunikovat s majoritní populací (včetně spolužáků, učitelů apod.), pestřejších možnostech vzdělávání jedinců se sluchovým postižením, ale i v užívání psaného jazyka (Muknšnábllová, 2014).

V současné době můžeme rozlišit, jak uvádí Krauhulcová (2014) společně s Muknšnábllovou (2014), **tři základní podoby orálního komunikačního systému**, které jsou však často doplněny jednoruční, obouruční nebo smíšenou prstovou abecedou, psaným jazykem, případně pomocnými artikulačními znaky. Jedná se o:

- **Čisté orální monolingvální systémy**, které však nerespektují přirozené potřeby studentů s těžkým sluchovým postižením z hlediska rozvoje jazyka, stejně jako nevyužívá možnosti vizualizace mluveného jazyka.
- **Monolingvální systémy doplněné vizuálně-motorickými znaky slovní podstaty**.
- **Orální systémy** permanentně doplňované vizuálně-motorickými znaky neslovního typu.

Simultánní komunikace

Simultánní didaktická komunikace (bimodální model vzdělávání) je systém, v rámci něž se využívá **většinového jazyka** (mluveného národního jazyka) dané oblasti, státu, ovšem paralelně s ním i nejrůznější další **doplňující komunikační formy** (Krauhulcová, 2014). Jejich funkcí je **zpřesňování výpovědi a vizualizace národního (většinového) jazyka** (Hádková, 2007). Zdůrazňuje přitom potřebu dorozumění se mezi slyšícími a neslyšícími jedinci.

Jinými slovy se jedná o překlad a převod mluveného jazyka do znakového jazyka nebo obráceně při komunikaci ve formálním projevu. Mezi simultánní komunikační formy můžeme podle Krauhulcové (2014) zařadit český znakový jazyk, prstovou abecedu (daktylografií), pomocné artikulační znaky, mimiku, gesta, pantomimu a psanou podobu jazyka.

Bilingvní komunikace

Bilingvální metoda představuje model, který primárně klade důraz na vzdělávání v **materšském jazyce**. V případě

studentů neslyšících se jedná o znakový jazyk a v další fázi vzdělávání se užívá jazyka majoritní společnosti (Šedivá, 2006). V praxi se tedy důsledně dodržují mateřské metody výuky jazyka, kdy například neslyšící učitel používá k výuce výhradně znakový jazyk neslyšících a naopak slyšící učitel orální řeč. Oba jazyky se užívají odděleně, nedochází tedy k přímému překladu mezi jazyky (Hádková, 2007).

Totální komunikace

Krahulcová (2014) chápe totální komunikaci jakožto komplexní komunikační systém, který v sobě **spojuje všechny použitelné komunikační formy** (tzn. akustické, vizuální, slovní, neslovní, manuální aj.) k dosažení účinného a obousměrného dorozumívání se studenty se sluchovým postižením a mezi nimi navzájem. Výběr komunikačních forem je přítom přísně individuální. Mezi prostředky dorozumívání v rámci totální komunikace můžeme zařadit:

- pomocné artikulační znaky – vizuální kontakt,
- pantomimu, mimiku, dramatizaci,
- prstovou abecedu,
- mluvený jazyk – mluva, odezírání, čtení, psaní,
- posunkové systémy – gesta, postoj těla,
- znakový jazyk, znakovou češtinu.

Hrubý (1999) považuje totální komunikaci za jakýsi můstek mezi ryze orálním přístupem pevně zakořeněným na českých školách a systémy, které využívají znakový jazyk. Mezi **základní předpoklady, na nichž totální komunikace staví**, tedy podle Hrubého (1999) patří:

- Člověk je člověkem díky myšlení, přičemž toto myšlení není vázáno na schopnosti mluvit.
- Nedostane-li dítě v raném věku jazyk, je možnost, že se navždy naruší.
- Schopnost chápat syntax (tedy správně číst).
- Dítě se sluchovým postižením je také dítětem, které nemá prožívat samostatně nebo s rodinou neustálý dril.

- Dítěti by mělo dostat možnost osvojit si všechny dostupné komunikační prostředky (mluvený, znakový jazyk, řeč těla apod.).

Zásady tlumočení

Tlumočení je pojímáno jako převod sdělení z jednoho jazyka do druhého při projevu nebo rozhovoru. Setkáváme se také s pojmy:

- **transliterace** = převod informací z nebo do znakované češtiny či jiných znakových jazyků;
- **artikulační tlumočení** = vizualizace mluvené češtiny.

Tlumočení probíhá v určitých fázích, které bychom mohli pojmenovat jako **percepce** (čili příjem informací sluchem u jazyka mluveného či příjem zrakem u znakového jazyka a jejich celková analýza), za nimi následuje **translace** (proces zpracování a uložení informací a jejich převod do daného jazyka) a následná **reprodukce** (předání informací v cílovém jazyce).

Existuje několik druhů tlumočení, které se liší formou i časovou náročností (Langer, 2014):

Simultánní – projev je okamžitě převáděn do cílového jazyka, tzn. tlumočení probíhá okamžitě a souběžně. Výše uvedené fáze probíhají tedy současně, je zde minimální časová prodleva a účastník vnímá informaci ve stejnou dobu jako ostatní účastníci.

Konsekutivní – střídání tlumočnicka s mluvčím, tzn. k tlumočení dochází v pauzách aktuálně přednášeného projevu, nevýhodou je nutnost dostatečného časového prostoru, vyšší časová náročnost a nutnost zapamatování si delších pasáží, které jsou nutné k přetlumočení.

Z listu – tlumočnick převádí informace, které jsou předtištěny, obsah a smysl je tlumočen přirozeně a plynule, měl by být zachován oční kontakt s příjemcem. Takové tlumočení

je časově úsporné, klade však nároky na jistou rozdvojenost tlumočnicka v oblasti pozornosti.

Výše uvedené je však ovlivněno mnoha faktory samotného tlumočnicka, ať už se jedná o úroveň komunikačních kompetencí v obou jazycích, rychlost porozumění, logické uspořádání a návaznost, znalost kulturního pozadí obou jazyků, zkušenosti s tlumočením, tak je vše ovlivněno i charakterem, délkou a obsahem tlumočení, stejně jako osobností a náročností příjemce, jeho specifickými potřebami a znalostmi daného tématu.

Při tlumočení je nutné si dávat pozor na určité chyby (tlumočníci musí dodržovat etický kodex tlumočnicka znakového jazyka, který uvádí Česká komora tlumočnicků znakového jazyka na www.cktjz.com). Je nutné dodržovat a respektovat při tlumočení několikero zásad, aby se předešlo určitým problémům:

- Nesmí docházet ke zkreslování, či jakékoli úpravě tlumočených informací (ani k jejich zatajování).
- Je nutné dávat pozor na rozestavení studenta – tlumočnicka – komunikačního partnera.
- Je nutné dodržovat hranice, tzn. tlumočnick není osobní asistent.
- Je nutné brát v potaz ovlivňující faktory, které mohou mít vliv na kvalitu tlumočení (únava, nemoc tlumočnicka apod.).
- Tlumočnick je pouze mostem, není vhodné tedy oslovovat studenta ve 3. osobě „Řekněte mu...“, „Vyřídte mu“.

Důležité zásady aneb Co bychom si měli zapamatovat?

- Student se sluchovým postižením má právo na volbu komunikačního systému, který mu vyhovuje.
- Tlumočníci, kteří studentovi se sluchovým postižením na VŠ poskytují danou službu, jsou erudovaní profesionálové a dodržují pravidla a etické kodexy.

- Tlumočnick zastává vždy roli „mostu“ mezi studentem se sluchovým postižením a jeho komunikačním slyšícím partnerem.
- Je nutné dodržovat prostorové uspořádání, kdy tlumočnick by měl stát co nejbližší slyšícímu účastníkovi (vedle katedry, u tabule, u hrany stolu).
- Nutné je také prostředí, v němž se komunikační akt odehrává, tzn. světelnost, studentovi se sluchovým postižením by nemělo svítit do očí (neměl by být proti oknu, proti bílé osvětlenému plátnu), aby dostatečně viděl jak na přednášejícího, tak na tlumočnicka. Sledováním obou osob ve stejné ose je student schopen propojovat nebo se orientovat, že vyučující aktuálně ukazuje např. powerpointovou prezentaci nebo obrázky a dokáže si vizuálně propojit tlumočené.
- Je vhodné, aby tlumočnick z důvodu náročnosti a zaměření odborných přednášek měl zajištěn dopředu text, materiály, které budou v hodině užity a tlumočeny, aby se na ně mohl připravit (v tomto ohledu se tlumočnick obrací na vyučujícího s tím, že jsou dodrženy veškeré zásady etického kodexu a materiály nejsou nijak zneužity).
- Tlumočení je velmi náročný proces, který je také vyčerpávající pro samotného tlumočnicka (ten zvládne v kuse max. 30 minut při plném výkonu). Je proto nutná dobrá organizace, aby z důvodu únavy tlumočnicka nedocházelo k nepřesnostem či nevedla k nesprávnému pochopení tlumočeného. Pokud se jedná o dlouhou přednášku, výstup na konferenci, je vhodné, aby se během doby střídalo několikero tlumočnicků.
- Pokud tlumočnick čemukoli nerozumí, neslyšel z důvodu hluku apod. a požádá řečníka o zopakování informace, mělo by mu být vyhověno.
- Je nutné mít na paměti, že tlumočnick neustále udržuje při jakémkoli typu tlumočení zrakový kontakt se studentem, a tudíž se student již nemůže zrakově soustředit na cokoli jiného nežli na tlumočnicka. Pokud je toto potřeba, je vhodné, aby výuka byla přízpůsobena,

byly zařazeny pauzy, aby byl prostor na práci s materiály apod.

- S rozvojem technologií lze využít tlumočnicka i tzv. dálkově, přes spojení Skype, Voice, Messenger a jiné služby, kdy je tedy ušetřen časový prostor, tlumočnick se nachází na svém pracovišti a může tak na dálku tlumočit přednášku či cokoli jiného. Tato forma je aktuálně velmi často univerzitami využívána (Langer, 2014).

Výše uvedený proces popisuje tlumočení, tito studenti však také potřebují zajištění služeb v oblasti práce s textem. Nesmíme zapomínat, že český jazyk, stejně jako i další, např. anglický či německý jazyk, jsou pro studenta s prelingválním postižením brány jako cizí jazyky, což způsobuje problémy při porozumění v práci s textem. Opět se nabízí několikero možností – na základě podrobné analýzy textu a vhodnou volbou alternativního způsobu komunikace je možné psát písemné testy, další variantou se jeví ústní zkouška, případně opět využití tlumočnicka (překladaatele). Obtíže se u psaného textu vyskytují zejména při čtení textu, kdy text předpokládá vysoké jazykové kompetence a závisí na správné analýze (problém při textech s výjimkami, „slovíčkařením“, chytáky, které student se sluchovým postižením není schopen rozeznat). Je možné využít tzv. překladaatele, který přetlumočí a případně okomentuje vše potřebné v českém znakovém jazyce. Při psaných pracích (závěrečných, seminárních apod.) využívají tito studenti často jazykových korektur. Potřebují tak více času na finální zpracování než intaktní student, na což je potřeba předem myslet.

4.5

Bariéry jako součást života aneb Kompenzační pomůcky a systémová podpora vysoké školy

Využití kompenzační pomůcek se liší dle sluchové vady, kterou student má:

U osob s lehkou **nedoslýchavostí** je problém zejména s tichou řečí, nebo přítomnost rušivých podnětů – ruch z ulice a puštěné rádio, pokud je ztráta hlubšího charakteru lze ji kompenzovat sluchadly. U středně těžké vady jsou již sluchadla doporučena, jedinec může přeslechnout zvuky z okolí, vypomáhá si odezíráním (jedná se však spíše o doplněk, nežli o pravidelný nástroj k porozumění řeči). U těžké nedoslýchavosti slyší jedinec jen velmi hlučné podněty – frekventovaná silnice, burácení, sluchadla jsou nezbytná, je však narušeno i porozumění, takže student sice slyší, ale nerozumí sdělenému obsahu. U studentů s těžkým postižením sluchu je nutné hledat náhradu např. písemnou formou či jiným alternativním způsobem, pokud jedinec něco se sluchadly vnímá, jsou to hlasité a výrazné zvuky, porozumění sdělenému je minimální.

U osob nedoslýchavých je tedy nutná eliminace zvuků v místnosti, učebně, laboratoři, mezi další pomůcky, které tito jedinci využívají, patří zesilovací soupravy, indukční smyčky, ozvučení učebny, FM pojítka apod., jedná se o pomůcky, jež jsou přenosné a nejsou určeny k nahrávání, ale pouze k přenosu zvuku.

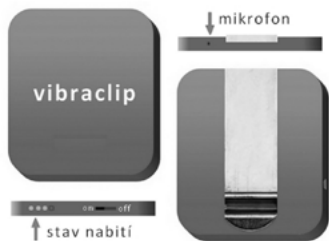
Zkušenost s osvětou a nastavením komunikace s vyučujícími popisuje jedna ze studentek s nedoslýchavostí, jež využívá služeb Centra UTB ve Zlíně.

„Mé zdravotní postižení v podobě nedoslýchavosti mi zjistili v pozdějším věku. Dá se říct, že toto postižení je stejné jako když někdo potřebuje nosit brýle na dálku. Až na to, že uplynula dlouhá doba, kdy jsem si už nedokázala zvyknout na kompenzační pomůcky a nepoužívám je. Proto jsou pro mě největším „trestem“ přednášky, kde je velký prostor a mnoho studentů. S jinými výraznějšími problémy jsem se prozatím v průběhu studia nesetkala, např. v přístupu pedagogů k mé osobě. Služeb Centra pro studenty se specifickými potřebami zatím využívám spíše v rámci sjednávání individuálních osobních konzultací s jednotlivými vyučujícími. Centrum je mým prostředníkem v případě nastavení individuálních podmínek. Kdybych měla



51

Obr. 51 Ukázka kompenzačních pomůcek



52

Obr. 52 Vibraclip



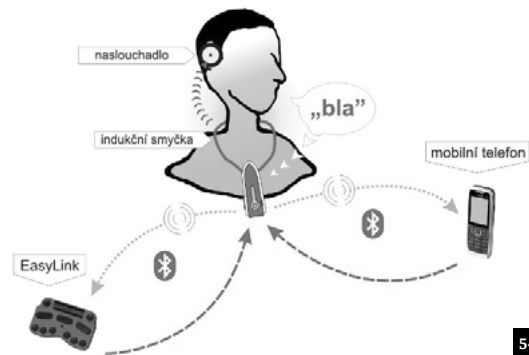
53

Obr. 53 Hologramové ucho

shrnout nejproblematičtější oblasti studia s ohledem na mou nedoslýchavost, nejtěžší je pro mě jednoznačně komunikace v cizím jazyce. Pedagogové ale byli Centrem upozorněni na specifika komunikace a výkladu a respektují to. Například mi několikrát a pomalu zopakují otázku. Také v ostatních předmětech, které byly ukončeny ústní zkouškou, jsem případně sama pedagogy upozornila na to, že můžu mít problémy s porozuměním a bude mi třeba otázky zopakovat. Vždycky jsem se ale naštěstí setkala s pochopením z jejich strany. Jako hodně problematickou vnímám výuku ve velkých prostorech s větším množstvím studentů. To ale můžu řešit zapisovatelem, nebo nám většina vyučujících poskytuje studijní materiály prostřednictvím Moodle, případně mi podklady poskytují spolužáci a já už si to uspořádám dle sebe. Celkově jsem se ale během studia na univerzitě nesesetkala s jinými studijními obtížemi a já sama se v rámci možností snažím plnit povinnosti tak jako všichni ostatní spolužáci.“

Student ohluchlý nemůže přijímat informace sluchově, ale pouze vizuálně. U jedinců později ohluchlých nedochází k osvojení znakového jazyka, a tudíž jsou odkázáni na odezírání či písemný záznam (simultánní přepis). Řeč

→ Studenti se sluchovým postižením na vysoké škole



54

Obr. 54 Indukční smyčka s technologií BT

je u těchto jedinců narušena dle míry a doby ztráty sluchu, pokud byla osvojena, tak sluchovou ztrátou se projevuje spíše ztráta melodičnosti, intenzity z důvodu nulové sluchové zpětné vazby.

U studentů neslyšících si musíme uvědomit jediné, pro studenta je český jazyk dalším cizím jazykem, kterému se musí naučit, dochází k častým obtížím při čtení a psaní. Student je spíše schopen naučit se psanému projevu, mluvní projev není vyloučen ani u studentů prelingválně neslyšících, ovšem z důvodu chybějící sluchové vazby bude docházet opět ke ztrátě melodičnosti, intenzity apod.

U studentů s kochleárním implantátem záleží na době jeho zavedení, zdali byla již rozvíjena řeč či nikoli, tito studenti mohou a nemusí zvládnout techniku odezírání, aby porozuměli sdělovanému, proto je nutné hledat případně jiný komunikační systém.

Pomůcky budou obdobné jako u studenta nedoslýchavého. Tady je nutné počítat s tím, že sluchadlo i implantát jsou přístroje na baterie a mohou se tak vybit, v tu chvíli student neuslyší nic.

Porozumění sdělovanému – nelze se ptát, zdali student rozuměl, protože většinou sdělené slyší, je nutné se zeptat, čemu rozuměl, na základě čehož vyvodíte, co nezachytil. Pokud probíhá diskuse ve skupině, je vhodné kruhové uspořádání v učebně, aby student se sluchovým postižením mohl sledovat diskusi, a to tak, že na toho, kdo chce mluvit, pedagog poukáže a student se na něj může soustředit tím, že jej vidí. Pokud jsou k dispozici pomůcky pro zesílení zvuku, mělo by jich být užito, např. indukční smyčka, mikrofon.

Zásady, které bychom měli dodržet při komunikaci se studentem, který odezírá:

- dodržujte mezi sebou vzdálenost 1–2 m,
- využívejte neverbální prostředky (gesta, mimiku – usnadní porozumění), negestikulujte však před ústy, ztěžuje to odezírání,
- udržujte stejnou výškovou úroveň hlavy – lepší podmínky pro odezírání,
- zdůrazňujte klíčová slova – usnadní porozumění sdělovanému,
- vyjadřujte se jednoduše, používejte jednoduché věty, mluvejte jasně, stručně, výstižně,
- výrazněji artikulujte, ovšem nekřičte ani artikulaci nepřehánějte,
- nepoužívejte ironii,
- udělejte krátkou pauzu tam, kde je konec věty,
- udržujte stejný rytmus, tempo řeči by mělo být pomalejší,
- důležité informace vždy shrňte a zopakujte, příp. napište,
- nemluvte s plnými ústy, ať už jídla, s bonbónem, žvýkačkou,
- nepohybuje se po učebně a buďte otočeni ke studentovi,
- pokud ukazujete během přednášky nějaký obrazový materiál, je vhodné, aby měl student čas si jej prohlédnout, a pak se mohl opět soustředit na přednášejícího a vnímat obsah,

- pokud není porozuměno – opakujte ještě jednou, ale použijte jinou formulaci, vícero variant,
- komunikace může probíhat i psanou formou, např. s nedoslýchavým studentem,
- odezírání znemožňuje také plnovous zakrývající ústa, u žen vyšší hlas – ii osoby s lehkou nedoslýchavostí mají problém s porozuměním, ovšem jemné použití rtěnky nesmírně ulehčí odezírání,
- odezírání je **VELMI OBTÍŽNÉ A VYČERPÁVAJÍCÍ**.

Technické zásady, na které bychom neměli zapomenout

Ozvučení učeben, zlepšení poslechu akustickými a architektonickými úpravami prostředí, sluchadla, využití vizualizačních funkcí prezentační didaktické techniky, e-komunikace. Dále je možné využít prosociální aktivní účasti studenta se sluchovým postižením ve výuce, prostřednictvím Newton Dictate – softwaru, jenž umožňuje simultánní a spojitě diktování, simultánní přepis při diktování běžnou, plynulou řečí; použití kompenzačních pomůcek – sluchadlo, FM systém (smyčka); zajištění přístupného komunikačního kódu (např. transformace mluveného projevu do psané podoby, tlumočení do českého znakového jazyka, transformace písemného zadání do přístupného formátu).

Kde můžu ještě jako asistent vypomoci?

V rámci služeb Centra může student působit jako tzv. zapisovatel. U studentů se sluchovým postižením se provádí několikero druhů zápisů řídicích se dle situace a smlouvou.

Simultánní přepis – je určen studentům nedoslýchavým či ohluchlým, tedy spíše těm, u nichž je zachována dostatečná jazyková kompetence v českém jazyce. Pro realizaci tohoto přepisu je nutné zajištění technického vybavení (PC, notebook, dataprojektor s plátnem či tabulí, vše se odvíjí i dle závislosti počtu přítomných, jimž je text přepisován). Ideální



55a



55b



55c



55d



55e

Obr. 55a–e Další kompenzační pomůcky (požární bezdrátový alarm, signalizér mobilního telefonu, telefon s hlásičem pádu, vibrační budík, zesilovač pro mobilní telefon)

pozadí obrazovky se jeví modré s bílým bezpatkovým písmem, velikost písma se odvíjí individuálně. Pro z kvalitnější přepisu je vhodné, aby přepisovatel měl text přednášky předem, případně byl seznámen s odbornými termíny, aby při přepisu nedocházelo k chybám či prodlevám kvůli nerosrozumitelnosti daných termínů. Řečník by měl v průběhu kontrolovat, zda přepisovatel tempu stačí, neboť mluvená řeč je rychlejší nežli její převod do psané podoby, řečník by měl na základě tempa přepisovatele zpomalit. Řeč by také měla být hlasitá a srozumitelná. Opět platí pravidlo pro přepisovatele dodržení etického kodexu, nešířit materiál, neupravovat písemné informace, které byly zapsány apod. Pokud přepis trvá více než hodinu opět platí doporučení zajistit vícero přepisovatelů z důvodu dopadu únavy na přepisovatele a vyhnout se případným chybám. Pokud se během výstupu střídá několikero řečníků, je potřeba z důvodu lepší orientace studenta se sluchovým postižením, aby se vždy nový řečník představil.

Se simultánním přepisem se setkáváme zejména na konferencích, odborných workshopech apod. Méně časté jsou na přednáškách v rámci akademického roku, zde je spíše využívána forma zapisování poznámek.

Jak již bylo výše několikrát zmíněno, student se sluchovým postižením vnímá zejména zrakem, tzn. pokud sleduje přednášku, resp. to, co se děje kolem, nemůže si zapisovat (ani u forem kompenzovaných sluchadly, poté je celá pozornost věnována soustředění se zaslechnout přednes a rychle jej zapsat). V takových případech si většinou tyto studenti dělají pouze poznámky (slovo, věta, číslo), které dokáží zaznamenat i bez zrakové kontroly, avšak u delších přednesů není tato metoda účinná a ani efektivní. U studentů neslyšících, kteří využívají tlumočnicka, by navíc musel být výklad přeložen do znakového jazyka a následně by si jej student musel přeložit do českého jazyka, aby mohl zaznamenat, co bylo řečeno, během takové procesu dochází často k chybám a navíc je vyžadována plná soustředěnost, která u delších

přednášek není možná. Z tohoto důvodu je možné využít tzv. zapisovatele, o němž již byla řeč v prvních kapitolách.

Na zapisovatele jsou kladeny určité **nároky**:

- měl by se orientovat v dané problematice, oboru, v němž pořizuje poznámky (není to podmínkou),
- měl by být dostatečně znalý komunikačních technik, které preferuje student se sluchovým postižením,
- studijní poznámky by měly být zpracovány dle požadavků daného studenta, aby byly pro něj srozumitelné v následném studiu,
- rukopis by měl být čitelný (nejlépe zpracování na PC),
- předpoklady pro rychlý záznam psaní na PC.

Student by měl mít po dobu semestru či akademického roku co nejméně střídajících se asistentů z důvodu jednotného nastavení podmínek a úpravy textu, protože každý zapisovatel pracuje jinak, tak aby měl student výstupy jednotné.

Častým řešením se tedy jeví zapisování poznámek od spolužáků. Ovšem i tady se objevuje úskalí. Spolužák musí, byť i své poznámky upraví do podoby vyhovující studentovi se sluchovým postižením. Pořizování kopií těchto poznámek je činí nečitelnými a nekvalitními, přičemž po čase to spolužák již nevnímá jako profesionální službu, ale spíše kolegiální výpomoc. Využití profesionálního zapisovatele (proškolení přes Centrum pro studenty se SP) je vhodnější než spolužáka.

Vyučující, u něž je zapisovatel přítomen, by měl být informován buď zapisovatelem, nebo studentem. Stejně jako by měl být informován, že z dlouhodobého hlediska se budou v docházce střídát tito zapisovatelé, tedy že budou přítomny osoby, které vyučující nezná. Stejně jako tlumočnick, tak ani zapisovatel se žádným způsobem nezapojuje do výuky, neodpovídá na dotazy, funguje pouze na danou činnost.

Důležitost zapisovatele i přepisovatele je stěžejním, neboť student tak může plně vnímat a soustředit se zrakem na přednášejícího, případně na tlumočnicka a vnímat tak celý obsah.

VÍTE, ŽE...

- Existuje sdružení CODA – Sdružení slyšících dětí neslyšících rodičů a v ČR funguje od roku 2008?
- Roku 1924 byly zahájeny Mezinárodní hry neslyšících?
- Se sportovci se sluchovým postižením účastní tzv. deaflympiády?
- Byl v ČR založen Český svaz neslyšících sportovců?
- Ludwig van Beethoven měl problémy se sluchem?

STRUČNÉ SHRNU TÍ KAPITOLY ANEB O ČEM BYLA ŘEČ (?)

Je známo, že až 60 % veškerých informací získáváme právě sluchem. V rámci této kapitoly proto byly nejprve představeny stěžejní pojmy související s kategorií sluchového postižení (sluchový práh, sluchové pole, sluchové postižení, sluchová vada, porucha sluchu, audiometrie aj.). Současně jsme deklarovali, že **jako studenta se sluchovým postižením** můžeme označovat jedince, který je nedoslýchavý / uživatel mluveného jazyka (B1), případně neslyšící / uživatel znakového jazyka (B2).

V rámci druhé podkapitoly byla detailněji vyložena **klasifikace sluchových vad a poruch**. S přihlédnutím k **místu vzniku vady** byly charakterizovány **periferní vady** (převodní vady, percepční vady, smíšené vady sluchu) a **poruchy centrální**. V závislosti na **době vzniku sluchové vady** byla definována **vrozená a získaná sluchová postižení** (zde je nutno dále rozlišit **prelingvální, perilingvální a postlingvální sluchovou ztrátu**). Vedle toho byly sluchové vady členěny také podle **stupně sluchové ztráty**, a to na **lehké poškození sluchu** (ztráta sluchu v rozmezí 26–40 dB), **střední poškození sluchu** (ztráta 41–60 dB), **těžké poškození sluchu** (ztráta 61–80 dB)

a **velmi těžké poškození sluchu až hluchota** (sluchová ztráta 81 dB a více). Nakonec byly terminologicky ujasněny pojmy „**neslyšící**“ (tj. rozsah sluchové ztráty těchto osob se blíží 100 % a ani s největším zesílením nejsou schopny vnímat zvuk sluchem) a „**Neslyšící**“ (tedy společenství s charakteristikami typickými pro kulturní menšinu).

V další subkapitole jsme věnovali pozornost **sociálně-psychologickým aspektům sluchového postižením s akcentem položeným na specifika v oblasti kognitivního vývoje** (podnětová deprivace, omezení v oblasti vnímání řeči, obtíže v orientaci, pomalejší rozvoj logických operací, obtížné vnímání časových údajů apod.) a v **sociálním a emocionálním vývoji** (sociální nezralost, úzkosti, komunikační obtíže, naivita, snížená schopnost altruismu a empatie, pocity méněcennosti aj.). Opmenuta nebyla ani otázka správné komunikace s těmito studenty. V této souvislosti je třeba respektovat jejich právo na svobodnou volbu preferovaného způsobu komunikace, jež je ukotveno **Zákonem č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob**. V praxi to znamená, že při komunikaci se studenty se sluchovým postižením je možno využít **znakový jazyk a znakovanou češtinu, daktylní (prstovou) abecedu, odezírání, pomocné artikulační znaky či orální komunikační systém**. Stejně tak je možno se opírat o **simultánní komunikaci, bilingvní komunikaci** anebo **totální komunikaci**. Důležitou součástí celého procesu jsou kompenzační pomůcky (sluchadla, kochleární implantáty apod.), které usnadňují komunikaci osob neslyšících a intaktních. V podkapitole se také věnujeme odbornému popisu služeb, které mohou studenti se sluchovým postižením v rámci svého studia na VŠ využít (tlumočení, simultánní přepis, zápis poznámek, včetně celkové práce s textem). Obecně se situace ve školství velmi proměnila a s příchodem a vývojem nových technologií se setkáváme s technickými pomůckami, které usnadňují lepší socializaci studenta se sluchovým postižením, umožňují mu vyšší seberealizaci a zvyšují socioekonomický statut.

→ Studenti se sluchovým postižením na vysoké škole

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ ←←

- Co byste Vy osobně vnímali jako nejproblematičtější oblast života, pokud byste již od narození ztratili sluch?
- Máte osobní zkušenost s jedinci se sluchovým postižením? Pokud ano, jak ji hodnotíte?
- Jak byste se postavili k situaci, kdy by Vám byla ve škole zadána povinná společná práce na projektu či ročníkové práci se studentem se sluchovým postižením? Jak byste tuto situaci vnímali, ať už z hlediska pozitiv, anebo případných limitů?

POUŽITÁ LITERATURA

- Barvíková, J. a kol. (2015). *Katalog podpůrných opatření: Pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Bendová, P. (2011). *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada.
- ČESKO. Zákon č. 384 ze dne 23. září 2008 o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2008. Částka 124. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>
- Greenberg, M. F. (1984). *Project PATH, Habilitation and rehabilitation of Deaf adolescents*. Washington D.C.: Gallaudet College Press.
- Hádková, K. (2007). Životní situace studentů se sluchovým postižením při studiu na vysoké škole. In: Květoňová, L. *Vysokoškolské studium se zajištěním speciálně-pedagogických potřeb*. Brno: Paido.
- Hampl, I. (2013). *Surdopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Horáková, R. (2012). *Sluchové postižení: Úvod do surdopedie*. Praha: Portál.
- Hroboň, M., Jedlička, I. & Hořejší, J. (1998). *Nedoslychavost*. Praha: Makropulos.

- Hrubý, J. (1999). *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: FRPSP, Septima.
- Hrubý, J. (2010). *Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Tiché učení.
- Hudáková, A. (2008). *Prstová abeceda pro tlumočníky*. 2. opravené vydání. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka o. s.
- Jedlička, I. (2003). Sluch. In: Škodová, E., & Jedlička, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál.
- Kejklíčková, I. (2016). *Vady řeči u dětí: Návod pro praxi*. Praha: Grada.
- Krahulcová, B. (2002). *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum.
- Krahulcová, B. (2014). *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra.
- Langer, J. (2008). Komunikace s osobami se sluchovým postižením prostřednictvím znakového jazyka. In: Kolektiv autorů. *Specifika komunikace osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Langer, J. (2014). *Student se sluchovým postižením na vysoké škole*. Olomouc: UPOL.
- Lejska, V. (1995). *Kompendium ORL dětského věku*. Praha: Grada.
- Leonhardt, A. (2001). *Úvod do pedagogiky sluchovo postižených*. Bratislava: Sapientia.
- Merkunová, A. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka*. Praha: Grada.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2017). *Pravidla pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy*. Č. j.: MSMT-1404/2017-2.
- Mukšnáblová, M. (2014). *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada.
- Nováková, I. (2011). *Zdravotní nauka 2. díl*. Praha: Grada.
- Pipeková, J. (ed) (2006). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Plevová, I. & Slowik, R. (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada.
- Požár, L. K. (1999). K osobnosti dětí a mládeže s těžkým sluchovým postižením. *Speciální pedagogika*, 9(2), 1–11.
- Sinecká, J. (2007). *Neslyšící lidé a znakový jazyk v komiksově tvorbě*. In ruce.cz [cit. 2018-06-5]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/184-neslysicilide-a-znakovy-jazyk-v-komiksove-tvorbe>
- Skákalová, T. (2011). *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Slowik, J. (2007). *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Grada.
- Slowik, J. (2010). *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál.
- Slowik, J. (2016). *Speciální pedagogika. 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada.
- Souralová, E. & Langer, J. (2005). *Surdopedie: Studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: Vydavatelství UP v Olomouci.
- Souralová, E. (2007). *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Šedivá, Z. (2006). *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Obrazový materiál převzat z:

- Obr. 45 Merkunová, A. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka*. Praha: Grada.
- Obr. 47 Hennies, J. *Gehörlose und Gebärdensprache in Comics i (Teil I, II)*. *Das Zeichen*, č. 65/2003, s. 342–353; č. 66/2004, s. 50–55. In Sinecká, J. *Neslyšící lidé a znakový jazyk v komiksově tvorbě*. Digitální obrázek. 17. 3. 2007.

5/ STUDENTI SE SPECIFICKÝMI PORUCHAMI UČENÍ NA VYSOKÉ ŠKOLE

„Umět číst a psát patří s největší pravděpodobností u většiny lidí k základním atributům vzdělání. Člověk, který umí číst a psát je obecně považován za gramotného.“

___Zuzana Kaprová

PO PROSTUDOVÁNÍ TĚTO KAPITOLY BYSTE MĚLI ZNÁT:

- Základní terminologii související se specifickými poruchami učení a syndromem ADHD.
- Klasifikaci a projevy nejčastějších specifických poruch učení a ADHD.
- Charakteristiku psychického a sociálního vývoje u studentů se specifickými poruchami učení a ADHD.
- Znat specifika studentů se specifickými poruchami učení a ADHD v oblasti komunikace, včetně zásad, které je třeba uplatnit při výměně informací s nimi.
- Základní terminologii související s narušenou komunikační schopností.
- Mít povědomí o systémové podpoře těchto studentů při jejich studiu na VŠ.

Čtení a psaní patří společně s mluvenou řečí mezi základní informační kanály, skrze něž jedinec získává nové informace. Snížená schopnost naučit se číst a psát může vycházet z přítomnosti specifických poruch učení, které jsou vel-

mi často původci školního neprospěchu (Kovářová, 2015). V současnosti je o nich přitom hovořeno také v kontextu vysokoškolského vzdělávání, neboť MŠMT (2017) ve své typologii studentů se specifickými potřebami vymezuje, že **studentem se specifickou poruchou učení** se rozumí osoba, které dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, případně často souběžně se vyskytující ADHD, objektivně brání standardním způsobem plnit studijní povinnosti.

Lze říci, že po přechodu ze sekundárního do terciárního stupně vzdělávání se tyto studenti setkávají se zcela novými požadavky, které jsou na ně kladeny, a proto je třeba této problematice věnovat náležitou pozornost. Bartoňová (2012) novou životní zkušenost, již zažívají edukanti se specifickými potřebami se vstupem do prvního ročníku vysoké školy, popisuje následovně: *„Na vysoké škole jsou studenti méně v kontaktu učitel – student a studium obnáší především dlouhodobé úkoly a hodnocení až na konci semestru. Student už nemá takovou podporu rodiny a spolužáků, musí si umět sám zorganizovat čas. Navíc se liší i prostředí, ve kterém se pohybuje. Musí si zvykat na posluchárny v různých budovách, na spolubydlící a prostředí koleji. Dalším problémem, kterému čelí studenti se specifickými poruchami učení, jsou požadavky cizího jazyka. Pro mnoho z nich představuje cizí jazyk kámen úrazu, který jim brání v úspěšném dokončení studia.“*

Můžeme shrnout, že problematika specifických poruch učení generuje u těchto posluchačů terciárního vzdělávání celou řadu situací, jimž musí v průběhu studia čelit. Vzhledem k tomu, že právě ty mohou ovlivňovat jejich adaptaci, spokojenost a studijní úspěšnost ve vysokoškolském prostředí, se v rámci této kapitoly se specifickými poruchami učení seznámíme podrobněji. Zaměříme se nejenom na jejich etologii a charakteristické projevy, ale také na dopady těchto poruch na začlenění studenta do terciárního edukačního prostředí. Závěrem kapitoly budou diskutovány typické oblasti problémů při studiu na VŠ a podpůrná opatření, která

mohou být těmto jedincům v průběhu jejich vzdělávání na UTB ve Zlíně poskytována.

5.1 Vymezení základních východisek a pojmů ve vztahu ke specifickým poruchám učení

Terminologie **specifických poruch učení** (dále také SPU) není v české odborné literatuře zcela sjednocena a jasně definována. Můžeme se tak setkat s mnoha různými označeními, nejčastěji se jedná o *specifické poruchy učení* (Vitásková, 2006), *specifické vývojové poruchy učení* (Zelinková, 2003), *poruchy učení* (Zelinková, 2003) anebo *vývojové poruchy učení* (Pokorná, 2001).⁹ Označení *specifické* je přitom udáváno z důvodu odlišení těchto poruch od nespecifických, jež mohou být u daných jedinců způsobeny kupříkladu sníženým rozumovým nadáním, smyslovými vadami, nedostatečnou motivací ke školní práci, případně výchovnou či výukovou zanedbaností (Bartoňová, 2006).

Jak upozorňuje Jucovičová (2014), definic specifických poruch učení je mnoho, stále se s rozvojem vědy mění, ale některé obecné zákonitosti jsou nadále platné. Podíváme-li se na některé z nich, lze říci, že:

- Poruchy učení označují heterogenní skupinu obtíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Tyto obtíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě dysfunkcí centrální nervové soustavy (Zelinková, 2003).
- Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabytí a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání (Bartoňová, 2010).
- Poruchy učení jsou synonymem pro neschopnost či sníženou schopnost naučit se číst, psát a počítat po-

mocí běžných výukových metod za minimálně průměrné inteligence a přiměřené sociokulturní příležitosti (Jucovičová, Žáčková, 2008).

Mezi další **charakteristiky specifických poruch učení** se podle Kovářové (2015) řadí:

- Společným znakem jednotlivých poruch je **předpona dys**. V pojednáváném kontextu ji lze chápat jako nedostatek či nesprávný vývoj dovednosti. Druhá část názvu je přejata z řeckého označení té dovednosti, která je postižena (Zelinková, 2003).
- Specifické poruchy učení mají individuální charakter, proto se u každého studenta projevují osobitým způsobem a mají velkou míru variability.
- Mohou se vyskytovat s jinými typy postižení, např. smyslovým či tělesným, která však nejsou jejich přímým následkem.
- Vyskytují se obvykle v mnoha kombinacích (například dyslexie a dysortografie; dyslexie a dysgrafie; dyslexie a dyskalkulie).
- **Nesouvisí se sníženým intelektem!** Naopak se jedná o studenty s průměrnou, nadprůměrnou, popř. lehce podprůměrnou inteligencí.

Jak specifické poruchy učení vznikají?

Specifické poruchy učení mají podle Jucovičové (2014) svá specifika daná nejenom oblastí etiologie, ale také rozmanitými projevy, které je doprovází. To ostatně můžeme usuzovat i ze základních charakteristik SPU, které jsme předložili výše. Obecně však platí, že v současné době je přijímán multifaktoriální model etiologie specifických poruch učení, což znamená, že se do popředí dostává celý komplex příčin, které se mohou vzájemně kombinovat. Ve shodě s Pokornou (2001) se však podíváme na příčiny jejich vzniku z hlediska působení exogenních a endogenních faktorů.



⁹ Upřesněme ve shodě se Swierkoszovou (2013), že přívlastek „vývojové“ vystihuje povahu poruchy, k níž dítě teprve vývojem dospívá. Nejnovější literatura proto s tímto označením již nepracuje.

Ve vztahu k **exogenním faktorům přispívajícím ke vzniku SPU** je obvykle diskutována dvojice konstitučních vlivů:

- **Dysfunkce centrální nervové soustavy**, konkrétně:
 - Dědičnost a genetické dispozice – příčinou specifických poruch učení mohou být genetické vlivy, které se, jak je uváděno v literatuře, vyskytují ve 40–60 % případů. Ačkoliv nelze říci, že by se dědila přímo konkrétní porucha, je možno se shodnout na tom, že existují jisté rizikové faktory pro její vznik. Dosud však není přesně určeno, o jaké determinanty se konkrétně jedná.
 - Lehká mozková dysfunkce (LMD) – jedná se o označení pro řadu projevů jedince na bázi strukturálních změn CNS, jež se odchylují od běžné normy (Slowik, 2016). Je pro ni typický nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, nápadnosti a poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivita, nesoustředěnost, impulzivita či poruchy vnímání. LMD může dle Pokorné (2001) vzniknout vlivem prenatálního poškození (infekční nemoci matky, krvácení v těhotenství, předčasný porod, závislosti matky atd.), dále perinatálního poškození (např. mechanické poškození hlavičky, novorozenecká žloutenka, intoxikace plodu, protražovaný porod, vdechnutí plodové vody) či postnatálního poškození (nedostatek kyslíku v krvi vyvolaný střevními obtížemi nebo nedostatky v přijímání potravy, infekční onemocnění prodělané do 2 roků věku, meningitida a encefalitida).
- Odchylná organizace cerebrálních aktivit a odchylná konstelace laterality, včetně netypické dominance hemisfér – je vysledováno, že u osob s dyslexií je častější výskyt levorukosti, ambidextrie a zkřížené laterality.¹⁰

Mezi **endogenní faktory**, které sice SPU nezpůsobí, mohou však situaci zkomplikovat nebo zesílit vliv endogenních faktorů, můžeme zařadit vliv dvou socializačních činitelů:

- **Rodiny** – např. specifické postavení jedináčků, na něž mohou být kladeny nepřiměřené nároky, konflikty v rodině a na to napojená zhoršená pozornost na straně studenta se SPU.
- **Školy** – každý pedagog má svou strategii výuky a své metody, které nemusejí každému studentovi vyhovovat. Významnou úlohu mohou sehrát rovněž didaktogenní poruchy,¹¹ stejně jako samotné prostředí třídy, osvětlení, hluk aj.

Jak můžeme specifické poruchy učení klasifikovat?

Specifické poruchy učení zahrnují různorodou skupinu poruch, které se projevují, jak jsme si již řekli, obtížemi při nabývání základních vzdělávacích dovedností, tedy zejména při mluvení, čtení, psaní a počítání (Bartoňová, 2006). Není nikterak překvapivé, že každá specifická porucha učení má své typické vlastnosti a projevy. Jucovičová (2014) nicméně doplňuje, že škála těchto projevů je široká, rozmanitá a značně individuální. Neznamená to tedy, že všechny projevy, na něž budeme dále v textu odkazovat, musí být u dané specifické poruchy přítomné.

Z toho důvodu si v rámci této podkapitoly jednotlivé specifické poruchy a jejich projevy detailněji přiblížíme. Při jejich výčtu a popisu přitom budeme vycházet z předpokladu Kovářové (2015) o tom, že z hlediska oblastí, ve kterých se specifické poruchy učení výrazně projevují, můžeme stanovit jejich základní typy – **dyslexii, dysgrafií, dysortografií, dyskalkulií a dyspraxií**, o nichž ve své definici předložené na předchozích stranách referuje i samotné Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

-

→ Studenti se specifickými poruchami učení na vysoké škole



10 Laterality se podle Slowíka (2016) rozumí asymetrie párových orgánů, zejména přednostní užívání jedné z párových končetin (ruky, nohy) nebo smyslových orgánů (oka, ucha). Mezi základní typy laterality řadíme praváctví, leváctví a tzv. ambidextrii (nevyhraněnou laterality). V případě zkřížené laterality dochází k dominanci pravé ruky a levého oka. U souhlasné laterality jde pak o shodnou laterality ruky a oka.

11 O didaktogenních poruchách můžeme hovořit v případech, kdy obtíže ve čtení, psaní a počítání vznikají jako doprovodný efekt buď špatného přístupu učitele k žákovi / studentovi, nebo nevhodným výběrem, aplikací a užitím metod ve výuce počátečního čtení, psaní a počítání. Ve svých projevech navenek se přitom mohou jevit jako identické se specifickými poruchami učení (Michalová, 2000).

- **Dyslexie** (z řeckého *lexis* = čtení) – specifická porucha čtení

Jde o nejznámější specifickou poruchu učení. Jak již její název napovídá, projevuje se zejména **neschopností naučit se číst běžnou výukovou metodou**, neboť má tento student poruchu ve vyjadřování řeči, v psaní a ve čtení. Jiná definice dyslexie, již podává Jucovičová (2014), říká, že je **porušeno čtení jako vlastní akt**. Čtení tak může být pomalé, neplněné, namáhavé, s menším výskytem chyb – jde tedy o tzv. **pravoemisférové čtení**. Pokud je ale čtení **rychlé, překotné a se zvýšenou chybovostí**, můžeme hovořit o tzv. **levoemisférovém čtení**.

Mezi **typické chyby**, jichž se dyslektici dopouštějí, můžeme zařadit:

- záměny tvarově podobných písmen (např. b–d–p; a–o–e; m–n),
- přesmykování písmen a slabik (např. kluk – lkuk; lokomotiva – kolomotiva),
- vynechávky písmen, slabik a slov,
- přidávání písmen (zejména pak vkládání samohlásek do shluků souhlásek) a slabik,
- vynechávky háčků, čárek nebo jejich nesprávné použití,
- potíže s porozuměním přečtenému – texty je nutno číst opakovaně,
- v matematice může docházet k záměně či přehlédnutí znamének nebo čísel,
- potíže se zápisem a organizací poznámek,
- obtíže při nacházení vhodného stylu učení,
- obtíže s memorováním faktů – potřeba opory a názoru,
- potíže s jasnou verbální prezentací vlastních myšlenek, často v kombinaci s artikulační neobratností.
- **Dysgrafie** (z řeckého *grafein* = psát) – specifická porucha **grafického projevu**

Jedná se o poruchu psaní, která se výrazně projevuje v kvalitě i v kvantitě písemného projevu. Zelinková (2003) ve svých pracích popisuje dysgrafii jako poruchu osvojování psaní, která postihuje nejen grafickou stránku písemného projevu, ale i jeho čitelnost a úpravu. Dále můžeme říci, že písemný proces tohoto jedince je s přihlédnutím k jeho věku a inteligenčním předpokladům pomalý, vyžaduje neúměrné množství energie, což se může negativně projevit i v obsahu psaného textu (Kovářová, 2015).

Mezi další **typické chyby** a obtíže studentů-dysgrafiků můžeme považovat:

- záměnu tvarově podobných písmen (např. m–n; o–a; r–z; l–k–h) nebo číslic (**7–4; 3–5; 6–9**),
- tendence směšovat psaní a tiskací písmo,
- problémy s dodržением výšky písma,
- nesprávné držení psacích potřeb,
- nedokáží při tlaku na tempo psaní zároveň pohotově zdůvodňovat gramatické jevy a správně aplikovat pravopisná pravidla,
- přepisy písmen, škrtnání, gumování,
- obtíže při rýsování a dalších úrovních grafického projevu (např. při zpracování grafů, náčrtů, plánů, projektů, technickém psaní a kreslení),
- obtíže v oblasti kreslení jako takového,
- obtíže při psaní na stojí, notebooku nebo počítači.
- **Dysortografie** (z řeckého *orthos* = správný + *grafo* = píš) – specifická porucha **pravopisu**

Jedná se o poruchu ortografické stránky jazyka, jež se projevuje ve dvou základních oblastech: (1) ve zvýšeném výskytu specifických dysortografických chyb a (2) obtížích při osvojování a aplikaci gramatických pravidel (Kovářová, 2015). Selikowitz (2000) chápe dysortografii jako závažnou poruchu pravopisu, která je obvykle definována jako více než dvě standardní odchylky v pravopisu pod úrovní věku dítěte.

Je navíc doloženo, že až v 80 % případů je dysortografie doprovázena dyslexií (Swierkoszová, 2013).

Vzhledem k tomu, že příčiny dysortografie můžeme spatřovat v poruše sluchové percepce, mezi **typické chyby** vy sledované u dysortografiků můžeme dle Jucovičové (2014) zahrnout:

- vynechávky písmen, slabik a slov,
 - přidávání písmen, slabik nebo slov,
 - vynechávky, přidávání nebo nesprávné umístění háčků a čárek,
 - záměny hlásek zvukově podobných (např. sníh – h/ch, dub – b/p, led – d/t), záměny tzv. sykavkových hlásek (např. záměny š–č–ž; s–c–z), výskyt tzv. sykavkových asimilací (např. švestky – švešky, syčí – šičí) apod.,
 - záměny slabik zvukově podobných, přičemž nesprávné rozlišování těchto slabik ovlivňuje i určování pravopisu koncovek podstatných a přídavných jmen podle některých vzorů – druhotně je pak ovlivněn i pravopis shody podmětu a přísudku,
 - přesmykování slabik (např. kolo – loko),
 - gramatická chybovost,
 - komolení slov,
 - chybovost při opisech a přepisech,
 - pomalé osobnostní pracovní tempo,
 - absence schopnosti vyhledat a opravit chyby.
- **Dyskalkulie** (z řeckého *calculus* = kamínek, počet) – specifická porucha **matematických schopností**

Jedná se o poruchu, která se projevuje v oblasti osvojování si matematických dovedností, a to v oblasti pochopení číselného významu, manipulace s čísly, matematických operací, osvojování si matematických pojmů, ale také v geometrii (Kovářová, 2015). Můžeme rozlišovat několik **typů dyskalkulie**, které současně odrážejí charakteristické oblasti problémů, s nimiž se tyto studenti mohou při studiu potýkat (Pipeková a kol., 1998):

- **Dyskalkulie praktognostická** – narušená schopnost matematické manipulace s předměty, nebo symboly. Může se projevovat přidáváním, ubíráním množství, porovnáváním a rozkládáním počtu. Jinými slovy tento student neumí seřadit různě dlouhé předměty podle velikosti anebo rozlišit geometrické tvary.
- **Dyskalkulie verbální** – tomuto jedinci činí problémy označovat množství a počet předmětů, operačních znaků a matematických úkonů. Není schopen vyjmenovat řadu čísel od největšího k nejmenšímu, případně řadu lichých a sudých čísel. Potíže se v neposlední řadě projevují i při osvojení matematického slovníku.
- **Dyskalkulie lexická** – projevuje se neschopností ve čtení matematických symbolů (číslic, čísel a operačních symbolů). Jedinec není schopen přečíst samostatně číslice a operační znaky. Při lehčí formě má tento jedinec obtíže se čtením vícemístných čísel s nulami uprostřed nebo psanými svisle. Rovněž má tendence zaměňovat tvarově podobné číslice (např. 3 a 8; 6 a 9) a římské číslice, stejně jako špatně čte zapsané zlomky, desetinná čísla či mocniny.
- **Dyskalkulie grafická** – projevuje se jako neschopnost člověka psát matematické znaky. Kromě toho vykazuje potíže při psaní číslic, dělá mu potíže psát vícemístná čísla, případně zapomíná psát nuly. Problémy se u tohoto studenta projevují i v geometrii, kde má potíže už jen při rýsování jednoduchých obrazců. Často píše číslice zrcadlově.
- **Dyskalkulie operační** – v rámci tohoto typu dyskalkulie má daný student potíže provádět matematické operace (sčítání, odčítání, násobení a dělení). Stejně tak se dopouští záměn jednotek a desítek při sčítání, případně záměny čitatele

a jmenovatele. V neposlední řadě vykazuje potíže při osvojení násobilky.

- **Dyskalkulie ideognostická** – projevuje se primárně při chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi. Jako příklad si uveďme, že tento student umí napsat a přečíst číslo 6, ale neuvědomuje si, že 6 je totéž jako 5+1, nebo polovina z 12. Dále má obvykle potíže při řešení slovních úloh, protože neumí slovní zadání převést do systému čísel matematického vyjádření.
- **Dyspraxie** (z řeckého *praxis* = čin, jednání) je specifickou poruchou **obratnosti**

Jedná se o poruchu, jež v sobě zahrnuje nejčastěji poruchy hrubé a jemné motoriky, pohybové koordinace a specifické poruchy řeči. Stejně tak se tato porucha projevuje obtížemi v oblasti provádění a plánování volných pohybů (Kolářová, 2015). Jak uvádí dále Pipeková (2008), pro tohoto studenta bývá příznačné, že je pomalý a neobratný. Obtíže se u něj ovšem mohou projevovat taktéž při kreslení, psaní či řízených pohybových aktivitách, jež se mohou vyskytnout rovněž ve studijních plánech na vysoké škole. V některých případech se u tohoto jedince mohou projevit i potíže s mluvením či artikulační neobratnost.

5.2 Vymezení základních východisek a pojmů ve vztahu k ADHD

ADHD (z angl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) lze v nejobecnější rovině vymezit jako syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou. Někdy (a ne vždy zcela přesně) je však podle Lechty (2016) označován synonymy jako minimální mozková dysfunkce, lehká dětská encefalopatie či již zmíněná lehká mozková dysfunkce (LMD). Přesnější vymezení ADHD pak přináší Šauerová, Špačková,

Nechlebová (2013), jež uvádí, že jde o vývojové chronické postižení se silným biologickým a dědičným zatížením, v jehož důsledku se zhoršuje školní a sociální výkon jedince.

Jaké jsou příčiny vzniku ADHD?

Současná literatura uvádí, že není jednoznačně možné potvrdit přesnou příčinu vzniku ADHD. Danou skutečnost potvrzují Goetz, Uhlíková (2013, s. 69), kteří píší, že „z dosud získaných poznatků je zřejmé, že ADHD porucha je podmíněna společným působením více příčin“. Pokusíme-li se ve shodě s mnohými autory (Vágnerová, 2004; Paclt a kol., 2007; Jucovičová, Žáčková, 2010; Goetz, Uhlíková, 2013; Jucovičová, Žáčková, 2015), kteří se touto problematikou zabývají, o jejich sumarizaci, pak je možno říci, že etiologie ADHD má své kořeny v:

- **Faktoru genetickém**, který je zaznamenán až v 60 % případů. Konkrétně můžeme říci, že se hyperaktivita projevuje také u někoho z rodičů anebo prarodičů, přičemž se dědí po mužské linii.
- **Negativních vlivů patologického prostředí** v období prenatalním, perinatálním a postnatálním, což můžeme vysledovat až u 30 % jedinců s ADHD.
- V 10 % případů se jedná o nejasnou etiologii anebo o **kombinaci výše uvedených faktorů**.

Mezi další významné faktory přispívající ke vzniku ADHD můžeme zařadit narušení nebo oslabení funkcí těch oblastí mozku, které souvisí s exekutivními procesy, dále nedostatek kyslíku (tzv. hypoxie) nebo krvácení do mozku. Nelze však nezmínit ani skutečnost, že dle nejnovějších zjištění může být původcem vzniku ADHD porucha látkové výměny v mozku. Někteří autoři se však mohou klonit také k tezi, že jde o neurovývojovou poruchu, tzn. o problém vrozený nebo získaný v prvních měsících života, kdy probíhá výrávání CNS a nelze ho tedy jakkoliv ovlivnit.

Jak se ADHD projevuje?

Projevem ADHD je, jak míní Závěrková (2016), především narušená schopnost soustředit se, hyperaktivita a impulzivita. Vzhledem k tomu, že každý z těchto znaků má svá svébytná specifika, dále si je stručně vymežíme.

Nepozornost, tedy jakási nevěšimavost, případně nevědomé přehlédnutí maličkostí či větších detailů, se u studenta s ADHD může v průběhu studia na VŠ podle Drtílkové, Šerého (2007) projevovat tím, že tento jedinec:

- obtížně koncentruje pozornost,
- nedokáže udržet pozornost,
- neposlouchá,
- nedokončuje úkoly,
- vyhýbá se úkolům vyžadující mentální úsilí,
- je nepořádný, dezorganizovaný,
- ztrácí věci,
- je roztržitý,
- je zapomnětlivý.

Hyperaktivita, která může být definována jako „neklidné chování, které se projevuje přílišnou mobilitou, častou potřebou bezúčelného pohybu“ (Švamberg Šauerová, 2016, s. 28), může mít u studentů celou škálu projevů. Pro tyto posluchače vysokoškolského vzdělávání je dle Drtílkové, Šerého (2007) a Jucovičové, Žáčkové (2015) typické, že:

- nevydrží sedět na místě, což se může projevovat i tendencemi vyrušovat,
- je hlučný,
- „on the go“ (v neustálém pohybu),
- je mnohmluvný,
- vykazuje divoké vykonávání aktivit i v případech, kdy je nutné se soustředit, zpomalit a zpřesnit prováděnou činnost.

Impulzivita může být podle Žáčkové, Jucovičové (2010) definována jako okamžitá reakce na podnět, kdy zcela ab-

sentuje fáze rozmyšlení, ale rovněž jsou přítomny snížené volní, ovládací schopnosti. Příznaky impulzivity vymezují Drtílková, Šerý (2007) tak, že je tento student především:

- nezdrženlivě mnohmluvný,
- vyhrkne odpověď bez přemýšlení,
- přerušuje ostatní,
- nedokáže čekat.

Jaké druhy ADHD rozlišujeme a co je pro ně typické?

Žáčková, Jucovičová (2017) uvádějí, že syndrom ADHD tvoří podle amerického *Diagnostického statistického manuálu duševních poruch* (DSM-V) tři základní subtypy. Jedná se o:

- **ADHD s převažující poruchou pozornosti** – má 30% zastoupení v populaci. Bývá charakterizován výpadky pozornosti do takové míry, že tito studenti působí, jako by byli duchem nepřítomní. Na druhou stranu okamžitě reagují na podněty, jež upoutají jejich pozornost, avšak mnohdy zcela nevyběrově. Pro tyto studenty jsou dále typické problémy s pamětí, mohou být roztržiti a netrpěliví, stejně jako se mohou vyhýbat úkolům vyžadujícím trvalejší mentální úsilí (jejich „odkládání na poslední chvíli“). V neposlední řadě obvykle mají obtíže s plánováním aktivit a s efektivním využitím svých časových možností, což se může negativně promítnout do způsobů, jakými plní své studijní povinnosti.
- **ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou** (tzv. psychomotorickým neklidem) – projevuje se zvýšenou živostí těchto jedinců, tedy nevydrží sedět na jednom místě, neustále si hrají s různými předměty, musí mít něco v ruce (tužku, sešit, lahev na pití aj.), stejně jako rychle a bez rozmyslu reagují. S ohledem na impulzivitu tohoto studenta vzniká nejenom riziko narušování práce v průběhu přednášek, seminářů a cvičení, ale také vzniku úrazů.
- **Kombinovaný (smíšený) typ představující kombinaci dvou výše zmíněných subtypů.**

5.3 Sociálně-psychologické aspekty SPU a ADHD

V odborné literatuře se můžeme setkat s konstatováním, že dopady specifických poruch učení je třeba hledat nejen v oblasti učení, ale také psychosociálním postavení těchto jedinců. Kovářová (2015) v této souvislosti píše, že problémy s učением vyplývající ze SPU se odrážejí do chování tohoto studenta a do pochopení sebe sama, které však neopravení z jeho osobnosti ani z nevhodného působení rodiny. Jedná se totiž o tzv. **sekundární obraz specifických poruch učení**. Určitými sociálně-psychologickými specifiky se pochopitelně mohou vyznačovat i studenti s ADHD, a to zejména vlivem základních projevů zmíněného syndromu. Tyto obtíže v oblasti chování a seberegulace pak mohou ztěžovat jejich začlenění mezi spolužáky, ale také komunikaci s ostatními aktéry terciárního vzdělávání. Proto se na tuto problematiku nyní podíváme detailněji.

Jaké jsou psychologické dopady SPU?

Bartoňová (2004) v kontextu sociálně-psychologických dopadů SPU píše, že k těmto poruchám se vztahují určité typické projevy chování, stejně jako obtíže v sociální a emocionální sféře. Jak dále autorka doplňuje, sekundárně se u těchto studentů mohou vyskytnout poruchy chování, jež můžeme ve shodě s Kovářovou (2015) klasifikovat následujícím způsobem:

- **Únikové reakce**, kdy se student snaží vyhnout neúspěchu tím, že využívá nejružnějších výmluv anebo neplní stanovené úkoly v požadovaných termínech. Zejména v mladším věku může u těchto jedinců docházet k záškoláctví, které nepříznivou situaci ještě více násobí.
- **Kompenzační chování**, které se může projevovat snahou upoutat na sebe pozornost jakýmkoli prostředky.

Toto chování často plyne z jedincova pocitu méněcennosti, které se touto cestou snaží zastít.

- **Agresivní chování** vyplývající z negativního vztahu ke škole. Ten je přitom obvykle dán studijními neúspěchy, a proto může být agresivní chování namířeno k výsledkům vlastní práce, s nimiž není daný student spokojen.
- **Psychosomatické potíže**, jež souvisí jednak s dlouhodobým studijním neúspěchem, ale také s osobnostními charakteristikami studenta se specifickými poruchami učení.

Zelinková (2003) ovšem možné příčiny problematického chování u těchto studentů dává do souvislosti s možným **nepříznivým hodnocením ze strany učitelů i nedůvěrou rodičů**, což může generovat negativní vztah těchto jedinců ke škole a vzdělávání jako takovému, přičemž výjimkou nejsou ani školní fobie a na ně napojené psychosomatické obtíže. Jindy se v literatuře můžeme setkat s tvrzením, že poruchy chování mohou být u posluchačů se specifickými poruchami učení zapříčiněny častým školním neúspěchem, pocitem frustrace a méněcennosti.

Stejně tak však u nich můžeme vysledovat **úzkosti, agresivitu a hněv**, jež mohou být orientovány vůči sobě samému, ale i vůči druhým (Bartoňová, 2010). Tyto předpoklady jsou ostatně stvrzeny i výzkumy Matějčka, Vágenerové (2006), které se zaměřovaly na sebehodnocení jedinců s dyslexií. Ti dle získaných zjištění hodnotí svoji osobnost hůře než jedinci intaktní. Mladší děti dokonce poukazují na nadprůměrnou **hostilitu** (nepřátelské či agresivní chování vůči druhým lidem) a agresivitu, stejně jako na závislost na ostatních lidech. Jedinci se SPU je v neposlední řadě negativně hodnocena jejich vysoká **emoční labilita**, stejně jako plnění studijních požadavků, které jsou na ně ve škole kladeny. Neméně důležité jsou i postoje okolí k těmto jedincům, jež mohou vést k pocitům méněcennosti.

Jaké jsou psychologické dopady ADHD, včetně jeho vlivu na proces učení?

Podobně i u studentů s ADHD se z hlediska sociálně-psychologického můžeme setkat s citovou nestabilitou, kdy se pro něco dokáží velmi rychle nadchnout, ale jejich zájem o danou věc či člověka stejně rychle upadá. V jednu chvíli se mohou smát, za chvíli zase smutnit či plakat. Tuto citovou nevyzrálост přitom může vyvolat i slabý podnět. Jde tedy o nízkou odolnost vůči zátěži (tzv. **nízkou frustrační toleranci**). Výjimkou však u nich nemusí být ani inklinace k depresím, přílišná spontánnost či obtíže při komunikaci s druhými lidmi. V těchto situacích totiž mohou vykazovat tendence skákat komunikačnímu partnerovi do řeči, ihned odpovídat na otázku, která ještě nebyla plně vznesena, případně – zcela v konfrontaci s výše řečeným – můžou budit dojem, že neposlouchají.

Co se týče dopadů ADHD na samotný proces učení, mezi typické výukové problémy můžeme u těchto jedinců zařadit **zvýšenou zapomnětlivost** a na to napojené **problémy s dlouhodobou i krátkodobou pamětí**, dále **obtíže s orientací** (prostorovou orientací, pravolevou orientací i orientací v čase), **obtíže v písemném projevu** (pokrývající znaky dysgrafie), **ulpívavé myšlení** (tzv. perseverace), narušenou vnitřní řeč či zhoršenou adaptaci na studijní požadavky.

Jaké jsou sociální aspekty SPU a ADHD?¹²

Selikowitz (2000) označuje jedince se specifickými poruchami učení jako „**sociálně hluché**“. To znamená, že dané osoby nemají dostatečný vzhled do toho, jak jsou vnímány druhými lidmi. I v tomto případě nicméně platí, že určující vliv na sociální začleňování těchto studentů mají postoje k sobě samým, které jsou determinovány nejenom přístupem okolí k jejich osobě, ale i zvláštnostmi vývoje osobnosti, jež jsou obvykle napojeny na samotnou poruchu. Zmíněnou skutečnost potvrzuje i Kovářová (2015), která píše, že přede-

vším v období dospívání je pro člověka se SPU důležité hodnocení vrstevníků, stejně jako začlenění do této referenční skupiny. Mohou u nich **narůstat problémy spojené s dlouhotrvajícími neúspěchy**, jež se mohou projevit stažením do sebe nebo odmítáním dalšího vzdělávání. Jak dále doplňuje Bartoňová (2010), na svůj neúspěch potom obvykle reagují smutkem, pláčem či strachem. Z toho důvodu potřebují od svého sociálního okolí dostatečnou podporu a povzbuzení (Bartoňová, 2010).

Určité sociální problémy jsou detekovány zejména u dyslektiků, ve vztahu k nimž je poukazováno například na jejich **sociální nevyzrálост** a s tím úzce spojené neadekvátní chování v sociálních situacích, dále obtíže ve vyjadřování promítající se do oblasti komunikace či **problémy v sociálním učení**, v rámci nichž se tyto studenti **nedokáží poučit ze svých chyb** (Bartoňová, 2010). Hájková, Strnadová (2010) upozorňují ještě na další významné sociální dopady specifických poruch učení, a to na riziko vzniku sociální izolace, **zlomyslného škádlení, psychických i verbálních výhrůžek nebo tzv. viktimizace**. Jak tedy shrnuje Pokorná (1997), jak studenti se SPU, tak i s ADHD mohou být konfrontováni s posměchem, což u nich může způsobovat neurozy, ale i pocity ohrožení a tendence strhávat na sebe pozornost.

V dospělosti se pak u jedinců s ADHD mohou do jejich sociálních vztahů negativním způsobem promítat nejenom základní znaky a projevy tohoto syndromu (tj. impulzivita a temperament), ale také **nedostatek interpersonální citlivosti** (a s tím spojená snížená schopnost naslouchat komunikačnímu partnerovi), sklon zaobírat se výhradně vlastními myšlenkami, měnit témata a neodpovídat na kladené otázky (Wender, 2001). Do formování jejich vztahů s vrstevníky však může negativním způsobem vstupovat i fakt, že se tyto studenti často staví do opozice, snadněji se rozzlobí a taktéž vyvolávají hádky, jež nejsou schopni konstruktivně řešit (Cahová, Pejšochová, Ošlejšková, 2010). V neposlední řadě je třeba zmínit, že v jejich chování můžeme někdy



¹² Vzhledem k tomu, že se dopady specifických poruch učení a ADHD na psychický a sociální vývoj jedince mnohdy překrývají, shrneme podstatu dané problematiky v rámci jednoho textového celku.

zaznamenat **agresivní tendence**, včetně verbálního anebo fyzického násilí, které může vyústit až v jejich sociální izolaci. Můžeme tedy shrnout, jak uvádí Wender (2001), že těmto jedincům v sociálních interakcích **schází tzv. jemné interpersonální dovednosti**, které by mohly změnit jejich jinak dysfunkční chování.

5.4 Zásady komunikace se studenty se specifickými poruchami učení a ADHD

Se sociálními interakcemi studentů se SPU či ADHD je velmi úzce spojena oblast komunikace. Ačkoliv Smečková (2014) upozorňuje, že při komunikaci s lidmi se zrakovým, sluchovým či mentálním postižením musíme respektovat jisté zásady proto, aby byla výměna informací pro všechny zúčastněné efektivní, komunikace s lidmi se specifickými poruchami učení se až tolik neliší od komunikace s lidmi intaktními. I navzdory výše řečenému je však třeba zohlednit, že výzkumy prokázaly, že u jedinců se specifickou poruchou učení jsou jejich interakce problematičtější co do rozsahu, povahy i účinnosti.

Obtíže u studentů se SPU se vyskytují zejména ve spojitosti s psaným projevem (e-mailová korespondence apod.), případně v komunikaci během výuky, kdy mohou mít problém formulovat správně myšlenku, vyjádřit se, rychle přechází od jednoho tématu ke druhému a vrací se. Stěžejní je motivace, povzbuzení studenta a ochota vyjít vstříc při výrazných obtížích. Pro tyto studenty je obtížné sledovat dlouhou přednášku a k tomu si zapisovat podstatné informace, doporučuje se proto využití během přednášek tzv. multisenzoriálního přístupu, který je přínosný pro všechny studenty. Záleží také na stylu učení, využití moderních technologií aj.

Co se týče studentů s ADHD, v tomto případě je třeba reflektovat, že tito jedinci se obvykle potýkají s různými druhy a stupni poruch řeči. Může se jednat například o poruchy

výslovnosti v podobě **dyslalie** – patlavosti (často jde o obtíže s výslovností sykavek nebo hlásek „r“, „ř“ apod.). Tím, že člověk hlásky špatně vyslovuje, a tudíž i špatně čte, se může stát, že je píše stejným způsobem, jako je vyslovuje (např. r-l; c-č apod.). Tyto obtíže se přitom jako dominantní ukazují zejména při zpracování seminárních a jiných písemných prací. Pro dané studenty rovněž platí, že mohou být **komunikačně neobratní**, a to i při výslovnosti cizích slov a terminologie, která je nedílnou součástí studia na vysoké škole. Vedle toho však mohou mít omezenou slovní zásobu, jejich řeč může být obsahově chudá, v důsledku čehož mohou směřovat k stručným odpovědím typu „ano“ x „ne“ (Jucovičová, Žáčková, 2015).

Jak správně komunikovat se studenty se SPU a ADHD?

Jak již bylo řečeno, jednotlivé typy SPU se velmi často vzájemně kombinují, případně mohou vznikat v kombinaci se syndromem ADHD. Od toho by se tedy měl odvíjet také přístup při komunikaci s tímto studentem, v rámci nějž je primárně třeba **oprotit se od předpokladu, že jsou tito studenti líní či dokonce hloupí – velmi často totiž disponují nadprůměrnou inteligencí**. Zásady komunikace se studenty se specifickými poruchami učení sumarizuje ve své práci kupříkladu Slowík (2010), který doporučuje dbát na následující:

- Dát jim potřebný čas pro vyjádření nebo pro přečtení či napsání textu (formuláře), vyplnění formuláře.
- Mohou se u nich v písemném projevu objevovat gramatické chyby, na které je možno taktně upozornit.
- Poskytnout jim, pokud možno, klidné prostředí, ve kterém bude co nejnižší množství rušivých podnětů, které by narušovaly jejich koncentraci pozornosti.
- Dle aktuální situace je možné využít taktilní (dotykovou) komunikaci.

- Zejména u studentů se SPU je vhodné využívat tištěné texty, které budou strukturovány a značně přehledné, a to především v případech, kdy:
 - budou obsahovat jasné, stručné a jednoznačné informace (např. i s rozepsáním jednotlivých kroků postupu),
 - budou přehledně členěny do odstavců, kapitol,
 - budou se v nich méně často objevovat cizí slova,
 - budou mít vhodný formát (dobře čitelný typ písma s přiměřenou velikostí, nepříliš hustým řádkováním). Může být využito i barevné podtržení nejdůležitějších informací,
 - mohou obsahovat i obrázky či grafy, ale ani ty by neměly narušit strukturovanost a přehlednost textu. Vhodné mohou být i ukázky vyplněných formulářů.

Zelinková (2003) doplňuje, že v případě, že se dostaneme do interakce a komunikace se studentem se SPU v edukačním procesu, je vhodné mít na zřeteli následující skutečnosti a doporučení:

- Zadat úkoly raději kratší a pro studenta zvládnutelné, hovořit s ním o možné obtížnosti a o tom, co sám považuje za splnitelné.
- Vést studenta k automatizaci úkonů pomáhajících mu kompenzovat poruchu, tj. používání magnetofonu, barevného zvýraznění pojmů apod.
- Respektovat studentovo pomalejší tempo.
- Psát čitelným písmem.
- Pro lepší orientaci v textu používat zvýrazňovače.
- Zpětná vazba musí navazovat bezprostředně na studentovu odpověď.
- Učit studenta myslet nahlas.
- Pomoci studentovi osvojit si dovednost poučit se z vlastních chyb.

Při práci a **komunikaci se studenty s ADHD** je dle Jucovičové, Žáčkové (2015) a Škrdlíkové (2015) vhodné postupovat

následujícím způsobem:

- Nutno zohlednit poruchy řeči a s tím spojenou nepozornost tak, aby nedocházelo k obsahovým nejasnostem.
- Důležité informace opakovat vícekrát.
- Užívání nonverbálních technik komunikace (dotyky jako zdroj vyjadřování pocitů a postojů vůči danému studentovi).
- Jasná a stručná komunikace, včetně ověření porozumění řečenému.
- V rámci efektivní komunikace **neprojevovat** netoleranci, neužívat příkazy, zákazy, nátlak, naléhání, vyhrožování.
- Vyhnout se hodnocení, souzení těchto studentů.
- Projevit empatii, citlivost a trpělivost při komunikaci se studenty s ADHD.

5.5 Narušená komunikační schopnost (NKS)

Jak již bylo výše zmíněno, u studentů s poruchami učení se mohou objevit další příčiny způsobující poruchy řeči. Komunikační schopnosti jsou primárně spjaty s oblastí logopedie, ale některé z obtíží mohou přetrvávat až do dospělosti a tudíž se s nimi můžeme setkat právě v souvislosti se studenty na vysoké škole. Komunikační schopnost je narušena tehdy, když některá rovina jazykových prostředků jedince působí negativně směrem ke komunikačnímu záměru (Klenková, 2006). Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfológickou, lexikální, pragmatickou rovinu, příp. o (non)verbální mluvenou, grafickou formu komunikace, její receptivní a expresivní složku. Jak podotýká Slowík (2016), narušená komunikační schopnost se netýká pouze mluvené řeči, ale zahrnuje také její grafickou formu, nonverbální prostředky a netradiční komunikační kanály. Etiologicky je NKS způsobena nezralostí, resp. opožděným vývojem jedince, organickým poškozením CNS, psychickými faktory a vlivem rodinného prostředí, poškozením mluvidel (zejm. u rozštěpových vad) anebo také jako důsledek

sluchového či jiného postižení, kdy hovoříme o tzv. symptomatických poruchách řeči.

Narušená komunikační schopnost zasahuje tedy jak složku produkce, tj. vyjadřování, tak recepcce, tj. rozumění řeči. Nyní si vymežíme, jak se jednotlivé projevy praktickým způsobem odráží v daných rovinách (Lechta, 1990, in Vitásková, Mlčáková, 2014, s. 7–8):

- *foneticko-fonologická rovina* – zahrnuje artikulaci a fonologické zpracování řeči, vnímání tzv. rozlišujících rysů hlásek, které mohou mít velký význam pro správné vnímání podobně znějících hlásek či slov. Student může např. vnímat jinak délku hlásek (pas – pás), chybovat ve vnímání rozdílu mezi měkkými a tvrdými hláskami (tyká – tiká), přičemž v případě nesprávného vnímání či záměny skupin hlásek může naprosto změnit jejich význam.
 - *morfologicko-syntaktická rovina* – při narušení student může mít obtíže s vnímáním a adekvátním používáním gramatických vazeb a větné skladby, např. pořadí slov ve větě „*Přednášku nejspíše dostavím.*“ nebo se může vyskytovat vícero gramatických chyb, mohou se projevovat chyby ve shodě podmětu s přísudkem apod.
 - *lexikálně-sémantická rovina* – student má menší slovní zásobu, obtíže s adekvátním chápáním slovního významu apod. Dané projevy se mohou vyskytovat u dysfázie nebo také např. u osob nevidomých, neslyšících nebo s těžkým zrakovým či sluchovým postižením, které si dostatečně nepřičítají jednotlivé slovní pojmy, které začaly vyslovovat, k jejich významu či funkci v komunikaci (obtíže mohou být také se správným chápáním významu příslovců, ukazovacích zájmen apod.). Podobné obtíže mohou mít také osoby s PAS, které mohou slova vyslovovat relativně precizně, ale jejich význam adekvátně nechápou nebo ho zaměňují. Často se v této souvislosti může objevit tento problém jako tzv. verbalismus.
- *pragmatická rovina* – ta zasahuje primárně praktické, sociální uplatnění komunikace v běžném životě a situacích, které souvisí nejen s komunikačními kompetencemi, ale také s vnímáním sebe sama v konkrétní roli, kterou zastává student v komunikaci z pohledu časového, regionálního a hierarchického, tedy zdali je v dané chvíli na pozici mluvčího (či v roli hlavního mluvčího pro písemnou komunikaci) nebo v roli posluchače (či čtenáře psané komunikace). Toto narušení se nejvíce objevuje u studentů s PAS, osob s poruchami pozornosti a aktivity nebo u osoby s narušenou komunikací vzniklou v důsledku negativních sociálněpatologických jevů.

V rámci klasifikace vymezuje Slowík (2010) následující skupiny NKS:

A) Centrální vady a poruchy

- Vývojová dysfázie
- Afázie
- Breptavost
- Koktavost (balbuties)

B) Neurotické vady a poruchy

- Mutismus
- Elektivní mutismus
- Surdomutismus

C) Vady mluvidel

- Huhňavost (rinolalie)
- Palatolálie

D) Poruchy artikulace

- Dyslálie
- Dysartrie

E) Poruchy hlasu

- Chraptivost (dysfonie)
- Mutace

V následujících řádcích si vymezíme některé z nich, které se mohou týkat studentů na vysoké škole.

BALBUTIES (kocktavost) – jedná se o narušení plynulosti řeči, hlavně její dynamiky. Syndrom komplexního narušení koordinace orgánů účastnících se na mluvení (Bendová, 2011) postihuje 1,5 – 4 % populace.

Peutelschmiedová (1994, in Vitásková, Mlčáková, 2014, s. 20) vymezuje zásady, jak komunikovat s osobou, která má balbuties:

- Nedoplníš slova za balbutika, nenapovídej slova. Zhoršuješ tak situaci. Možná chce říci i něco jiného, než se domníváš.
- Udržuj přirozený zrakový kontakt, dáváš tím najevo svůj zájem, neubližuješ soucitem.
- Vyčkej, až balbutik řekne vše, co měl na mysli. Snaž se neupadat do rozpaků.
- Nevyvolávej pocit časové tísně. Zdůrazňuj zájem o to, co říká, ne jak to říká.
- Kontroluj vlastní řeč. Mluv pomalu, ale přirozeně.
- Nedávej dobře míněné rady: „Nadechni se.“, „Uvolni se.“, „Ještě jednou.“. Čím více se balbutik zaměří na vlastní mluvní projev, tím hůře mluví. Může způsobit blokádu jeho řeči.
- Respektuj osobnost člověka s kocktavostí.

Jak vypověděl jeden ze studentů, „*lépe se mi mluví, když ten, s kým komunikuji, se na mě dívá a vyčká, až řeknu to, co chci. Ačkoli sám mám problémy s očním kontaktem, protože se bojím posměchu či nějakých úšklebků, často si najdu v okolí nějaký bod a na ten se zaměřím. Co tedy odmítám je telefonní kontakt, protože se mi stalo už mnohokrát, že druhá strana zavěsí, neboť nemá potuchy, že mám dané problémy*“.

BREPTAVOST je nespecifická různorodá porucha projevující se od raného dětství a přetrvávající min. do období dospívání. Stěžejní je odlišení kocktavosti od breptavosti. Jednotlivé symptomy se projevují následovně (Klenková, 2006):

- Deformace obsahu: odbočení od tématu, ztráta dějové linie, vynechání podstatných informací.
- Deformace formy: nadměrně dlouhé věty, dysgramatismus, přeházení.
- Deformace substance: chybný přízvuk, zrychlené nebo arytmičné tempo řeči, opakování části výpovědi, monotónní výpověď.

Terapie má individuální rozměr, nutná je důkladná diagnostika a popis narušení. V praxi se osvědčily některé z následujících technik (Vitásková, Mlčáková, 2014):

- Zpomalit vlastní tempo řeči s lehkým prodloužením samohlásek tak, aby promluva byla přirozená.
- Práce s hlasem (pauzy, tón hlasu).
- Udržovat zrakový kontakt s daným studentem.
- Aktivně studentovi naslouchat, dát mu dostatek času na dokončení promluvy.
- Snažit se řečenému napoprvé porozumět, případně reprodukovat sdělené, abychom dali najevo, že jsme porozuměli – uplatňujeme případně tzv. empatické parafrázování: „*Pokud tomu dobře rozumím, termín zkoušky vám vyhovuje.*“.
- Vytvořit klidnou atmosféru.
- V případě, kdy student domluví, ještě chvíli počkáme, než odpovíme – může se stát, že nám student něco chce dodat.
- Klademe otevřené a uzavřené otázky. Otevřená otázka nabízí možnost zamyslet se, odpověď je zpravidla delší např. „*Jaké pocity to ve vás vyvolává?*“.
- Můžeme použít i oceňující výroky „*Klára, závěrečná práce z praxe se vám nadmíru povedla.*“.

PALATOLÁLIE - jeden z nejtěžších a nejnápadnějších druhů NKS (Bytešnicková, 2012). Její primární příčinou je rozštěp patra, přičemž jednotlivé symptomy se projevují v poruchách rezonance, artikulace a srozumitelnosti řeči, poruše hlasu, narušeným vývojem řeči atd.

Cílem komplexní péče je minimalizace vrozených anomálií a jejich následků s přihlédnutím k sociální integraci.

RINOLALIE (HUHŇAVOST) - patologicky změněná nosovost (snížena - hyponazalita nebo zvýšena - hypernazalita), na základě níž jsou deformovány zvuky artikulovaných hlásek (Bytešnicková, 2012) a dochází tak k narušení zvuku řeči. Máme několik typů: zavřená huhňavost – patologicky snížená nosní rezonance; otevřená huhňavost – patologicky zvýšená nosovost a smíšená huhňavost – kombinace výše uvedených typů rinolalie v různém poměru.

DYSLÁLIE (PATLAVOST) - nejrozšířenější porucha komunikační schopnosti. Jedná se o poruchu artikulace, neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupinu hlásek v procesu komunikace dle pravidel daného jazyka (Vítková, 2004). Častěji se vyskytuje u chlapců (60 : 40 %). Z hlediska etiologie má vliv dědičnost, prostředí či organická podmíněnost.

U studentů s touto NKS může sledovat jednotlivé projevy, kdy se může jednat o vadné tvoření r a ř, tzv. rotacismy; vadné l, případně drobné odchylky ve výslovnosti této hlásky, které mohou být podmíněny oblastí bydliště a nářečím. Nezanedbatelnou skupinu hlásek, v jejichž výslovnosti můžeme zaznamenat odchylky, jsou sykavky s, z, š, ž a polosykavky č a ě. Nepřesnosti můžeme postřehnout i ve výslovnosti znělých párových hlásek b, v, d, z, ž, đ, k a h oslabením jejich znělosti (Vitásková, Mlčáková, 2014).

DYSARTRIE - porucha mluvy, která je způsobena vadnou koordinací mluvicího procesu na základě organického poškození (Kejklíčková, 2016). Dysartrie postihuje všechny složky artikulace – respiraci (dýchání), fonaci (tvorbu hlasu), rezonanci (znělost hlasu v nadhrtanových dutinách) i artikulaci (vyslovování). Dochází zde také k omezení hybnosti jazyka, rtů, dolní čelisti, problémům s mimikou obličej apod. Vzniká na bázi poškození CNS (při MO, po úrazech

hlavy apod.). Pokud je narušeno pouze vyslovování, bez poškození centrální nervové soustavy, hovoříme o dyslálii neboli patlavosti (Vitásková, Mlčáková, 2014).

5.6 Bariéry jako součást života aneb Systémová podpora vysoké školy

Do dospělosti přetrvává zhruba 70 % případů SPU, u lehčích forem, které se vyskytnou na základní škole, řada těchto problémů zmizí. Pak jsou jedinci, kteří se snaží problémy určitým způsobem kompenzovat, a přestože problémy přetrvávají, tyto jedinci mají již svůj systém a kompenzují problémy (PC, zavedení efektivního způsobu práce s textem apod.). A pak jsou osoby, které se celoživotně potýkají s překážkami a jejich problémy nejsou nijak kompenzovány. U nich se projevují problémy i v oblasti sociální (Barťoňová, 2004).

Student na vysokou školu přichází se zcela jinými očekáváními, je to škola, kterou si obvykle na základě vlastní vůle vybral, má již nějaké zkušenosti se vzděláváním a také určité návyky. Studium na VŠ je však specifické v organizaci výuky, v nižší míře přímého kontaktu mezi přednášejícími a studenty, v zadávání dlouhodobých projektů, úkolů, které jsou povahy spíše písemné. Student se také setkává s jednorázovým zkoušením po určité časové etapě, kdy jsou v obsáhlém měřítku ověřovány znalosti nabyté za daný semestr, a v neposlední řadě je konfrontován s vyšší náročností na zvládnutí cizího jazyka. Studenti se SPU, kteří nemají osvojeny žádné kompenzační strategie, se tímto způsobem dostávají do komplikací. U dospělého, u něž nedošlo k dostatečné kompenzaci, slouží k pomoci služby Centra pro studenty se specifickými potřebami. Kromě diagnostiky, kterou Centrum provádí a je schopno tak stanovit míru a rozsah dané poruchy, může studentovi pomoci v mnoha ohledech, např. programy, na nichž se student naučí takové systematické práci, aby si osvojil nároky studia na VŠ.

Potíže se vyskytují v oblasti čtení, kdy rychlost je obecně poměrně dobrá, ale objevují se poruchy porozumění čtenému. Student si musí několikrát přečíst text, aby mu porozuměl, mohou se vyskytovat gramatické chyby či ostych z hlasitého čtení (přednáška, prezentace, konference). Mezi základní doporučení patří metody čtení se záložkou. V každém odstavci je nutno se zaměřit na nejdůležitější myšlenky, pokud něčemu není porozuměno, je vhodné se vrátit zpět na místo, kterému student rozuměl. Obtížná je také orientace v textu. Doporučení spočívá ve zvýraznění textu fixami, poslech elektronických knih, či možnost zapůjčení předčítacího softwaru, např. ClaroRead, který je v Centru k dispozici. S vyučujícími pak individuálně Centrum nastavuje potřebná podpůrná opatření.

Student si také musí umět dobře členit text, stejně jako si zaznamenávat správně zápisky apod., je možno využít spolupráci se zapisovatelem. Psaný projev může být u některých studentů méně čitelný, gramatické chyby, tempo psaní je nižší. Studentům je doporučován zápis na PC (u dysgrafií je pak vykazováno pomalé tempo a písmo je nečitelné), vytvoření jednoduchého systému pro orientaci v zápisech (barevné rozlišení, velikost písma, odrážky). Doporučení také na korektury, či nastavení oprav v PC (pokročilejší verze, výběr vhodného softwaru např. Evernote, Springpad), u závěrečných prací pak korekturu od korektora. U dysgrafií se vyhýbáme překreslování, které může být nepřesné, zápis nových terminologických pojmů, cizích slov může být nepřesný s gramatickými chybami. Můžeme využít tzv. OCR systémy, což je technologie, která skenuje tištěný materiál (např. skripta) do počítače a převádí ho na elektronický text, což pak pomáhá studentovi při čtení různými speciálními softwary. Digitální forma je pro dyslektiky vhodnější, neboť umožňuje vidět čtené softwarem. Opačnou variantou je využití softwaru Speech-to-text, tedy převaděč hlasového projevu na zvukovém záznamu do psané podoby v textovém editoru. Z důvodu co nejpřesnějšího zápisu je nutné, aby

software byl co nejvíce „zvyklý“ na hlas uživatele (vždy je nutné zvážit individuální podmínky).

Pedagogové se mohou setkat s nutností modifikovat studijní materiály pro tyto studenty. I tento proces má svá specifika. Vždy musíme mít na paměti důležitost strukturalizace textu. Vhodné je užití klíčových slov, při nichž stručnou formou zároveň jednotlivé termíny definujeme, což umožní studentovi se lépe zorientovat. Dále se určitě nevyhýbáme užití barevného pozadí, jako ideální se jeví kombinace modrého písma na světle modrém pozadí, ale lze užít i modré či černé písmo na žlutém pozadí. Při volbě písma preferujeme bezpatkové (Arial, Verdana) zarovnané doleva z důvodu lepší pravolevé orientace, která je obvykle narušena. Jak již bylo uvedeno výše v zásadách, jak strukturovat text, při zápisích je preferováno členění textu do odstavců, z důvodu optického přehledu. Vhodné je i úvodní slovo do kapitoly, které vždy studentovi napoví, o čem daný text bude pojednávat. V případě, že se v textu odkazujeme na důležitou informaci, která byla již v textu řečena v některé z předchozích částí, pokusíme se pomoci studentovi v orientaci tím, že na tuto informaci odkážeme a uvedeme konkrétní stránku, na níž informaci najde, nebo informaci krátce zopakujeme, aby si uvědomil, že se nejedná o novou informaci, ale již se vyskytuje v daném textu. V závěru bychom vždy měli uvést celkové shrnutí, stručně a přehledně, pokud se jedná o studijní text, za závěr umísťujeme kontrolní otázky a úkoly, které studentovi pomohou zorientovat se v tom, co bylo pro danou část nejdůležitější a je potřeba si zapamatovat.

U studentů se mohou vyskytnout nespecifické příznaky, jako jsou např. poruchy paměti, např. zapamatování právě sděleného, které je nutné uchovat v pracovní paměti, udržení myšlenek při verbálním projevu, tzn. poslech a zápis zároveň (obtíže např. napsat si instrukci při telefonním hovoru apod.).

Studenti se v rámci svých studií setkávají také s nutností prezentačních dovedností, které je potřeba zvládnout.

Důležitou roli hraje také předem napsaný scénář, pomocný obrazový materiál, powerpointové prezentace, průběžná příprava apod. U některých je ústní forma problémovou, dochází ke komolení slov, ke „hledání slov“, často jsou termíny nepřesné či neadekvátní, je tam narušena lexikální stránka jazyka. Potíže se objevují v časoprostorové orientaci, zde je důležitá práce na rozčlenění přípravy až do doby zkouškového období, plnění dílčích úkolů apod.

Forma podpory ze strany Centra je u každého studenta individuální. Existují dva typy studentů, kdy se SPU stávají problémem, první typ studentů se za svou poruchu stydí a nepřihlásí se, aby nebyl centrem pozornosti, bojí se reakce okolí, přihlásí se v momentě, kdy má výrazný problém, nejčastěji se jedná o neúspěch na zkoušce z cizího jazyka. U něj se pro výuku doporučuje opět zapojení více smyslů a nezkládat výuku pouze na poslechu, využití obrazového materiálu, zapojit i zážitkovou metodu při výuce (platí zejména jako doporučení pro pedagogy), nejen aplikaci frontální výuky.

Druhý typ studentů jsou ti, kteří požadují služby z důvodu SPU, ale kteří těmito poruchami „netrpí“. Proto je vždy potřeba diagnostika, aby se oddělily pouhé obtíže v učení od specifických poruch učení. Navzdory výše uvedenému však i tito studenti se SPU dosahují vynikajících výsledků a uplatňují se i v akademické sféře, tajemství však tkví v osvojení si vhodných kompenzačních strategií, jež může pomoci právě při studiu na VŠ.

O zkušenosti s poruchami učení hovoří jeden ze studentů UTB ve Zlíně: „Jsem dyslektik, nikdy jsem to ale naštěstí nevnímal, že mě tato porucha nějak více limituje, na základní škole jsem navštěvoval poradnu a vyučující byli ve větší míře vstřícní a akceptovali nastavení, která jsem měl doporučená. Na střední škole jsem vše zvládal tak nějak standardně, změna přišla až s příchodem na VŠ. Tím, že potřebuji dvojnásobný čas na to, abych obsáhl stejné kvantum učiva jako mí spolužáci, představoval pro mě tento systém velký problém. Rozvrh

celý den, přednášky střídající se semináři a cvičeními, nutnost číst spoustu odborných knih a učit se samostudiem. Najednou toho bylo moc. Trvá mi velmi dlouho než pochopím obsah textu, musím si jej i několikrát přečíst, musím si dělat výpisky, neznámou terminologii si nově osvojuvat apod. Nakonec jsem vyhledal pomoc Centra, přestože jsem si do té doby myslel, že už tohle na vysoké škole potřebovat nebudu, ovšem neuvědomil jsem si, že ačkoli studuji svůj vysněný obor, stěžejní překážkou při mém studiu se stane text. Naštěstí ve spolupráci s pracovníky Centra došlo k nastavení podpůrných opatření, dostal jsem zapisovatele a díky němu mohu vnímat výklad, výpisky mám následně od zapisovatele strukturovaně a přehledně zpracované, ty mé byly vždy neúplné a pro mě i při čtení následně nejasné, tudíž úplně zbytečné. S některými vyučujícími dokonce došlo ke vzájemné domluvě a mám stručné výpisky z hodin od nich, čehož si nesmírně vážím. Díky službám, které tu jsou, již není studium pro mě noční můrou, ale právě oním vysněným cílem.“

VÍTE, ŽE...

- 4–5 % populace se potýká s některou ze specifických poruch učení?
- Albert Einstein, Winston Churchill, Bill Gates, Tom Cruise, Whoopi Goldberg, Pablo Picasso nebo také Alexander Bell se potýkali či potýkají s poruchami čtení?
- Ve Francii odborníci neuznávají diagnózu ADHD a její diagnostikování se zde objevuje jen v 0,5 % případů?

STRUČNÉ SHRNUTÍ KAPITOLY ANEB O ČEM BYLA ŘEČ (?)

V rámci této kapitoly byly nastíněny základní definice specifických poruch učení jakožto obtíží, které se primárně projevují při osvojení a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Představili jsme si exogenní (dysfunkce CNS) i endogenní (škola a rodina) příčiny jejich vzniku. S přihlédnutím k edukačnímu hledisku byly vymezeny charakteris-

tiky nejčastějších SPU – dyslexie (porucha čtení), dysgrafie (porucha grafického projevu), dysortografie (porucha prapropisu), dyskalkulie (porucha matematických schopností) a dyspraxie (porucha obratnosti). V rámci řešené problematiky a oblasti komunikace jsme věnovali okrajově pozornost narušené komunikační schopnosti, která se může vyskytnout jako doprovodný jev, ať už u poruch učení, u problémů s ADHD či autismu. Zde jsme vyčlenili nejčastější poruchy, s nimiž se můžeme setkat u svých spolužáků na VŠ.

Dále byl v této kapitole podrobněji představen syndrom ADHD, tedy deficit pozornosti spojený s hyperaktivitou. Jeho příčiny nejsou přesně identifikovány, ovšem v literatuře je diskutován faktor genetický, negativní vlivy patologického prostředí a nejasné faktory. Předestřeli jsme typické znaky ADHD (hyperaktivita, impulzivita a nepozornost) a jeho klasifikaci, včetně projevů. Poté jsme se zaměřili na vymezení sekundárních dopadů SPU v oblasti sociálně-psychologické. Jedná se především o poruchy chování (únikové reakce, kompenzační chování, agresivní chování, psychosomatické potíže) a změny v oblasti sebehodnocení. Co se ADHD týče, u těchto studentů můžeme zaznamenat citovou nestabilitu, nízkou frustrační toleranci, obtíže v komunikaci anebo limity v oblasti paměti, písemného projevu a ulpívavé myšlení. Jak SPU, tak i ADHD se mohou promítat do sociálních interakcí a vztahů těchto studentů s vrstevníky i pedagogy (emoční nestabilita, sociální izolace, inklinace k šikaně), ale i do oblasti komunikace. Zde je třeba reflektovat riziko poruch řeči u těchto studentů a zvolit adekvátní způsob výměny informací. V závěru se věnujeme přístupu k osobám se SPU na vysoké škole, a to zejména v kontextu poskytování podpůrných opatření.

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ ◀◀

- Kterou z představených specifických poruch učení považujete Vy osobně z hlediska edukačního za nejnáročnější a proč?

- Představte si sebe sami v roli učitele – jaké strategie byste použili ke korekci studentovy nepozornosti a impulzivity ve výuce?
- Zamyslete se, jak byste mohli Vy osobně konkrétně pomoci studentovi se SPU při studiu Vašeho oboru a jednotlivých předmětů. Vezměte v potaz charakteristiku SPU, jednotlivé potřeby, nutnosti modifikace apod.

POUŽITÁ LITERATURA

- Bartoňová, M. (2004). *Kapitoly ze specifických poruch učení I*. Brno: Masarykova univerzita.
- Bartoňová, M. (2006). *Kapitoly ze specifických poruch učení II*. Brno: Masarykova univerzita
- Bartoňová, M. (2010). *Kapitoly ze specifických poruch učení I.: Vymezení současné problematiky*. Vyd.1. Brno: Masarykova univerzita.
- Bartoňová, M. (2012). *Specifické poruchy učení*. Brno: Paido.
- Bytešníková, I. (2012). *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada.
- Cahová, P., Pejčochová, J. & Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidity. *Neurologie pro praxi*, 11(6), 373–377.
- Drtílková, I. & Šerý, O. (2007). *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha: Galén.
- Goetz, M. & Uhlíková, P. (2013). *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén
- Hájková, V. & Strnadová, I. (2010). *Inkluzivní vzdělávání: teorie a praxe*. Praha: Grada.
- Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2008). *Reedukace specifických poruch učení u dětí*. Praha: Portál.
- Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2010). *Neklidné a nesoustředěné dítě: ve škole a v rodině*. Praha: Grada.
- Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2015). *Máme dítě s ADHD: Rady pro rodiče*. Praha: Grada.

- Jucovičová, D. (2014). *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta.
- Kovářová, R. (2015). *Specifické poruchy učení ve školní praxi*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Kejklíčková, I. (2016). *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada.
- Klenková, J. (2006). *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada.
- Lechta, V. (2016). *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál.
- Lechta, V. (1990). *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN.
- Matějček, Z. & Vágnerová, M. (ed.). (2006) *Sociální aspekty dyslexie*. Praha: Karolinum.
- Michalová, Z. (2000). Obtíže žáků při výuce čtení v důsledku didaktogenní poruchy. *Speciální pedagogika*, 10(3), 135–143.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2017). *Pravidla pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy*. Č. j.: MSMT-1404/2017-2.
- Paclt, I. a kol. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.
- Pipeková, J. a kol. (1998). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Pokorná, V. (1997). *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. Praha: Portál.
- Pokorná, V. (2001). *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál.
- Selikowitz, M. (2000). *Dyslexie a jiné poruchy učení: co to jsou specifické poruchy učení a jak se diagnostikují, o poruchách koordinace a o nemotornosti, sociální a emocionální vývoj dítěte, jak mohou svým dětem pomoci rodiče a jak to bývá v dospělosti*. Praha: Grada.
- Slowík, J. (2010). *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál.
- Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika. 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada
- Smečková, G. (2014). *Student se specifickými poruchami učení na vysoké škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Swierkoszová, J. (2013). *Aspekty dyslexie dospělých*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Šauerová, M., Špačková, K. & Nechlebová, E. (2013). *Speciální pedagogika v praxi: Komplexní péče o děti se SPUCH*. Praha: Grada.
- Škrdlíková, P. (2015). *Hyperaktivní předškoláci: Výchova a vzdělávání dětí s ADHD*. Praha: Portál.
- Švamberk Šauerová, M. (2016). *Hyperaktivita nebo hypoaktivita – výchovný problém?* Bratislava: Wolters Kluwer.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profesu*. Praha: Portál.
- Vitásková, K. (2006). *Specifické poruchy učení pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Wender, P. H. (2001). *ADHD: Attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults*. USA: Oxford University Press.
- Závěrková, M. (2016). *Jak se žije s ADHD? Co se stane, když vám vstoupí do života, jaké to je žít s nimi a s vámi*. Praha: Pasparta.
- Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení*. Praha: Portál.
- Žáčková, H. & Jucovičová, D. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: Zápory i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada.



DALŠÍ DOPORUČENÁ LITERATURA K TÉMATU ANEB ROZŠÍŘTE SI OBZORY SAMOSTUDIEM

- Beníčková, M. (2011). *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada.
- Janderková, D., Ženatová, D. & Swierkoszová, J. (2016). *SPU a ADHD*. Praha: Raabe.
- Peacock, J. (2001). *ADD and ADHD*. Minnesota: LifeMatters.

6/ STUDENTI S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM A STUDENTI S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA NA VYSOKÉ ŠKOLE

„Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele.“

___Menandros

PO PROSTUDOVÁNÍ TĚTO KAPITOLY BYSTE MĚLI ZNÁT:

- Základní terminologii, klasifikaci a projevy související s nejčastějšími psychickými onemocněními (psychózy, deprese, úzkosti a panické poruchy – fobie, posttraumatické stresové poruchy aj.).
- Mýty a fakta o studentech s psychickým onemocněním a poruchou autistického spektra.
- Znat specifika studentů se psychickým onemocněním a poruchou autistického spektra v oblasti komunikace, včetně zásad, které je třeba dodržovat při jednání s nimi.

Psychické onemocnění, duševní onemocnění, psychózy, úzkosti, deprese aj. pojmy, které aktuálně slycháváme docela často, a jež jsou nám některé zcela neznámé. Psychická onemocnění se vyskytují běžně v populaci, tzn., že i mezi studenty vysoké školy. V následující kapitole se seznámíme s těmi nejčastějšími, širší spektrum lze následně hledat

v MKN-10 (manuál Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) nebo v DSM-5 (diagnosticko-statistickém manuálu duševních poruch) (Raboch, Hrdlička a kol., 2015; MKN-10, online, 2017). Student s psychickým onemocněním spadá dle Metodického pokynu MŠMT ČR a jeho přílohy „Pravidla pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy pro rok 2017“ do kategorie F jako student s jinými obtížemi. Jedná se o osobu, které psychická porucha či onemocnění, včetně neautistických neurovývojových poruch, tj. narušených jazykových, řečových a jiných komunikačních schopností nebo chronického somatického onemocnění objektivně brání standardním způsobem plnit studijní povinnosti nebo si žádá organizačních opatření ze strany školy. Student s poruchou autistického spektra je pro účely téhož dokumentu řazen do samostatné skupiny (E) a je definován jako „osoba, které neurovývojová porucha autistického spektra, včetně Aspergerova syndromu, objektivně brání standardním způsobem plnit studijní povinnosti a žádá si psychologických a pedagogických opatření ze strany školy“.

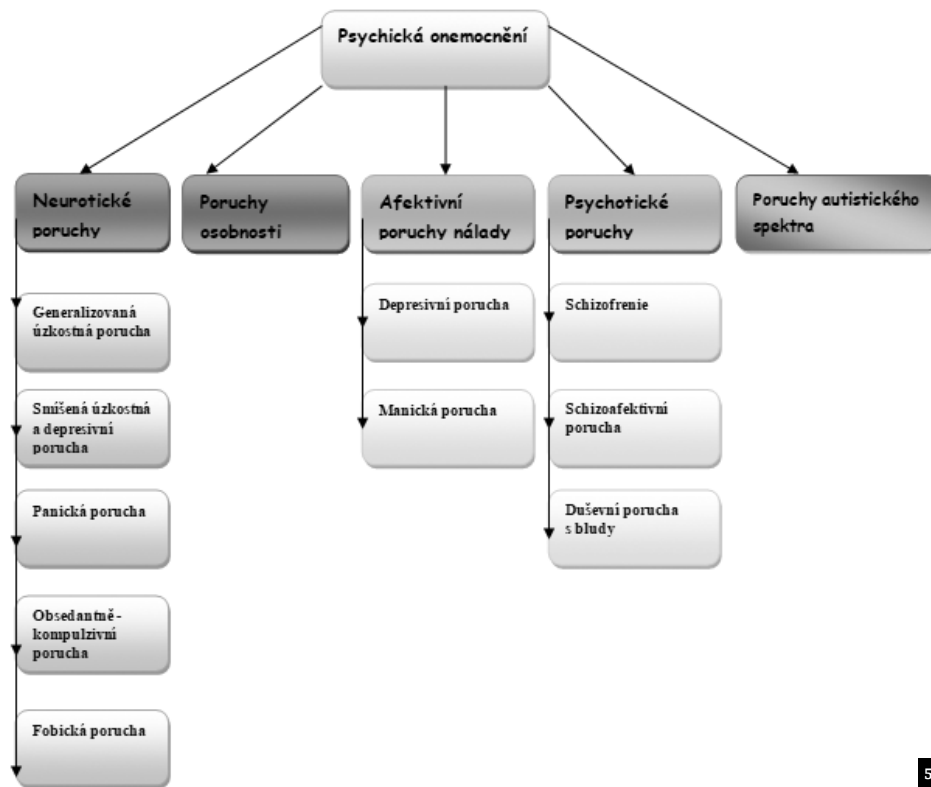
Než si vymežíme samotný pojem duševní onemocnění, je důležité si definovat pojmy jako zdraví a nemoc. Křivohlavý (2009, s. 40) uvádí, že zdraví je „celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“, přičemž bychom tento stav mohli shrnout jako ten, „kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemocí a neduživosti“ (WHO, 1946 in Křivohlavý, 2001, s. 37). Nemoc je pro změnu vnímána jako narušení rovnováhy mezi fyziogenními, psychogenními a sociogenními faktory osobnosti (Tomeš, 2011). Duševní poruchy (nazývané také jako psychické poruchy, duševní nemoci aj.) představují skupinu onemocnění, které ovlivňují především lidské myšlení, prožívání nebo vztahy postiženého s jeho okolím (Hartl, Hartlová, 2010, s. 424). Matoušek a kol. (2010, s. 136) hovoří o tom, že

„dlouhodobě duševně nemocní jsou ti jedinci, jež trpí duševní poruchou (organická poškození CNS, schizofrenie, depresivní nebo manická porucha, paranoidní či jiná psychóza) či jiným onemocněním, které se může stát dlouhodobým a může snížit funkční kapacitu či nepříznivě ovlivňuje tři a více z následujících základních aspektů denního života: osobní hygienu a sebeobsahu, směřování (cíle), mezilidské vztahy, sociální transakce, učení a rekreaci, ekonomickou soběstačnost“. Většina duševních poruch má multifaktoriální etiologii, což znamená, že příčin je celá řada a žádná z nich rozhodujícím způsobem nepřevažuje, jedná se o tzv. bio-psycho-sociální faktory, které se navzájem prolínají a je velmi těžké je mnohdy odhalit (Mahrová, Venglářová, 2008). Mezi spouštěcí faktory patří situace, které vytváří zvýšené nároky na adaptaci (často zapříčiněno stresem); typ spouštěče; projevy; proměnlivé faktory působící na daný proces a následně důsledky takového působení, které se odráží v rovině biologické, psychologické i socioekonomické. Jedná se tedy o onemocnění, jehož průběh je velmi rozmanitý, je způsobený mnoha příčinami a může být zásadně ovlivněn bio-psycho-sociálními faktory (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Můžeme shrnout, že problematika psychických onemocnění generuje u studentů VŠ celou řadu situací, jimž musí v průběhu studia čelit. Vzhledem k tomu, že právě ty mohou ovlivňovat jejich adaptaci, spokojenost a studijní úspěšnost seznámíme se s nimi podrobněji. Zaměříme se na základní typy a charakteristické projevy, ale také na dopady těchto poruch při adaptaci studenta v terciárním edukačním prostředí. Závěrem kapitoly budou diskutovány typické oblasti problémů při studiu na VŠ a podpůrná opatření, která mohou být těmto studentům v průběhu jejich vzdělávání na UTB ve Zlíně poskytována.

6.1 Nejčastější psychická onemocnění

Celá skupina psychických onemocnění se dělí na základní skupiny, mezi něž řadíme neurotické poruchy, poruchy osobnosti, afektivní poruchy nálady, psychotické poruchy a poruchy autistického spektra.



Obr. 56 Graf základní členění psychických onemocnění

NEUROTICKÉ PORUCHY

Neurotické poruchy jsou skupinou onemocnění, kterou sdružuje společný znak a tím je úzkost a s ní spojené somatické projevy. Příčina úzkosti není přesněji definovatelná, ovšem můžeme říci, že se jedná o nepříjemný emoční stav, kdy postižený vnímá, že by se mělo něco stát, ale neuvědomuje si přesněji co. Je připraven na nebezpečí. Úzkost se liší od strachu tím, že strach je již reakce na rozpoznané a konkrétní nebezpečí. Obě tyto formy mají pro organismus adaptivní funkci. Problémem se stávají v momentě, kdy se vyskytují příliš často nebo délka jejich trvání je neúměrná vzhledem k situaci, jež je spustila, nebo se objevují v nepřiměřených situacích a celkově negativně zasahují do života jedince. U postižených můžeme sledovat nejčastější projevy:

- neklidné chování, přehnanost,
- podrážděnou, napětí, zmatenost, obavy,
- somaticky se projevy odrazí v napětí svalstva, mdlobách, poruchách spánku, závratích, únavě, ztuhlosti, pocení apod.

Intenzita jednotlivých příznaků může být různá od nepohody až k panice. Pokud se projevy objeví náhle bez příčiny, hovoříme o *spontánní úzkosti*, nebo spontánním záchvatu paniky. Pokud se rozvinou při očekávání ohrožující situace, jedná se o o *anticipační úzkosti*. V případě strachu tedy při konkrétních situacích, kterých se běžně lidé nebojí, hovoříme o *fobii*. Jak již bylo zmíněno, příčiny u této skupiny poruch jsou mnohočetné a jejich výskyt je pouze odhadován. My budeme z důvodu četnosti a výskytu specifikovat následující kategorie (generalizovanou úzkostnou poruchu, smíšenou úzkostnou a depresivní poruchu, panickou poruchu, obsedantně-kompulzivní poruchu a fobickou poruchu), přičemž u některých z těchto poruch jsou zajímavá data k jejich výskytu:

- specifické fobie cca 15 %
- sociální fobie cca 14 %

- generalizovaná úzkostná porucha cca 8 %
- posttraumatická stresová porucha cca 8 %
- agorafobie cca 6 %
- obsedantně kompulzivní porucha cca 5 %
- panická porucha cca 3 %.

Většina z těchto poruch se vyskytuje častěji u žen než u mužů. Jedná se o poruchy, jejichž léčba trvá celý život a mají klesající a vzrůstající tendenci s dopadem na zdravotní postiženého. Většina z nich je dobře léčitelná v případě včasného zahájení léčby, nelze je ale vyléčit zcela (Kolektiv autorů, 2017; Čalkovská a kol., 2016; Vágnerová, 2014; Zvolský; Raboch, 2001).

Generalizovaná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha se většinou objevuje u zranitelných osob po dlouhotrvajícím stresu. Její příznaky se objevují pozvolna, nenápadně. Společným rysem je, že si postižený dělá neustále z něčeho starosti a zabývá se tak stresujícími myšlenkami. S tím souvisí i zvýšené napětí, úzkost a vyčerpanost. Negativní očekávání, obavy z budoucího neštěstí (často ve vztahu k rodině, práci či zdraví), pocit, že jsem „na pokraji svých sil“ vedou ke zhoršenému soustředění. Postižený jedinec si často uvědomuje, že si dělá starosti nadměrně, nicméně se nedokáže ubránit tomu, aby nad nimi nepřemýšlel. Neví, proč se pořád trápí, mechanismy fungují automaticky. Lidé trpící touto poruchou neumí odpočívat ani relaxovat. Může se jednat o jedince s citlivější povahou, který nebyl v dětství chválen a tak v dospělosti špatně snáší kritiku. Z důvodu pochvaly jsou často velmi snaživí (stopstigmapsychiatrie.cz, online, 2018; Kolektiv autorů, 2017; Vágnerová, 2014).

Smíšená úzkostná a depresivní porucha

Vzhledem k tomu, že hovoříme o smíšené poruše, jejími příznaky jsou tedy mísení deprese a úzkosti, což obnáší ne-

soustředěnost, špatnou náladu, obtíže s usínáním a celkově spánkem, což je důsledkem nedostatku energie a podrážděnosti. U jedince se také vyskytuje nízké sebevědomí, pocity méněcennosti, pesimistické vnímání budoucnosti a nadměrná ostražitost. Opět je u těchto poruch nasazována farmakoterapie ale důležitý prvek sehrává také psychoterapie, ta bývá nejčastěji skupinová a kognitivně behaviorální terapie (stopstigmapsychiatrie.cz, online, 2018; Kolektiv autorů, 2017; Vágnerová, 2014).

Panická porucha

Panická porucha je charakterizována náhlými epizodami intenzivního strachu až hrůzy, které se objevují bez zjevné vnější příčiny. Provází ji intenzivní úzkost a panický záchvat trvající cca do 20 minut, ve výjimečných situacích déle. Během panického záchvatu prožívá postižený celou řadu příznaků, nejčastější je pocit, že se něco špatného přihodí např. strach ze smrti, pocit ze ztráty kontroly nad sebou samým. Vysoká intenzita strachu se projevuje bolestí na hrudi, pocitem nedostatku dechu, mohou se objevit závratě, mdloby, bolest žaludku, bušení srdce, mravenčení v končetinách, návaly horka, pocení či naopak zimnice. Postižený se cítí zcela bezmocný, po záchvatu může mít ještě třes a napětí, nebo dochází k uvolnění a celkové letargii. Přímou reakcí na záchvat je často panika, tzn. tendence utéci ze situace/z místa, kde byla panika vyvolána např. útěk z trolejbusu a vyhledání pomoci např. voláním na záchraně složky. Postižený se pak snaží všem situacím, které vyvolávají paniku vyhýbat např. dopravním prostředkům, uzavřeným prostorům, davovým akcím apod. Panickou poruchu lze léčit opět psychofarmaky, jejichž účinnost je rychlejší, ale také psychoterapií, jejíž účinnost je trvalejší a dlouhodobější (stopstigmapsychiatrie.cz, online, 2018; Kolektiv autorů, 2017; Vágnerová, 2014).

Obsedantně-kompulzivní porucha

Typickým projevem pro tuto poruchu jsou nutkavé nápady, představy, impulzy, které nazýváme obsese, jež se stereotypně vrací do mysli. Jejich obsahem je řád, morálka, obavy a nebezpečí např. něco není uklizeno, srovnáno a je to v rozporu s morálkou (hrozí nějaké neštěstí, nebezpečí, něco se má stát apod.). Znepokojující jsou zejména ty, které se vztahují k agresivnímu chování („Co když někoho napadnu?“), kontaminaci („Co když dostanu infekci?“) či strachu z neprovedené kontroly („Když nezkontroluji opakovaně, zdali jsem zamknul byt, vykradou mě.“) aj. Ačkoli si postižený uvědomuje, že se nic takového pravděpodobně nestane, pocit nejistoty, že jej to napadlo, je velmi znepokojující a čím více se snaží tyto obsese potlačit, tím více se objevují (od nepřijemných stavů až po úzkosti), což zvyšuje celkově napětí v daném jedinci. Ke snížení pak slouží určité rituály. U mírnějších forem je léčba možná antidepresivy, anxiolytiky či neuroleptiky, z psychoterapie pak aplikace kognitivně-behaviorální terapie (stopstigmapsychiatrie.cz, online, 2018; Kolektiv autorů, 2017; Vágnerová, 2014).

Fobická porucha

U fobické poruchy může být spouštěčem zcela nenápadná situace, která však v daném jedinci může vyvolat paniku, stejně jako je tomu např. u sociální fobie. Jako specifická fobie je označován nerozumný a přehnaný strach z určitého konkrétního objektu nebo konkrétní situace (strach je vázán pouze na dané, tudíž pokud se nedostane postižený do přímého kontaktu s tímto podnětem nebo nemá přímo obavy ze setkání s ním, tak není ani spouštěč). Mezi nejčastější specifické fobie patří fobie ze zvířat (nejčastěji psů, hadů, hmyzu a myší). Mezi další řadíme známou klaustrofobii (strach z uzavřených prostor), akrofobii (strach z výšek), strach z bouřky, strach z létání, strach z návštěvy zubního lékaře, strach z pohledu na krev nebo zranění, strach z nemoci (pohlavní nemoci, z ozáření) aj. Specifické fobie vzni-

kají obvykle v dětství nebo rané dospělosti, a pokud se neléčí, mohou přetrvávat desítky let. Závažnost následného omezení záleží na tom, jak je postižený schopen vyhybat se fobickým situacím (stopstigmapsychiatrie.cz, online, 2018; Kolektiv autorů, 2017; Vágnerová, 2014).

PORUCHY OSOBNOSTI

Další skupinou, kterou vymezujeme, jsou poruchy osobnosti. Jak již název napovídá, týká se problematika složek osobnosti, povahových rysů a vztahů, které utváří naši celkovou osobnost. Základ pro její formování je nám částečně dům biologicky, zbytek utváří vztahy již od raného dětství. Pokud se však jedinec setkává již od počátků s odmítnutím, emoční nestálostí, výbušností apod. vytvoří si jeho osobnost obranné mechanismy, které mu mohou pomoci v takových situacích situaci přestat, ovšem později mu můžou značně zkomplikovat sociální fungování ve společnosti. Takové chování pak vykazuje určitou stereotypnost a rigiditu, což mu ztěžuje pohotově reagovat v situacích, které si to vyžadují, a to komplikuje jeho následné mezilidské vztahy. Tento jedinec nevnímá své chování jako problematické a hledá primárně vinu, příčinu svých problémů ve svém okolí. Primárně se vyhýbá sociálnímu kontaktu, objevují se u něj nekontrolovatelné emoce (vztek, lítost, agrese aj.), vztahovačnost. Často tito lidé trpí osamělostí, mají potíže s koncentrací, jsou zmatení, vyskytují se u nich opakující se rušivé myšlenky. Mohou se potýkat s bolestmi hlavy, únavou, bolestmi svalů, problémy se zažíváním apod. (Kolektiv autorů, 2017; Čalkovská a kol., 2016; Matoušek a kol., 2010; Mahrová, Venglářová, 2008).

Poruchy osobnosti lze dělit do 3 skupin:

Klastr A – jedinec vykazuje excentrické chování (schizoidní, paranoidní a schizotypální porucha osobnosti)

Klastr B – jedinec vykazuje emotivní a nevyzpytatelné rysy chování (antisociální, histrionská, narcistická a hraniční porucha osobnosti)

Klastr C – jedná se o jedince úzkostné a bojácné (vyhýbavá, závislá a anankastická porucha osobnosti) (stopstigmapsychiatrie.cz, online, 2018).

Při léčbě se opět setkáváme s farmakoterapií, která je primárně cílena na úzkost, impulzivitu, deprese a další příznaky doprovázející poruchy osobnosti, jež mohou pomoci k jasnějšímu vnímání a snížení kolísavosti nálad, zmírnění napětí apod. a která je ale doporučována vždy v kombinaci s vhodnou a dlouhodobou psychoterapií, aby bylo možno dosílit částečné změny, přestože základní strukturu ovlivněnou dědičnými vlivy, změnit nelze. Ovšem psychoterapie se velkou měrou může podepsat na zlepšení adaptace, která může vést ke zlepšení kvality života (stopstigmapsychiatrie.cz, online, 2018, Kolektiv autorů, 2017).

AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLADY)

Afektivní poruchy představují nálady, které neodpovídají životní situaci, v níž se dotýčný nachází. Obvykle se jedná o depresivní nebo manickou poruchu. V případě, kdy dochází ke střídání fáze manické s depresivní, hovoříme o tzv. bipolární afektivní poruše. Tyto poruchy se projevují nejčastěji mezi 20. a 40. rokem a častěji jsou jimi postiženy ženy. Vyskytují se v různém stupni závažnosti a s různým průběhem (epizodické, chronické aj.). Vliv na tyto poruchy mají biologické faktory, psychologické aspekty, genetické dispozice i samotná osobnost jedince (Kolektiv autorů, 2017).

Deprese

Deprese je protipólem mánie a hlavním příznakem je patologicky depresivní nálada vznikající bez zjevné příčiny (Vágnerová, 2014). Z pohledu klinické praxe se nejedná o žádný pomíjivý a přechodný stav, který během života postihne některé z nás, nýbrž hovoříme o syndromu, který se objevuje opakovaně. Pro depresi jsou typickými projevy skleslá nálada, snížená energie a aktivita. Jedinec je více

uzavřený, pasivní, objevuje se pasivita, zmatenost, rezignace. Okolí rozpozná příznaky na dotyčném tak, že jeho výraz je ztrápený, unavený – celkově se projevuje tato nálada ve výrazu očí, v mimice, jedinec je ustrašený či úzkostlivý. Často prožívají tito lidé pocity beznaděje, hůře se soustředí, mají potíže v oblasti rozhodování, jsou zmatení a celkově podráždění. Snaží se svému okolí vyhýbat, projevuje se málomluvnost, skrývají své myšlenky. Ztrácí se u nich jakákoli aktivita, iniciativa i malé rozhodnutí v nich vyvolává úzkost, těžce zdolávají jakékoli překážky. Často se objevuje v tomto období odkládání činností na jinou dobu pod jakoukoli záminkou pronásledované však záhy sebevýchýtkami, pocitem viny. Celkově se zhoršuje schopnost prožívat radost, zážitky se stávají méně příjemnými. Dochází k poklesu zájmů. Nemocného unaví i drobná práce či námaha. U nemocných se často vyskytují myšlenky na sebepoškození až sebevraždu. Depresi doprovází také tzv. tělesné příznaky, mezi které počítáme poruchy spánku, sníženou chuť k jídlu, změny na váze, svalovou ztuhlost, ztrátu sexuálního prožívání aj. (Kolektiv autorů, 2017; Novák, Breznošćáková a kol., 2008; Mahrová, Venglářová, 2008; Zvolský, Raboch, 2001; Rahn, Mahnkopf, 2000).

Mánie

Mánie se naopak od deprese vyznačuje euforickou, expanzivní náladou, kdy dotyčný je nadměrně činorodý, má zvýšené sebevědomí a sebehodnocení, snižuje se potřeba spánku a objevuje se roztržitá pozornost (Mahrová, Venglářová, 2008). Vše se jeví snadné, nic není neřešitelné, nápady se řinou jeden za druhým. Typické jsou megalomanské myšlenky o vlastních schopnostech a znalostech. Je zde velká potřeba komunikativnosti, doprovázená myšlenkovým tryskem, roztržitostí a celkovým tělesným nepokojem a impulzivním jednáním (Novák, Breznošćáková, 2008). Okolí obvykle nejví pro takto nemocného pochopení, protože nestačí myšlenky sledovat, či jsou jim nerosrozumitelné v rychlosti, s jakou jsou předneseny. Jedinec často ve snaze

přesvědčit ostatní o své pravdě se stává naléhavějším, mluví překotně, někdy až nerosrozumitelně. Zvýšený přísun nápadů a myšlenek, kdy ještě před ukončením jedné se již rodí další myšlenka a s ohledem na tempo, přestává jedinec akceptovat společenské konvence. Tím, že se nechce nechat v projevu přerušit, roste jeho podrážděnost a stačí pouze drobný podnět, či náznak nesouhlasu, kvůli němuž pak může dojít až k zuřivosti či agresivním projevům. Nevhodnost chování se může projevit i neformálností ve vystupování, vyprávěním obhroublých vtipů, často se sexuálníím podtextem, užitím vulgarismů v mluvě ve společensky nevhodných situacích. Ztráta sociálních zábran se projevuje rovněž nedbalým, nezodpovědným, nevhodným či riskantním chováním, které neodpovídá okolnostem ani charakteru jedince. Svě nápady neuváženě a okamžitě realizuje, aniž by byl schopen reálně posoudit možné důsledky finanční, společenské, či osobní (Kolektiv autorů, 2017; Novák, Breznošćáková a kol., 2008).

Bipolární porucha

Jedná se o onemocnění, během něhož dochází k periodickým změnám nálady v tzv. cyklech (obdobím nadměrně dobré nálady, období deprese a období, kdy je nálada normální). Existují čtyři různé druhy epizod, které se objevují. Dle typu a intenzity je dělíme na epizody *hypomanické*, *manické*, *depressivní* nebo *smíšené*. Smíšené epizody patří asi k nekomplikovanějším. Mánie a deprese se objevují najednou nebo se během dne opakovaně střídají. V chování jedince se vyskytuje podrážděnost, popudlivost jako při manické fázi, ale také se cítí zároveň bezmocný a depresivní. Z důvodu přísunu velké energie v kombinaci s depresí představuje tento typ epizod největší riziko sebevraždy pro daného člověka (stopstigmapsychiatrie.cz, online, 2018; Novák, 2010). Léčba bipolární poruchy se skládá především z farmakoterapie (zejména preventivní a akutní fázi) a opět stěžejní část tvoří psychoterapie.

PSYCHOTICKÉ PORUCHY

Psychotické poruchy zahrnují širší okruh onemocnění, při kterých je narušen kontakt s realitou. Ten se může projevit jejím zkresleným vnímáním a zároveň často ztrátou náhledu na onemocnění (nemocný si neuvědomuje, že stav, ve kterém se nachází, není standardní). Patří sem např. schizofrenie, schizoafektivní poruchy, duševní poruchy s bludy apod. Projevy se liší napříč jednotlivými diagnózami i mezi osobami se stejnou diagnózou.

Psychóza

Stav, kdy dochází k disociaci mezi vnímáním, chováním a prožíváním. Jedinci chybí nadhled, svým bludům věří. Rozdíl mezi psychózou a neurózou je ten, že neurotický jedinec si je změn ve vnímání vědom a tyto vjemy je schopen alespoň částečně zpochybnit. Jedinci s psychózou se často uzavírají do sebe, přerušují sociální kontakty, mění se celkově jejich chování a dochází k útlumu. Objevuje se úzkost, halucinace, tedy vjemy vzniklé bez reálného podnětu, které dotyčný považuje za realitu, často jsou sluchového charakteru, dále se objevuje deprese, bludy tedy pocity či nepravdivá přesvědčení založená na nesprávném odvození závěrů z reálného světa např. že je někým odposloucháván, pronásledován. Mohou nastat poruchy emotivity (oploštělost ve vnímání citů, neschopnost se radovat). Mohou se vyskytnout somatické příznaky, kdy se jedinec dlouho nehýbe, strnule zůstává v určitých polohách nebo naopak je výrazně neklidný, agresivní, objevují se bolesti hlavy, poruchy paměti a pozornosti, a jedinec ohrožuje své okolí či sebe (Křivohlavý, 2009; Höschl, a kol., 2004; stopstigmapsychiatrie.cz, online, 2018).

Schizofrenie

Nejčastějším onemocněním spadajícím do dané skupiny je schizofrenie. Schizofrenní poruchy jsou obecně charakteri-

zovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Jasně vědomí a intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány, i když se během času mohou vyvinout určité kognitivní deficity. Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit, individuality, jednotnosti a autonomie. (MKN-10, online, 2018). Toto onemocnění může postihnout kohokoli, projevuje se u všech věkových skupin, bez ohledu na pohlaví.

V počátečním stadiu je běžná u nemocného zmatenost, která jej často vede k přesvědčení, že každodenní situace mají zvláštní, obvykle zlověstný význam, který je namířen výhradně proti danému jedinci. Nepodstatné znaky se dostávají do popředí a jsou užity místo těch, které jsou pro danou situaci přiměřené a relevantní. Vyjádření myšlenek nemocného se stává často nesrozumitelným (u těžších forem je projev zpřeházený a nenavazující) v důsledku nejasného myšlení či z důvodu myšlenkového bloku. V tomto ohledu dochází také k výpadkům a interpolaci ve sledu myšlení, jakoby byly myšlenky odebírány vnější silou. Jedinec má často pocit, že ostatní znají nebo sdílí jeho nejintimnější myšlenky, a mohou se tedy rozvinout přeludy/představy, někdy až velmi bizarního charakteru např. v podobě mimozemšťanů či dáblů apod. Větná skladba v komunikaci s těmito jedinci nám může připadat poněkud zvláštní a jako smysluplná se jeví pouze pro danou osobu. V některých případech lidé věří, že jejich myšlenky jsou vysílány nebo jsou jim kradeny. O těchto jevech se mluví jako o ozvučování, vysílání, vkládání nebo odebírání myšlenek (stopstigmapsychiatrie.cz, online, 2018, greendoors.cz, online, 2018 Čáková, 2014; Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Někteří jedinci mohou překračovat společenské konvence (např. vysvlékat se na veřejnosti). Mohou užívat zvláštní gesta nebo nevhodnou mimiku bez zjevných příčin. Právě toto zvláštní chování způsobuje, že se jich ostatní bojí a vyhýbají se jim, čímž přetrvává stigma spojené s touto

chorobou. Nálada je u těchto jedinců často povrchní, nevyčitatelná nebo nepatřičná. Rozpolcenost a narušení vůle se může jevit jako netečnost, negativismus nebo otupění. Může být přítomna katatonie. Běžné jsou halucinace, zejména sluchové, které mohou komentovat chování nebo myšlenky jedince. Vnímání je často narušeno i jiným způsobem, barvy nebo zvuky se mohou zdát přehnaně jasné nebo kvalitativně pozměněné a nepodstatné vlastnosti běžných věcí se mohou jevit jako důležitější než celý předmět nebo celková situace.

V emoční oblasti se projevuje oploštělost, nemocní nejsou schopni vyjádřit emoce pomocí mimiky, gest či tónu hlasu. Nemusí umět reagovat patřičně na různé události, či mohou reagovat neobvyklým způsobem. Často se může tento jedinec jevit jako impulzivní až dotěrný. Schizofrenie je často i příčinou ztráty zájmů, motivace, či zapojení se do jakýchkoli pracovních aktivit. Nemocný se často přestává zajímat i o běžné všední věci jako vaření, mytí ve smyslu dodržování hygienických návyků apod., což může u vážných případů vést i k tomu, že se např. přestane stravovat. Může se objevit negativismus ve spojitosti s pasivitou a náhlými impulsy. V takových případech může jedinec sám sebe vyvést z míry či dokonce znehybnět. Jedinci se schizofrenií také obtížně navazují a udržují vztahy. Může docházet k tomu, že jejich interakce s ostatními je jen strohá a povrchní. V krajních případech se člověk může jakékoliv sociální interakci aktivně vyhýbat.

Léčba schizofrenie je stejně jako u všech předchozích onemocnění založena na kombinaci farmakoterapie a psychosociální rehabilitace. Léky slouží ke zmírnění příznaků a jako prevence recidivy. Psychosociální rehabilitace vede k lepším výsledkům ať už při dodržování léčebného režimu, tak jako pomoc při integraci do komunity, **či zpětnému návratu** ke vzdělání **či** do zaměstnání. Zároveň je v tomto ohledu stěžejní i psychosociální intervence pro rodiny těchto nemocných, jak zvládat vzniklé problémy, stres, projevy nemoci a zabránit následné recidivě.

Schizoafektivní porucha

Je onemocnění, při němž se projevují poruchy nálad se schizofrenní poruchou zároveň. Mívá zpravidla krátký průběh v horizontu několika dní. Schizoafektivní poruchy se obvykle rozvíjejí v rané dospělosti, mezi 20. a 30. rokem. Jejich průběh je akutní a má poměrně krátké trvání. Častěji jí trpí ženy než muži. Na vzniku se podílí různé faktory, jak genetické tak vnější, pro prognózu je důležitá osobnost a s ní související rysy osobnosti. Pro správné určení diagnózy je potřeba, aby se vyskytovaly příznaky z obou složek, a to:

- *Afektivní příznaky*, které mohou mít dvě varianty: manickou (příznaky spojené s paranoidními bludy) a depresivní (příznaky deprese, včetně poruchy psychomotorického tempa a suicidálních myšlenek či depresivních bludů)
- *Schizofrenní příznaky* zahrnují poruchu myšlení, bludy, halucinace, poruchy vědomí, spojené s narušením pozornosti, orientace a odchylky v jednání. Někdy je přítomna i paranoia.

U daného onemocnění je typické nesouvislé ambivalentní myšlení doprovázené intrapsychickými halucinacemi. A taky bývají zřetelně ohraničeny. Dochází zde k menším změnám v osobnosti než u schizofrenie a prognóza je u těchto poruch zpravidla příznivější. Nálada postiženého může být chorobně zvýšená (expanze v chování, zvýšené sebevědomí s chybějící sebekritičností) nebo skleslá (útlum, bezradnost, suicidální tendence, bludy).

Léčba je u daných poruch kombinovaná, spočívá v podávání léků patřících do skupiny antidepresiv a antipsychotik, někdy jsou podávány též stabilizátory nálady, a v psychoterapii, která slouží k získání náhledu na problémy v běžném životě, případně je aplikována sociální terapie.

Poruchy s trvalými bludy

Do této skupiny patří různé stavy, u nichž dlouhotrvající bludy tvoří jedinou nebo nejnápadnější klinickou charakteristiku a které se nemohou klasifikovat jako organické, schizofrenní nebo afektivní. Jsou pravděpodobně heterogenní, a zdá se, že jsou v nějakém vztahu se schizofrenií. Základním příznakem je blud nebo bludný systém. Porucha je vzácnější než schizofrenie, většinou se objevuje až ve vyšším věku a častěji u žen (Polách, 2015).

Blud je porucha myšlení, která vyvolá v dotyčném přesvědčení, jež ovlivňuje jeho život. Toto přesvědčení se jeví jako reálné a nenabývá bizarností jako u schizofrenie. Nejčastěji se jedná o blud:

- *Blud erotomanický* – týká se většinou svobodných žen, staršího věku, sociálně izolovaných, které věří, že se do nich zamilovala známá osobnost a dává jim najevo svou lásku přes sdělovací prostředky.
- *Megalomanický blud* – nemocný je přesvědčen, že má velkou moc, vědomosti, dovednosti a uznání, které nikdo jiný nemá
- *Perzekuční blud* – nemocný je přesvědčen o tom, že je pronásledován
- *Hypochondrický blud* – přesvědčení nemocného, že trpí určitou chorobou i přes všechna negativní vyšetření
- *Žárlivecký blud* – nemocný je přesvědčen, že jej jeho partner/ka podvádí

Můžeme se setkat i s dalšími vzácnějšími formami bludů. Pro ustanovení diagnózy je potřeba, aby se vyskytl jeden z výše uvedených bludů či jejich kombinace a délka trvání musí být minimálně 3 měsíce a nesmí být přítomny trvalé halucinace, neboť by se jednalo o schizofrenii. Terapie je u těchto pacientů náročnější, neboť trpí nevratnými přesvědčeními, a tím nemají motivaci se léčit, protože jsou přesvědčeni o reálnosti dané situace. Porucha se může tedy

vyvíjet dlouho, než jsou zpozorovány její hlavní příznaky. Základem jsou pro léčbu antipsychotika a psychoterapie.

6.1.1 Mýty a fakta o psychickém onemocnění

Ve společnosti se setkáváme s řadou předsudků ve spojitosti s psychickým onemocněním.

Duševní onemocnění se často pojí s vysokou mírou stigmatizace, což způsobuje značné sociální problémy – především zhoršení kvality života lidí. Duševní zdraví, stejně jako zdraví tělesné, určuje kvalitu života každého z nás. Přesto existují propastné rozdíly mezi tím, jak tyto dvě skupiny nemocí vnímáme. U nemocí těla chápeme, že nemoc je spíše vnější okolností, ovšem u nemocí duše inklinujeme k tomu, jako by nemoc daného jedince zcela vystihovala, kým je a jaký je. Spoustě z nás nevádí říci „Petr je schizofrenik“, přestože bychom nikdy neřekli „Petr je chřipkař“. V důsledku stigmatizace je sledován i další rozdíl, a to například v léčbě, nikdo z nás by se sám neléčil doma se zápallem plic, s rakovinou, či jinými problémy, ovšem většina osob, které se poprvé potýkají s psychickými problémy, nevyhledá odbornou pomoc, protože mají strach, bojí se, jak bude reagovat okolí, stydí se. I ti, kteří se snaží najít cestu a vyrovnat se s daným psychickým onemocněním, musí bojovat s předsudky, které jim komplikují život a ohrožují úspěšnost jejich léčby (Kolektiv autorů, 2017, s. 3).

Předsudky, které společnost vůči nemocným zastává, ústí ve stigmatizaci, což je proces označování nazývaný též jako *labelling*, tedy proces, který společensky odmítá a vylučuje nemocného. Stejně tak ale může tento proces označovat i stud stigmatizovaného, který pramení z nepříznivého sociálního úsudku o vlastní osobě ve spojitosti s vnějším vzhledem, zdravotním stavem a jednáním, které je společností považováno za nenormální a projevuje se změnou chování vůči dotyčnému např. jeho diskriminací, k čemuž

právě dochází nejčastěji ve spojitosti s problematikou psychického onemocnění (Kolektiv autorů, 2017). Stigma v souvislosti s duševním onemocněním má svá specifika a jeho konceptualizace zahrnuje tři základní elementy: 1) *nevědomost* (problém znalostí), 2) *předsudky* (problém postojů) a 3) *diskriminaci* (problém jednání) (Thornicroft, 2007).

Nyní představíme nejčastější mýty, přičemž jsme vycházeli z výroků vícera autorů (Kolektiv autorů, 2017; Čalkovská a kol., 2016; Thornicroft a kol., 2007; Rahn, Mahnkopf, 2000):

Osoby s psychickým onemocněním jsou méně inteligentní, psychické onemocnění = mentální postižení.

U osob s psychickým onemocněním je úroveň intelektových schopností na stejné úrovni jako u většinové populace, patří zde osoby jak v pásmu nadprůměru, tak průměru či s nižším skóre intelektu. Psychické onemocnění nemá dopad na intelekt a rozhodně jej nesnižuje. Co u nemocného klesá, může být jeho výkonnost, která je oslabena léčbou a nemocný si tak může hůře pamatovat některé skutečnosti. Mentální postižení je naopak charakterizováno jako snížení intelektových schopností projevující se v jednotlivých složkách osobnosti na základě určité etiologie, jedná se o samostatnou diagnózu, která je zcela jiná nežli psychické onemocnění.

Psychické onemocnění má jednoznačný původ a přichází bez varování.

Na vzniku psychického onemocnění se podílí bio-psycho-sociální vlivy, stejně jako jsou to vlivy z prenatálního vývoje, či vlivy z raného dětství, kdy mohlo docházet např. ke zneužívání dítěte apod. Nedá se konstatovat, že za vznikem je pouze jedna oblast, která by sehrávala prim ve vzniku psychického onemocnění. Z čehož tedy vyplývá, že psychickému onemocnění ve většině případů předchází určité příznaky, např. u schizofrenie to mohou být vztahové problémy, potíže s hygienou apod. s postupně se přidávajícími bludy, či

halucinacemi. Některá psychická onemocnění tedy mohou mít rychlejší nástup a průběh např. po požití psychotropních látek, u jiných se jedná o dlouhodobý proces. Zároveň je prokázáno, že 70 % psychických onemocnění projevujících se v dospělosti má svůj původ v dětství či dospívání. Stěžejní ovšem je, že při včasém vyhledání pomoci, dochází ke zlepšení zdravotního stavu u většiny zachycených případů.

Psychické onemocnění lze od pohledu poznat a někteří jej používají pouze jako výmluvu.

Převážnou většinu psychických onemocnění nelze na nemocném rozpoznat a většina lidí trpící danou nemocí ji před svým okolím skrývá, neboť se mnohdy bojí stigmatizace, která často v reakci na oznámení přichází. Psychická onemocnění přináší nemocnému omezení a ovlivňují jeho kvalitu života. Nelze je používat jako výmluvu, neboť nemocného provází příznaky, které je potřeba včasně léčit.

Lidé s psychickým onemocněním musí být hospitalizováni.

Většina osob s psychickým onemocněním nepotřebuje hospitalizaci. Ta je aplikována pouze v momentech, kdy je jedinec ohrožen na životě a je nebezpečný sám sobě či svému okolí. Hospitalizace není většinou dlouhodobá, cílem je pomoci dané osobě v co nejkratší době a ulevit jí. Většina nemocných se naučí zvládat své stavy, pravidelně je konzultují s lékaři, užívají případnou medikaci a navštěvují psychoterapie, které mají velmi pozitivní účinek na nemocného.

Z psychického onemocnění se nelze uzdravit.

Skutečností je, že vzhledem k medicínskému pokroku je většina psychických onemocnění dobře zvládnutelná, či dokonce plně vyléčitelná, a nemocný tak může vést plnohodnotný a produktivní život. Stěžejní roli hraje motivace, ochota a vůle vyhledat včasnou odbornou pomoc a na základě spolupráce s odborníky být pak schopen včasně rozpoznávat příznaky či případné ataky nemoci a umět je zvládnout (Kolektiv autorů, 2017; Čalkovská a kol., 2016).

Lidé s psychickým onemocněním jsou nebezpeční, násilní, agresivní.

Skutečností je, že lidí s psychickým onemocněním nemají větší sklony k agresi než většinová populace. Naopak často jsou to spíše oni, jež se stávají sami oběťmi násilí, či je u nich vyšší riziko suicidálního chování. Agresi či násilí může však bezesporu vyvolat např. závislost na návykových látkách, avšak při včasné a vhodné péči se snižují na minimum.

Lidé s psychickým onemocněním nemůžou studovat či pracovat a už vůbec ne v oborech jako psychologie, medicína, sociální práce, ošetrovatelství apod.

Psychické onemocnění s sebou může přinášet určité limity či jistá znevýhodnění, ale většina osob studovat a následně i pracovat může, mají stejná práva na vzdělání a kariérní postup jako všichni ostatní. Osobní zkušenost s daným onemocněním může být naopak v některých profesích dotyčným užitečným. Zaměstnání následně prospívá dotyčným v úspěšném procesu socializace do společnosti a k procesu uzdravení.

6.1.2 Zásady komunikace se studenty s psychickým onemocněním

Pro komunikaci je obecně důležitý jazyk. U osob s psychickým onemocněním často v důsledku stigmatizace dochází k nevhodnému užívání termínů a jejich aplikaci v běžné mluvě. Přesná vyjádření a adekvátní formulace naopak mohou předcházet těmto problémům a přispět k lepšímu porozumění osobám s psychickým onemocněním. Nyní si vymežeme pár příkladů užití vhodných a nevhodných vyjádření v komunikaci s touto cílovou skupinou (Kolektiv autorů, 2017).

Diagnóza není aspekt, jímž bychom měli primárně nazývat danou osobu, je to pouze něco, co je k němu přidružené, tzn., platí

pravidlo, že na první místo je vždy stažen člověk/osoba/jedinec.

Stigmatizující výrok: Klára je schizofrenička.

Běžný výrok: Klára má schizofrenii.

Citlivý výrok: Klára se vyrovnává se schizofrenií.

Jakékoliv urážlivé výrazy by měly být zcela vyloučeny. Pokud daný výraz užíváme v textu a je klíčovým, není jej možné vynechat, měl by být užit jako citace. Vhodné formulace by měly být užitý i ve spojitosti s lidmi se závislostí.

Stigmatizující výrok: narkoman, fetišák, alkoholik, blázen, šílenec, narušený, blázinec

Běžný výrok: uživatel drog, člověk se závislostí na alkoholu, člověk s duševním onemocněním /člověk s psychickým onemocněním, psychiatrická nemocnice, zařízení, pacient, klient, uživatel psychiatrické péče

Obecně dáváme přednost užití neutrálních termínů, vyhýbáme se jakémukoli vyjádření podporujícímu negativní pohled na nemocné.

Stigmatizující výrok: Karel trpí depresí. Jana je postižena úzkostnou poruchou.

Citlivý výrok: Karel má depresi / má zkušenost s depresí / překonává depresi.

Janě byla diagnostikována úzkostná porucha.

Vyvarujte se hovorovým výrazům jako např. „pilulky štěstí“ nebo „cvokař“, které mohou působit dehonestujícím dojmem a být možným důsledkem toho, že nemocný nevyhledá odbornou pomoc.

Toto jsou základní pravidla, z nichž bychom měli vycházet. Jinak ve většině komunikačních situací si vystačíme s běžnými komunikačními dovednostmi. Jak již bylo několikrát zmíněno, mnohdy ani netušíme, že daný jedinec má psychické onemocnění. Během studia se však můžeme setkat s určitými krizovými scénáři, při nichž bychom měli znát alespoň obecný postup pro komunikaci s daným jedincem. Může se jednat o dezorientovaného studenta, studenta vyhrůžujícího sebevraždou či ohrožujícího sebe, případně své

okolí, k čemuž dochází spíše v ojedinělých případech, agrese je spíše obrácena vždy proti vlastní osobě (tedy spíše se snaží nemocný ublížit sám sobě nežli druhým). Tyto situace mohou být podníceny stresem, náročností studia a vyvolat tak krizový podnět. Průvodní znaky před samotným vypuknutím ataky mohou být sledovány i vyučujícími např. student nespolupracuje, má časté absence, neodevzdává průběžné úkoly. To může u studenta vyvolat úzkost, která se může projevit dvojím způsobem, buď uzavřením se do sebe sama a omezením komunikace, nebo přílišnou horlivostí projevující se i v samotné mluvě např. nadměrným kladením otázek, hovory stáčenými zcela mimo dané téma. Celkový projev může působit velmi chaoticky a být doprovázen zvýšenou emotivitou. Jakákoliv krize je individuální, proto je důležité být se studenty v pravidelném kontaktu, jejich psychický stav průběžně sledovat a promýšlet potřebnou pomoc či způsob podpory (stopstigmapsychiatrie.cz, online, 2018; Kolektiv autorů, 2017).

Pro jednání se studenty v různých krizových situacích je uváděno několikero zásad (Čalkovská a kol., 2016, s. 34–35):

Jak jednat se studentem ve zhoršeném psychickém stavu?

- Dbejte na vlastní bezpečnost a bezpečnost druhých, včetně samotného studenta (se stojícím člověkem nejednejte vsedě, udržujte si volnou ústupovou cestu, přivzvěte k jednání kolegu), zůstaňte sami v klidu, nepanikařte, pokuste se mít v dané situaci nadhled (pokud sami nejste schopni klidu dosáhnout, je důležitá dovednost umět vyhodnotit situaci a zažádat o pomoc někoho dalšího).
- Zkuste realisticky odhadnout situaci, orientujte se podle projevů studenta – jeho verbálních vyjádření (výhrůžky, nadávky, mlčení atp.) a neverbálních projevů (neklid, třes atp.).
- Pokuste se strukturovat situaci přehledně pro všechny zúčastněné.

- Zaveďte studenta do bezpečné místnosti či otevřeného prostoru nebo požádejte ostatní studenty, aby odešli.
- Poskytněte studentovi dostatek prostoru a nedělejte nic, kvůli čemu by se cítil ohrožený (nepřistupujte k němu zezadu, nedívejte se mu upřeně do očí, nevyhrožujte mu, nezvyšujte hlas).
- I mlčení je způsob komunikace, nebojte se nechat studenta nějaký čas mlčet.
- Zkuste vést rozhovor se studentem tak, abyste snižovali napětí jak jeho, tak své.
- Pokud je student v panice, jeho schopnost vnímat okolí je velmi omezená. Je potřeba používat stručné a direktivní vedení rozhovoru (“tady se posadte”, “řekněte mi, co se děje”...).
- Zmiňuje-li student opakovaně záměr spáchat sebevraždu, nebo si ublížit, volejte záchrannou službu.

Jak vést rozhovor s rozrušeným studentem?

- Naslouchejte studentovi, dejte dostatečný prostor pro jeho pocity, – vztek, agrese, smutek (nechte ho brečet, dokud potřebuje – „Chce se vám plakat, klidně můžete...”)
- Zjistěte, co se stalo, že se student dostal do krize (Co bylo podnětem? Je to situace spojená se školou? Nebo má starosti v jiné oblasti?) – více není pro danou situaci potřeba, jen zjistěte a odkažte na další instituce, které situaci mohou řešit do hloubky (viz adresář na konci tohoto dokumentu).
- Zaměřujte se na situaci “teď a tady”, neřešte minulost ani vzdálenější budoucnost.
- Naplánujte, co student může pro sebe udělat v rámci dané situace v nejbližší chvíli (zda je možné si vzít léky pro případ krize, zda může jít sám domů, nebo potřebuje doprovod, zda je vhodné kontaktovat jeho ošetřujícího psychiatra či rodiče, zda je třeba ho doprovodit do krizového centra, zavolat mu rychlou záchrannou službu).
- Navrhněte, jaké jsou možnosti z vaší strany v dané situaci (zda je možné přesunout termín konzultace,

zkoušky, zda postačí chvíle oddechu apod.) a nabídněte je studentovi.

- Vyjadřujte se v jednoduchých větách („Jak vám je?“, „Co se stalo?“).
- Zopakujte podstatné informace.
- Ujistěte se, že je studentovi jasný plán, který jste vytvořili a zrekapitulujte ho.

(Čalkovská a kol., 2016, s. 34–35)

6.2 Poruchy autistického spektra (Aspergerův syndrom)

Poruchy autistického spektra (=PAS) jsou vrozené neurovývojové poruchy vznikající na neurobiologickém základu. Nevznikají na jednom místě v mozku, jedná se zejména o poruchu komunikačních a integračních funkcí, přičemž stěžejní roli sehrává genetika. Mají multifaktorové příčiny. Skupina je charakterizována kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci. Tuto skupinu zde vyčleňujeme, protože PAS patří pod poruchy psychického vývoje (F80–89). Z hlediska klasifikace zde patří raný Dětský autismus, Časný infantilní autismus, Rettův syndrom, Atypický autismus, Jiná dětská dezintegrační porucha, Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Jiné pervazivní vývojové poruchy, Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná, Aspergerův syndrom (Vításková, Mlčáková, 2014). V Metodického pokynu MŠMT ČR a jeho příloze „Pravidla pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy pro rok 2017“ spadá do samostatné do kategorie (E), která studenta s poruchou autistického spektra definuje jako „osobu, které neurovývojová porucha autistického spektra,

včetně Aspergerova syndromu, objektivně brání standardním způsobem plnit studijní povinnosti a žádá si psychologických a pedagogických opatření ze strany školy“.

V následující části se budeme věnovat zejména Apergerovému syndromu, neboť se studenty s tímto typem zdravotního postižení se nejčastěji setkáme na VŠ. Apergerův syndrom se od vysoce funkčního autismu může lišit vyššími verbálními schopnostmi, ale horší motorickou koordinací a vyššími sklony k depresi, obsedantně-kompulzivním poruchám a k sociálně-patologickým jevům jako např. k závislosti na alkoholu.



Obr. 57 Projevy osob s autismem

U jedinců s vysokofunkčním autismem či Aspergerovým syndromem se mohou objevit některé z níže uvedených charakteristik (Vitásková, Mlčáková, 2014):

- Kognitivní dovednosti jsou v normě či dokonce nad ní;
- U těchto jedinců se může objevit talent či nadání např. v oblasti vizuálního umění, kresby, hudby, matematiky;
- V oblasti komunikace se může objevit monotónnost řeči, která působí odtažitě, někteří jedinci se komunikací zcela vyhýbají, jiní jsou naopak velmi komunikativní a neodhadnou míru předání informací a svého komunikačního partnera mohou zahltit, u některých se objevuje ulpívání na přesném a konkrétním významu slov a vět, přehnaná artikulace hlásek, echolálie (opakování určitého slova nebo věty), perseverace (opakování slov);
- Jedinci mají také problém s porozuměním ironii, humoru a neverbální komunikaci;
- Problémy se obecně objevují v navazování interpersonální komunikace a sociální konverzace – objevuje se nejistota;
- Někdy student nedokáže přizpůsobit výklad znalostem či věku posluchače, věty mohou působit neobvykle, řeč může být velmi hlasitá i v nekonfliktní situaci;
- Fluktuace pozornosti (přesouvání pozornosti z jednoho objektu na jiný, oslabování a zesilování pozornosti);
- V chování se objevují obtíže s navázáním sociálního kontaktu, uzavřenost, zhoršená adaptace na změny a na narušení pravidelného režimu, neorganizovanost, obtíže se společenským chováním, problém reagovat flexibilně na náhle vzniklé situace – neklid – úzkost. Dále se objevuje rigidita v aktivitách a jejich pořadí, obsedantní chování;
- V emocích a myšlení se objevují pocity odlišnosti, nepochopení, osamělosti, úzkost nebo rozčilení, nervozita v nových situacích a při komunikaci s druhými, nepřítlivost na zvukové nebo světelné podněty, potíže s koncentrací pozornosti, zmatenost, neroz-

hodnost, problémy s orientací na nových místech, sociální fobie, v praktickém důsledku pak potíže s organizací studijních povinností a času. Objevuje se také depresivita, nižší sebevědomí a vědomí vlastních schopností. Mohou se objevit poruchy poznávání tváří a jejich emocionálního výrazu (zejména negativního), poruchy nálady až bipolární porucha osobnosti, nižší flexibilita myšlení, narušení praxe, problémy s praktickými manuálními činnostmi.

6.2.1 Mýty a fakta u osob s PAS

Nyní si nastíníme nejčastější mýty, které kolují o lidech s poruchou autistického spektra (Čalkovská a kol., 2016).

Lidé s autismem mají svůj svět a neprožívají emoce.

U lidí s poruchou autistického spektra není problém, že by neměli žádné emoce, mají je stejně jako všichni ostatní, ovšem mohou mít problémy s jejich rozpoznáním a ty své vyjadřují jiným způsobem. Není tedy pravdou, že by byli uzavření v jiném světě, naopak tento svět plně vnímají, ale právě z důvodu častého nepochopení ze strany většinové populace se často vyhýbají samotné komunikaci a sociální interakci.

Lidé s autismem nemají zájem o přátelství a vztahy.

I tento mýtus je opět spjat s výše uvedeným. Z důvodu neobratné komunikace mohou být tyto jedinci vyloučeni z kolektivu, ale ve skutečnosti stojí o navázání přátelství, ovšem neví, jakým způsobem to udělat ani jak si tyto vztahy udržet. Ovšem mnoho osob s Aspergerovým syndromem má partnerský vztah a vede spokojený rodinný život.

Lidé s Aspergerovým syndromem mají neobvyklé schopnosti.

Toto pravidlo neplatí, stejně jako se v běžné populaci vyskytují lidé s nadprůměrnými či jinak rozvinutými schopnostmi (matematické nadání apod.), tak se mohou vyskytnout i mezi osobami s Aspergerovým syndromem.

Poruchy autistického spektra se dají vyléčit.

Poruchy autistického spektra se nedají vyléčit zcela, ale v případě systematické péče a podpory lze někdy eliminovat symptomy takovým způsobem, že porucha přestane být na první pohled patrná. Mezi pomáhající faktory patří také soustavné vzdělávání.

6.2.2 Komunikace se studentem s poruchou autistického spektra

- Nejjednodušší zásada je strukturalizace-vizualizace-individualizace, tzn. pravidelnost v setkáních, rozvrzích, volbě míst, vizualizace informací, úkolu, pohybu apod.
- Vždy předcházejte neočekávaným změnám, tzn., pokud máte naplánovanu schůzku se svým spolužákem, nebo jste jeho asistentem, dejte vždy včas vědět změny v naplánovaných činnostech, setkáních, rozvrzích, či výuce
- V případě, že jste vyučující, dávejte zavčas vědět veškeré změny, pokud možno i písemnou formou, poskytněte studentovi důležité informace nejlépe v písemné formě před přednáškou; v případě konzultací poskytněte studentovi krátký zápis ve formě shrnutí, na čem jste se domluvili
- Při hovoru si ověřujte častěji, zda vám spolužák/student porozuměl (Čalkovská a kol., 2016, Vitásková, Mlčáková, 2014).

6.3 Bariéry jako součást života aneb Systémová podpora vysoké školy

Faktory ovlivňující adaptaci studenta s psychickým onemocněním na VŠ je mnoho a nejsou úzce spjaty pouze s bezprostředními projevy nemoci jako takové. V nastavení podmínek podpory sehrávají všechny tyto faktory svou roli a jsou nastavovány vždy po pečlivé funkční diagnostice

a konzultací s Centrem UTB ve Zlíně a jeho odbornými pracovníky.

- U psychického onemocnění je stěžejní, že se jedná o proměnlivý stav, tzn., že student trpící tímto onemocněním může být během studia hospitalizován, nebo má vyšší návratnost atak, jež jej omezují, může být častěji unaven, být roztěkaný, unavený, utlumený apod. Ostatně příčiny jednotlivých onemocnění jsou popsány výše. Z toho důvodu může docházet k vyšší absenci v docházce. Celková motivace ke studiu je ovlivněna fází nemoci, v níž se jedinec nachází, zda-li jde o nové propuknutí, stav po hospitalizaci apod. V období klidu jsou tito studenti velmi motivováni a nadšení, při zhoršení zdravotního stavu dochází k frustraci a k celkovému oslabení zájmu.

Jak můžu pomoci?

Stěžejní je, aby studenti s psychickým onemocněním nezůstali kvůli hospitalizacím celkově izolováni od kolektivu, a proto je vhodné s nimi udržovat, byť i jen písemný, kontakt a nadále jim posílat informace. V případě absencí doporučujeme pedagogům toleranci a případně smluvení individuálního studijního plánu, díky němuž si pak může student látku doplnit a absolvovat předmět. Po návratu můžeme studentům (stejně jako studentům s PAS) nabídnout psychologickou či psychoterapeutickou pomoc, která jim umožní lepší socializaci a možnosti práce se vztahy, či zvládnutí celkové zátěže kladené vysokou školou na daného jedince.

- Medikace má vliv na tempo práce a myšlení, dochází celkově k oslabení kognice, což znamená, že se student hůře soustředí na výklad, hůře chápe souvislosti osvojované látky, může se projevit zhoršený či problematický písemný či komunikační projev. Specifika se projevují ve zhoršené soustředěnosti, vtíravých myšlenkách, selhávání v organizaci času. S ohledem na to,

je zapotřebí více času na adaptaci do daného prostředí, na pracovní tempo, které je celkově ovlivněno danou nemocí a medikací. Samotné nastavení a míra medikace není otázkou jednoho sezení, ale někdy i měsíci či let, než je nastavena správná míra, která danému jedinci pomůže, což má samozřejmě dopad na úspěšnost a průběh studia, pravidelnost docházky či nutnost situací vyžadující případnou hospitalizaci.

Jak můžu pomoci?

V komunikaci se studenty s psychickým onemocněním musíme být trpěliví, ověřovat si informace, které předáváme, abychom věděli, že došlo k porozumění na obou stranách, případně zopakovat tyto informace, nezrychlovat tempo řeči a případně pořídit zápis ze setkání, aby měl student shrnující informace. Je zapotřebí, abychom vytvořili také své prostředí, v němž budeme mít student dostatek prostoru a času pro svou adaptaci.

Z důvodu některých faktorů jako nespavost, mohou mít studenti problém s nastavením denního režimu, tzn., nejsou např. schopni docházet na ranní výuku, a je potřeba se této skutečnosti individuálně přizpůsobit. Jako asistent mohu pomoci s organizací a plánováním studijních záležitostí např. s přípravou na zkoušky.

Absence, které student s psychickým onemocněním může mít, mohou vyžadovat častější konzultace s pedagogy (upřesnění či doplnění studijních materiálů přímo od vyučujících apod.). Student se také ve spolupráci s centrem a jednotlivými vyučujícími může domluvit na průběžném a rovnoměrně rozvrstveném odevzdávání závěrečných prací a následných zkoušek a mít i vytvořen náhradní plán pro krizové situace např. v případě nutné hospitalizace, tedy postup pro odevzdání povinných studijních záležitostí v individuálním termínu, který ale musí být i přesto pevně stanoven, pro možnosti náhradních termínů zápočtů, zkoušek, tak, aby se nekumulovaly v krátkém časovém období.

V případě rozvolňování studia by mělo docházet pouze z objektivních příčin a uskutečňovat se po dohodě s vyučujícími v souladu s interní školní legislativou.

- U studentů s psychickým onemocněním či poruchou autistického spektra často dochází k problémům s orientací, ať už se jedná o orientaci po budovách univerzity, městě, kolejích apod. Studenti často z důvodu špatné orientace zbloudí, nebo zaspí a nepřijdou do výuky, z čehož mohou plynout, v případě neinformovanosti, další problémy. Také náhlé změny místnosti představují problém.

Jak můžu pomoci?

Jako asistent mohu pomoci s tím, že si smluvím s daným studentem čas srazu, kdy jej vyzvednu, kdy budeme odcházet na přednášku. Asistence může spočívat také v tom, že budu poskytovat např. individuální budíček pomocí telefonu, kdy mu ráno zavolám, aby nezaspal. V rámci orientace po budovách a v univerzitním prostředí mohu studentovi dělat průvodce, ukázat mu, kde se nachází jednotliví vyučující, můžeme si stanovit konkrétní body, podle nichž se bude orientovat apod. Totéž se vztahuje i na orientaci v informačním systému školy, na webových stránkách a v jiných integrovaných portálech sloužících k výuce, kterým student nemusí porozumět a z toho důvodu se nemusí např. zapsat na zkoušku. Pokud probíhá náhlá změna místnosti, musíme o ní studenta informovat s časovým předstihem (ať už to udělá vyučující, tak pokud jsem jako spolužák informován, že nastala nějaká změna, je vhodné, abych tuto změnu mu v rámci kolegiality předal).

- U studentů s Aspergerovým syndromem bývá problémem rozlišení podstatných informací od doplňujících.

Jak můžu pomoci?

Předáváme shrnující formou (nejlépe písemnou) důležité informace, včetně termínů o jednotlivých oborech, předmě-

tech, povinných studijních požadavcích (termíny odevzdání prací, ukončení předmětu apod.). Je také vhodné ověřovat v průběhu studia, jak se studentovi daří, případně jestli je vše v pořádku. Tomu může napomoci mj. i pracovník centra, který může v průběhu semestru studenta kontaktovat.

O tom zdali student potřebuje v danou chvíli asistenta je rozhodováno ve spolupráci studenta s Centrem UTB ve Zlíně a následném procesu, který zahrnuje funkční diagnostiku a konzultace. Vše se děje ve spolupráci s vytvořenou podpůrnou sítí (pedagogové, pracovníci centra aj.) a jednotlivými mechanismy, do nichž mohou být samozřejmě zařazeni i jiní konzultanti jako odborní lékaři, rodina apod. Může se však stát, stejně jako je tomu u jakéhokoli jiného zdravotního postižení či onemocnění, že ani student s psychickým onemocněním či poruchou autistického spektra neodhadne svou volbu studijní oboru, a ten se pro něj stane nevládnutelným. Někdy může dojít samozřejmě k přecenění vlastních sil, stejně jako tomu může být u kteréhokoli jiného studenta VŠ. V tu chvíli je vhodnější, aby se student zaměřil svou pozornost zejména na zlepšení svého zdravotního stavu, než k absolvování zkoušek. Vhodným řešením se jeví např. přerušení studia, někdy i jeho rozložení do delšího časového úseku. Většina studentů, u nichž je ale zdravotní stav stabilizován, je schopna za adekvátně nastavené studijní podpory studium dokončit. Důležitost asistence či spolupráce s Centrem UTB ve Zlíně je popsána v následujícím příběhu jednoho ze studentů.

„Nikdy jsem si nedokázal představit, že by mě něco takového mohlo potkat. Někjaká psychická onemocnění šla zcela „mimo mě“, neměl jsem o nich ani tušení, co jsou, a pokud se někdy v nějaké spojitosti o nich mluvilo, tak pouze o tom, že ti lidé jsou blázní a někdo byl ve cvokárně nebo něco podobného. Jedna z těchto nemocí mě ovšem zasáhla během studia na VŠ. Nebudu říkat, že jsem to čekal, nečekal. Přišlo to nečekaně a udeřilo mě to s velkou intenzitou. Bohužel nemoc zasáhla takovou silou, že byla nutná hospitalizace, a tak jsem se poprvé setkal s tím,

že jsem na delší dobu musel přerušit studium, protože nebylo možné se ihned vrátit. Nevěděl jsem v tu chvíli, jaká bude má budoucnost. Bylo to jako bych se najednou ocitl na nějaké centrifuze, chvíli nahoře chvíli dole a vlastně pořád dokola. V tu dobu začalo na UTB vznikat centrum pro podporu studentů s jakýmkoli zdravotním postižením, na něž jsem dostal kontakt a po svém návratu se na ně mohl obrátit. Počáteční nedůvěra z nového byla brzy tatom, když jsem poznal, že tito pracovníci jsou tu opravdu pro vás a chtějí vám pomoci v restartu, či zpětném návratu, jak říkám já. Vzhledem k tomu, že mi bylo diagnostikováno psychotické onemocnění, tak v tuto chvíli ačkoli dokážu rozpoznat přicházející ataky, které mě někdy až zcela ochromí, tzn. mám problémy s tím, abych vůbec ráno vstal, někam došel, na něco se soustředil a už vůbec ne třeba na přípravu na zkoušky například...tak i přes to všechno mám velkou pomoc právě v Centru, jež mi bylo schopno ve spolupráci s vyučujícími nastavit natolik přirozené podmínky, které akceptují můj zdravotní stav a zároveň mi umožňují plnohodnotně studovat. Díky individuálně nastavené podpoře Centra zvládám své studium i za pomoci medicace a v případě nutných hospitalizací, které již nebyly nikdy natolik dlouhodobé, abych následně díky vstřícnosti vyučujících neuzavřel daný semestr, dokážu onemocnění akceptovat. Centrum je mým průvodcem i rádcem, prostředníkem, na něž se můžu s čímkoli obrátit. A v čem vidím hlavní přínos... můžu studovat a plnohodnotně žít, což by ještě před pár lety nebylo asi vůbec možné. Díky službám jsem rád za každý den se svými spolužáky.“

VÍTE, ŽE...

- Porucha s trvalými bludy je ztvárněna ve filmu *Má mě rád, nemá mě rád* s Audrey Tautou.
- Výborně ztvárněnou problematiku autismu ukazuje film *Bílá vrána* o dvou sourozencích bratřech a jejich vzájemném soužití a o tom, že někdy i cesta k vlastnímu sourozenci může být strastiplná.
- Mezi osoby, které měli PAS, patří také slavní vědci, umělci, či akademici jako jsou Albert Einstein, Ludwig van Beethoven nebo taky Mary Temple Grandin, ame-

rická profesorka státní univerzity v Coloradu, autorka bestsellerů a aktivistka v oblasti autismu?

- Prohlíhá každoročně celorepubliková destigmatizační kampaň, kterou naleznete na <http://www.tdz.cz/>?
- Na blogu k tématu „Za psychiatrii humánnější“ <http://zapsychiatrii.blogspot.com/> se dozvíte další zajímavé informace?
- Existuje profesní asociace organizací věnujících se péči o osoby s duševním onemocněním, kterou naleznete pod tímto odkazem <http://www.askos.cz/>?
- Výrobky vymezených chráněných dílen zaměstnávajících osoby s duševním onemocněním si můžete koupit zde: <https://www.fler.cz/zahrada-2000?>
- Existuje Nautis, národní ústav pro autismus, který pomáhá světu porozumět autismu a lidem s autismem porozumět světu?

STRUČNÉ SHRNUÍ KAPITOLY ANEB O ČEM BYLA ŘEČ (?)

Kapitola se zabývá definicí a terminologickým vymezením studentů s psychickým onemocněním včetně studentů s poruchami autistického spektra, konkrétně tedy se zaměřením na Aspergerův syndrom, s nímž se nejčastěji setkáváme právě v kontextu vysoké školy. V první části je nastíněna klasifikace nejčastějších psychických onemocnění, kterými může i student vysoké školy onemocnět, neboť je v rizikovém věku, i s ohledem na zátěž, stres a okolní vlivy, které mohou přispět k rozvoji nemoci, nebo s nimiž se může pouze setkat v roli poskytovatele asistenčních služeb čili asistenta Centra UTB ve Zlíně a zároveň jako průvodce jiného studenta s daným onemocněním. Základní vymezení je stěžejní v rámci pochopení dané problematiky. Zařazeny jsou zde tyto hlavní skupiny - neurotické poruchy, poruchy osobnosti, afektivní poruchy nálady, psychotické poruchy a již zmiňované poruchy autistického spektra. U jednotlivých skupin jsme identifikovali nejčastější příčiny, projevy a léčbu.

Dále byla v této kapitole podrobněji představena specifika komunikace a rizikových situací se studenty s psychickým onemocněním. Stěžejní roli spatřujeme v užívání samotného jazyka, jak jsou onemocnění pojmenována a jakým způsobem označujeme osoby s daným onemocněním. V dílčí části jsme se pokusili co nejpřesněji vymezit nejčastější mýty a předsudky, které zastává široká veřejnost a jež zkrslují pohled na osoby s psychickým onemocněním. Samostatná část byla věnována poruchám autistického spektra, přičemž byly předestřeny příčiny, základní klasifikace a hlavní znaky, které charakterizují jedince s Aspergerovým syndromem. Část textu je opět samostatně věnován mýtům a předsudkům a následně komunikačnímu procesu a jeho specifikům u dané cílové skupiny. Poslední závěrečná část kapitoly je tvořena systémovou podporou vysoké školy a zde jsou aplikovány praktické poznatky a nastavení u obou skupin studentů.

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ ←←

- Myslíte si, že by se osoby s psychickým onemocněním měly léčit v rámci nastavené léčby v odlehklých zařízeních stranou od společnosti? Zastávali byste tentýž názor i v případě, že by se jednalo o osobu blízkou (sourozenec, partner, rodič apod.)?
- Považovali byste duševní nemoc svého partnera z hlediska dlouhodobého soužití za nepřekonatelný problém?
- Myslíte si, že by student s psychickým onemocněním měl informovat své spolužáky a pedagogy o svém onemocnění? Představte si, že byste byli vy sami postaveni do této situace, jak byste postupovali, reagovali a zachovali se? A jak byste se zachovali v případě, že byste naopak byli v roli pedagoga a student vám tuto informaci sdělil – jaké strategie byste zvolili pro práci se třídou a s daným studentem?

POUŽITÁ LITERATURA

- Čáková, J. Schizofrenie. In Národní informační centrum pro mládež. [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné také z: <http://www.icm.cz/schizofrenie>
- Čalkovská, B. a kol. (2016). *Manuál podpory studentů s psychickým onemocněním na vysoké škole*. Brno: AP3SP.
- Hartl. P., Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- Kolektiv autorů. Destigmatizační manuál. In *na rovinu* [online]. 2017 [cit. 2018-1-07]. Dostupné z: <http://narovinu.net/materialy/>
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- Matoušek, O., Kodymová, P., Koláčková, J. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2017). *Pravidla pro poskytování příspěvku a dotací veřejným vysokým školám Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy*. Č. j.: MSMT-1404/2017-2.
- MKN-10. In *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [online]. 2017 [cit. 2018-1-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Novák, T., Breznoščíková, D., a kol. (2008). *Jak úspěšně plout mezi mánií a depresí: příručka pro pacienty s bipolární afektivní poruchou*. Praha: Maxdorf.
- O duševních nemocech. (2018). In *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*. [online]. [cit. 2018-04-11]. Dostupné také z: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/1_1_a_info.html
- O schizofrenii. (2018). In *Green Doors*. [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné také z: <https://www.greendoors.cz/cs/schizofrenie-psychoza-a-dusevni-onemocneni/>

- Polách, L. a kol. (2016). *Příručka duševního zdraví: 25 příběhů z psychiatrické ambulance*. Bílovice: SYMEDIS PRO.
- Polách, L. Porucha s bludy. (2015). In *u psychiatra*. [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné také z: <http://www.upsychiatra.cz/porucha-s-bludy/>
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R. (2015). *DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
- Rahn, E., Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? In *The British Journal of Psychiatry* 2007; 190(3), s. 192–193.
- Tomeš, I. (2011). *Osoby sociální politiky*. Praha: Portál.
- Vágenerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vitásková, K., Mlčáková, R. (2014). *Student s narušenou komunikační schopností na vysoké škole*. Olomouc: UPOL.
- Zvolský, P., Raboch, J. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.

Obrazový materiál převzat z:

- Obr. 57 Příznaky - projevy nemocí. Pištorová K. Autismus - příznaky, projevy, symptomy. priznaky-projevy.cz. Digitální obrázek. 20. 4. 2011. Citováno z: <https://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/135-autismus-priznaky-projevy-symptomy>



DALŠÍ DOPORUČENÁ LITERATURA K TÉMATU ANEB ROZŠÍŘTE SI OBZORY SAMOSTUDIEM

- Březinová, I. (2016). *Řvi potichu, brácho*. Praha: Albatros.
- Dörner, K., Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské*. Praha: Grada.
- Dörner K. a kol. (1999). *Osvobozující rozhovor*. Praha: Grada.
- Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika*

Seznam obrázků

Obr. 1 Grafické znázornění spastických forem dětské mozkové obrny (zleva diparéza, hemiparéza a kvadruparéza).....	27
Obr. 2 Ukázka deformací – lordózy a kyfózy.....	28
Obr. 3 Ukázka rozštěpu páteře.....	28
Obr. 4 Uvedení člověka do tzv. stabilizované polohy...	32
Obr. 5 Pozor na rychlé soudy.....	36
Obr. 6 Nezapomínejte na slušnost a etiketu.....	36
Obr. 7 Asymetrická komunikační pozice	37
Obr. 8 Nemluvte vozičkáři do zad	37
Obr. 9 Nemluvte s asistentem.....	37
Obr. 10 Ukázka z Afatického slovníku pro studenty s přidruženou afázií	38
Obr. 11 Ukázka piktogramu – vozičkář.....	38
Obr. 12a Komunikátor.....	38
Obr. 12b Mluvicí fotoalbum	38
Obr. 13a, b Ukázky mechanických vozíků.....	40
Obr. 14 Ukázka elektrického vozíku.....	40
Obr. 15a, b Ukázka sportovních vozíků.....	40
Obr. 16a, b Ukázka handbiků	41
Obr. 17a–c Ukázka plošiny a schodolezu, nájezdové rampy	41
Obr. 18 Závěsný elektrický zvedák.....	42
Obr. 19 Mycí houba zahnutá	42
Obr. 20a–d Navlékač ponožek; Talíř se zarážkou; Otevírač konzerv; Podavač.....	42
Obr. 21 Speciální trackball.....	43
Obr. 22a Ergonomická klávesnice.....	43
Obr. 22b Ergonomická myš	43
Obr. 22c Hlavové ukazovátko.....	43
Obr. 23a–e Mapování bezbariérovosti na UTB ve Zlíně (dostupnost učeben a kanceláří přes bezpečnostní dveře, nepřístupnost toalety, sjezd z chodníku a přejezd přes silnici)	45–46
Obr. 24 Stavba oka	53
Obr. 25a, b Snellenovy optotypy	53
Obr. 26a–f Refrakční vady oka.....	55
Obr. 27 Ukázka dětského okluzoru.....	56
Obr. 28a, b Signalizační hůl skládací, orientační hůl skládací.....	60
Obr. 29a Značení eskalátoru.....	60
Obr. 29b Značení schodů.....	60
Obr. 29c Značení tlačítek výtahu v Braillově písmu	60
Obr. 29d Možnosti vodicích pásek na linii do interiéru	60
Obr. 29e Vodicí linie exteriér.....	60
Obr. 29f, g Nástrahy.....	61
Obr. 30a, b Jak to udělat správně?.....	63
Obr. 31a–d Ukázání na židli	65
Obr. 32a, b Otevírání dveří a průchod ven.....	65
Obr. 33a–c Chůze do schodů	66

Obr. 34a, b Chůze ze schodů	66	Obr. 46 Ukázka základního vyšetření sluchu – audiogramu	80
Obr. 35 Úchop.....	67	Obr. 47 Ukázka komiksu pro neslyšící osoby	82
Obr. 36 Držení při průchodu zúženým prostorem.....	67	Obr. 48 Ukázka znakového jazyka	85
Obr. 37 Úchop za loket.....	68	Obr. 49a Ukázka daktylní (prstové) abecedy	86
Obr. 38a–c Úchop za předloktí, úchop za hřbet ruky, úchop za rameno.....	68	Obr. 49b Prstová abeceda pro dvě ruce.....	86
Obr. 39 Pichtův psací stroj.....	69	Obr. 50 Pomocné artikulační znaky P, M, I, Í, E, Ě.....	88
Obr. 40a–d Lupa (hlavová lupa, Clerview pevná stolní lupa, přenosná lupa s věštavěným monitorem, přenosná ručně vedená lupa, stojanová lupa s ohebným ramenem).....	70	Obr. 51 Ukázka kompenzačních pomůcek.....	92
Obr. 41 Softwary (Zoomtext, Supernova11, OCR ABBY Finereader - Tzv. „rozpoznávání“ textu z tištěné předlohy).....	71	Obr. 52 Vibraclip	92
Obr. 42 Asistenční technologie (PC se softwarem na čtení Supernova, notebook s odečítačem obrazovky a hlasovým syntetizérem, „chytrý“ mobilní telefon s operačním systémem pro možnost použít speciální odečítač Mobile Speak).....	71	Obr. 53 Hologramové ucho.....	92
Obr. 43a–c Další pomůcky (Braillovský řádek, Braillovská tiskárna, Braillovská klávesnice s Braillovským řádkem Easylink12).....	72	Obr. 54 Indukční smyčka s technologií BT.....	92
Obr. 44 Tandemové dvojkolo pro nevidomé (volný čas).....	72	Obr. 55a–e Další kompenzační pomůcky (požární bezdrátový alarm, signalizér mobilního telefonu, telefon s hlásičem pádu, vibrační budík, zesilovač pro mobilní telefon)	94
Obr. 45 Stavba ucha	79	Obr. 56 Graf základní členění psychických onemocnění.....	119
		Obr. 57 Projevy osob s autismem	130
		Tabulka 1 Počet studentů dle typu zdravotního postižení a fakulty (Centrum pro studenty se specifickými potřebami UTB ve Zlíně, 2018).....	10
		Tabulka 2 Klasifikace sluchových vad podle WHO (Šedivá, 2006, s. 7).....	81

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

© Magdalena Hanková, Jana Kasáčková, 2018

Název: Metodická příručka pro studenty UTB aneb máme spolužáka se specifickými potřebami

Autoři: Mgr. Magdalena Hanková, Ph.D., Mgr. Jana Kasáčková, Ph.D.

Vydavatel: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, www.nakladatelstvi.utb.cz

Grafická úprava: MgA. Dušan Wolf

Obálka: www.nakladatelstvi.utb.cz, <https://de.freepik.com/>

Vydání: První

Vydáno elektronicky

Rok vydání: 2020

ISBN 978-80-7454-896-3



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Strategický projekt UTB ve Zlíně, reg. č. CZ.02.2.69/0.0/0.0/16_015/0002204

KA6 - Adaptace studijního prostředí a tvorba motivačních programů a opatření ke snižování studijní neúspěšnosti na UTB

