

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA



UNIVERSITY
OF OSTRAVA
PEDAGOGICAL FACULTY

PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA
A EVALUACE 2016

**Speciálněpedagogická diagnostika
v inkluzivním vzdělávání**

**Sborník příspěvků z XII. ročníku mezinárodní
konference v sekci Speciálněpedagogická
diagnostika**

Petr Franiok (ed.)

OSTRAVA 2016

Za jazykovou a obsahovou správnost odpovídají autoři příspěvků.

Editor: doc. PaedDr. Petr Franiok, Ph.D.

Recenzent: doc. PhDr. Jaroslav Kysučan, CSc.

© Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta 2016

ISBN: 978-80-7464-862-5

OBSAH

| | |
|---|-----|
| JMENNÝ REJSTRÍK | 5 |
| SLOVO ÚVODEM | 6 |
| Franiok Petr SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA A JEJÍ MULTIDIMENZIONÁLNÍ POJETÍ VE VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM | 7 |
| Zezulková Eva, Kaleja Martin HETEROGENITA ŽÁKŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL VE SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ DIAGNOSTICE | 15 |
| Kovářová Renata DIAGNOSTICKÉ KOMPETENCE UČITELE V SOUČASNÉM POJETÍ INKLUZIVNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ..... | 25 |
| Cabanová Mariana ŠPECIÁLNE VÝCHOVNOVZDELÁVACIE POTREBY ŽIAKA, ICH DIAGNOSTIKOVANIE A POSTOJE UČITEĽOV | 31 |
| Hampl Igor RANÁ PÉČE V KONTEXTU SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ DIAGNOSTIKY..... | 44 |
| Janků Kateřina MOŽNOSTI SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ DIAGNOSTIKY SMYSLOVÉ PERCEPCE DĚTÍ S TĚŽKÝM POSTIŽENÍM ZA POMOCÍ TERAPEUTICKÉHO KONCEPTU SNOEZELEN | 51 |
| Adamus Petr PRIMÁRNÍ DIAGNOSTIKA ASPERGEROVA SYNDROMU V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU..... | 60 |
| Barlóg Krystyna DIAGNOZA DLA ROZWOJU W INKLUZYJNYCH ZAŁOŻENIACH I PRAKTYCZNYCH ROZWIĄZANIACH POLSKIEJ PEDAGOGIKI SPECJALNEJ | 68 |
| Beltkiewicz Dorota EWALUACJA REZULTATÓW ZASTOSOWANIA BAJKOTERAPII WOBEC ROZWIĄZYWANIA KONFLIKTÓW | 79 |
| Gadamska Magdalena DIAGNOZA I CO DALEJ? FORMY WSPARCIA UCZNIĄ ZDOLNEGO W ŚRODOWISKU RODZINNYM..... | 88 |
| Karnas Iwona NIEPOMYŚLNA DIAGNOZA- ROLA RODZICÓW WE WSPIERANIU ROZWOJU DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ..... | 101 |

| | |
|---|-----|
| Król-Gierat Werona | |
| OCENIANIE SZKOLNE WSPIERAJĄCE NAUKĘ JĘZYKA OBCEGO DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI | 109 |
| Żolkowska Teresa | |
| POCZUCIE JAKOŚCI ŻYCIA W KONTEKŚCIE INDYWIDUALNEGO WSPRACIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ. PRZYKŁAD KONCEPTUALIZACJI BADAŃ | 118 |

JMENNÝ REJSTŘÍK

| | |
|------------------------------|-------|
| Franiok Petr | (7) |
| Zezulková Eva, Kaleja Martin | (15) |
| Kovářová Renata | (25) |
| Cabanová Mariana | (31) |
| Hampl Igor | (44) |
| Janků Kateřina | (51) |
| Adamus Petr | (60) |
| Barlóg Krystyna | (68) |
| Beltkiewicz Dorota | (79) |
| Gadamska Magdalena | (88) |
| Karnas Iwona | (101) |
| Król-Gierat Werona | (109) |
| Żolkowska Teresa | (118) |

SLOVO ÚVODEM

Mezinárodní konference, kterou Pedagogická fakulta Ostravské univerzity pořádá každé dva roky, je v letošním roce již dvanáctá v pořadí. Konference jako celek je zaměřena na uskutečňování diagnostických a evaluačních aktivit ve všech subsystémech edukace včetně vzdělávání celoživotního. Současným trendem v zemích Evropské unie je rozvíjet školskou politiku začleňování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol, zejména s důrazem na základní vzdělávání. Uvedené inkluzivní pojetí základního vzdělávání naráží ve více zemích na problémy nejrůznějšího druhu. V souhrnu můžeme konstatovat, že jde o proces zlepšování a zlidšťování výchovy a vzdělávání ve smyslu jejího přibližování potřebám a očekáváním jedince. Lze konstatovat, že jde o poměrně optimistickou výchovnou pozici, která věří v možnosti zdokonalování a sebezdokonalování. S uvedeným novým konceptem výchovy a vzdělávání, který se v České republice stal postupně převažujícím na samém konci 20. století souzní koncepce integrace a inkluze, která se rovněž v 90. letech 20. století stala součástí paradigmatu speciální pedagogiky. Tento koncept ve svém jádru zdůrazňuje a racionálně zdůvodňuje onu optimistickou výchovnou pozici rovněž pro děti a žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Speciálněpedagogická diagnostika v inkluzivním vzdělávání reprezentuje v rámci mezinárodní konference sekci, ve které je věnována pozornost zejména otázkám speciálněpedagogické diagnostiky dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivním pojetí vzdělávání v prostředí zejména českého školství. Předkládaný sborník obsahuje rovněž nemalou část příspěvků v polském jazyce. Jde o příspěvky polských kolegů, kteří se konference aktivně zúčastnili a informovali tak svým prostřednictvím o aktuálním dění a pojetí speciálněpedagogické diagnostiky v prostředí polského školství, které podobně jako je tomu v případě českého školství, prochází poměrně rozsáhlými změnami.

Organizátoři konference chtějí tímto malým dílem přispět a napomoci učitelům a dalším zainteresovaným odborníkům k ucelenějšímu náhledu a pochopení současných změn, které ve školství části střední Evropy aktuálně probíhají.

Petr Franiok

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA A JEJÍ MULTIDIMENZIONÁLNÍ POJETÍ VE VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Petr Franiok

Abstrakt: Dítě, žák s mentálním postižením je sociální bytost a stejně jako každý jiný člověk potřebuje sociální kontakty a vztahy. Nejzásadnější koncepční změnou, ke kterému v českém speciálním školství a speciálním vzdělávání v posledních dvaceti letech došlo, je skutečnost, že výchova a vzdělání žáků s postižením, žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se stává postupně v souvislosti s inkluzivními trendy v edukaci záležitostí široce pojatého základního vzdělávání. Současný pohled na klasifikaci a diagnostiku mentálního postižení zejména v případech dětí a žáků předurčuje významnou roli školskému poradenskému zařízení – speciálněpedagogickému centru jako místu, kde se realizuje multidimenzionální pojetí speciálněpedagogické diagnostiky.

Klíčová slova: speciální vzdělávací potřeby, žák s mentálním postižením, rozvoj sociálních vztahů, Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální

Abstract: Child, pupil with special educational needs, mentally handicapped pupil is human being. The human being want social relationships for their development and this is possible over therapeutic interventions during multidimension operation.

Keywords: special educational needs, mentally handicapped pupil, development of social relationships, frame educational programme

Současný pohled na klasifikaci a diagnostiku mentálního postižení zejména v případě dětí a žáků předurčuje významnou roli a následnou odpovědnou práci školským poradenským zařízením – speciálněpedagogickému centru jako místu, kde se uplatňuje v náročném speciálněpedagogickém procesu určitá multidimenzionalita. Mentální postižení je pak rovněž i komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Omezeny či změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní, tělesné, sociální a komunikace (Vítková, 2004). Při diagnostice mentálního postižení bývá zvažováno více hledisek. Kvalitativní hledisko ovlivňuje volbu speciálně pedagogických metod práce při výchově a výuce (Franiok, 2008, s. 42). Rozlišujeme stupeň a dopad postižení u konkrétního žáka. Je nutno brát v úvahu míru a rozsah dosud získaných vědomostí, dovedností a návyků. Velký vliv má také posouzení sociálního postavení postiženého, jeho role a kvality vztahů a vazeb v rodině. Komplexní posouzení všech limitujících faktorů nám pomůže stanovit optimální míru požadavků a nároků, za kterých se žák s mentálním postižením může dobře a bez větších problémů adaptovat a dále vzdělávat.

Při popisu specifik dětí s mentálním postižením, zejména s těžším mentálním postižením jsou nejdůležitějším hlediskem jejich kognitivní funkce. *„Právě postižení kognitivních funkcí je primárním specifikem mentální retardace. Od primárního postižení kognitivních funkcí se poté odvíjí řetězec souvislostí, které vedou k jedinečné adaptaci jedince na postižení*

a vytvoření jedinečné osobnostní struktury“ (Lečbych, 2012, s. 30). Z hlediska psychických funkcí nezbytných pro kognitivní proces jej lze rozdělit na poznání smyslové a zprostředkované tzn. myšlení a řeč (Valenta, Müller, 2013). **Smyslová percepce**, vnímání mentálně postižených se projevuje zpomalenou a sníženou aktivitou, není schopné dostatečně rozlišovat předměty a jevy, postrádá potřebnou hloubku a šířku a má zúžený rozsah (Kvapilík, Černá, 1990). Rubinšteinová (1973) popisuje tyto zvláštnosti percepce konkrétněji: osoba s mentálním postižením nevidí globálně tak jako intaktní jedinec, ale postupně. Při vnímání pak takový jedinec není schopen pochopit perspektivu, částečné překrývání kontur, nerozlišuje polostíny. Značně je porušena diskriminace figury a pozadí, nediferencovanost předmětů, tvarů, barev. Jedinec není schopen prohlédnout si materiál podrobně, vnímat všechny detaily, snížená citlivost hmatových vjemů. Opožděná bývá diferenciací fonémů, nedokonalé vnímání času a prostoru.

Nejnápadnější z psychických projevů jedince je však **myšlení**, které je jednodušší, prosté s malou schopností zobecňování a neschopností abstraktního myšlení. Myšlení je také úzce spjato s řečí, která se projevuje specificky, jak po stránce obsahové tak formální (Kvapilík, Černá, 1990). Myšlení je nedůsledné, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné, nedostatečná schopnost rozumění, rozhodování, hodnocení a programování řeči (Valenta, Müller, 2013). Z hlediska řeči, uvádí Rubinšteinová (1973), typická je malá slovní zásoba, značný agramatismus, užívání jednoduchých vět, problémy v oblastech dyslexie, dysortografie a dysgrafie.

Paměť u mentálně postižených je především mechanická a má převahu nad paměti logickou. Typické je pomalé osvojování nových poznatků, nedůkladné uchování a nepřesnosti ve vybavování (Kvapilík, Černá, 1990). Valenta, Müller (2013) hovoří také o nekvalitním třídění pamětních stop, to znamená, že jedinec nedokáže z vnímaného vyčlenit to podstatné.

Pozornost jako další funkce, rozsah pozornosti je zúžený, pozornost bývá do značné míry kolísavá, nestálá a rozptýlená (Kvapilík, Černá, 1990). Z hlediska strukturování vyučovací jednotky je důležité, aby po soustředění následovala relaxace. Schopnost udržet pozornost souvisí také na druhu postižení, např. u dětí s ADHD je pozornost velmi krátká (Valenta, Müller, 2013).

Jednou z nejvýznamnějších oblastí u dětí, která ovlivňuje jejich prožívání a chování je **emocionalita**. Děti s mentálním postižením jsou emočně nedospělé a chovají se, jako děti v nižší věkové kategorii (Švarcová, 2006). Chybí citové odstíny, buď převládá jednostranné uspokojení či jednostranné nespokojení. Události vnímají buď povrchně s minimálním prožitkem, nebo naopak silně a interně. Hodnoty a postoje jsou tvořeny na základě egocentrických emocí. Vyskytují se chorobné poruchy nálad, které můžou směřovat i do stavu euforie, nebo apatie provázená lhostejností, popř. „černými myšlenkami“, které bývají poslem blížící se nemoci (záchvatu) (Rubinšteinová, 1973). Ve volných projevech specifickým rysem, kromě jiných již dříve zmíněných, je dysbulie (porucha vůle) a abulie charakterizována jako nerozhodnost, nedostatek vůle, neschopnost zahájit činnost, snížení či ztráta volných činností (Hartl, Hartlová in Valenta, Müller, 2013). Děti s mentálním postižením mívají také specifickou aspiraci, kde stabilita aspirace je projevem duševního zdraví. Úroveň aspirace pak může jít na jednu stranu, tj. k podhodnocování se či nadhodnocování se. U dětí s různým stupněm a typem mentálního postižení lze vymezit některé společné charakteristické rysy, nicméně jednotlivé případy dětí s mentálním postižením se od sebe značně liší, ostatně tak jako se liší člověk od člověka, a proto přístup ke každému z nich musí být individuální.

Možnosti integrace osob s mentálním postižením a inkluzivní vzdělávání

Při komplexním posouzení jedince s kombinovaným postižením velkou roli má jeho sociální prostředí. Integrace se týká samotné osobnosti postiženého i jeho socializace. Pro sociální integraci je důležitý vzájemně podmíněný vztah existence handicapovaného a intaktního člověka vedle sebe ve společnosti. Je to určitý, ale i dynamicky proměnný stav. S časem podléhá změnám. Sociální integraci definuje Ján Jesenský (1993) jako „spolužití postižených a nepostižených při oboustranně přijatelné nízké míře konfliktnosti vztahů obou skupin lidí. Sociální integrace úzce souvisí s integrací osobnosti, kterou chápeme jako zformování osobnosti v jejich následujících složkách (kognitivní, volní, emotivní jako spolužití postižených při oboustranně přijatelné nízké míře konfliktnosti vztahů, charakterové, ...) ve schopnosti cílevědomě a smysluplně s individuální mírou samostatnosti působit. Podstatným rysem sociální integrace je socializace či resocializace, tedy postupné začleňování, vrůstání člověka handicapovaného do společnosti a její kultury“.

Činnost speciálních pedagogů a dalších odborníků u osob s mentálním postižením je velmi náročná, vyžaduje mimořádné optimální podmínky a vysokou odbornost. Proto určení školní zralosti ve věku do šesti let ve většině případů je diagnostickým problémem, dochází k častějším návrhům na odklad školní docházky. V současnosti se podílejí na komplexní péči resorty zdravotnictví, školství a sociálních věcí, velkou roli má včasná diagnostika v rámci rané péče, ucelená rehabilitace, systém speciálního vzdělávání, odborného speciálně pedagogického poradenství, po roce 1990 řada nových alternativních forem pomoci v podobě nestátních organizací – církví, nadací, občanských sdružení, soukromých společností. Nejdůležitějším článkem je však zcela určitě funkční rodina, kvalita jejich rodinných vazeb, schopnost přizpůsobit se, schopnost citových prožitků, podnětného prostředí a hlavně zázemí a jistoty. Důležitým faktorem je zvládnutí všech fází přijetí postiženého dítěte a začlenění do rodiny. Po fázi šoku, fázi postupné akceptace je dosažení třetí fáze, fáze realismu zásadní pro další optimální vývoj edukaci jedince s kombinovaným postižením. Rodiče by měli zvládnout a smířit se s omezenými vzdělávacími možnostmi svého dítěte a neklást mu neadekvátní požadavky, směřovat a vést ho společně se speciálními pedagogy ke zvládnutí sebeobsluhy a samostatnosti v dospělosti a tím i dosažení co nejvyššího stupně sociální integrace. Sociální integrace je proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti – je tedy něčím naprosto přirozeným a týká se každého člena společnosti. Od konce 20. století se objevují se i nové trendy v začleňování postižených do společnosti a mluvíme o tzv. inkluzivních postupech. Inkluze je chápána jako nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení.

Vzdělávání osob s mentálním postižením

Při strukturování cílů edukace je nutné dodržení určitou posloupnost. To by se dalo vyjádřit trochu zjednodušeně postupovat od obecného cíle edukace (např. v praktické škole (jako škole střední) zvládnutí základních praktických činností pro život), mít na mysli předpokládanou dosažitelnou úroveň (determinující je jistě rodinné zázemí, stupeň mentálního postižení a kombinace dalšího postižení. V obecné rovině jde o optimální rozvoj osobnosti s respektováním individuálních zvláštností a rozvoj speciálních výchovně vzdělávacích potřeb vyplývajících z postižení. Dále pak je to dosažení žádoucí úrovně vzdělanosti, vychovatelnosti a maximálního stupně jejich socializace. (Ludíková, 2005). V případech některých jedinců může být velmi obtížné a komplikované dosažení uspokojení základních lidských potřeb tak, jak se jimi zaobírá Vítková (2004, s 327):

- Potřeba zamezení hladu, žízni a bolesti.
- Potřeba podnětů, změny a pohybu.
- Potřeba jistoty a stability – spolehlivost vztahů.

- Potřeba vazby, být někým přijat, potřeba něhy.
- Potřeba uznání a sebeúcty.
- Potřeba nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení.

Jde o běžné základní lidské potřeby, které si zdravý člověk dokáže sám uspokojit, zajistit či vydobýt. Považuje je za samozřejmost. Zkušený speciální pedagog a citlivý člověk pochopí, že má hlavně na mysli empatii, respektování a úctu, které pomohou zajistit tyto základní potřeby. Je třeba mít na mysli, že lidé s kombinovaným postižením vyžadují ke svému dalšímu rozvoji také interakci s dalšími lidmi:

- tělesnou blízkost, aby mohli získat přímou zkušenost
- pedagoga/terapeuta, který jim přiblíží jejich prostředí co nejjednodušším způsobem
- pedagoga/terapeuta, který jim umožní pohyb a změny polohy
- každého, který jim rozumí i bez řeči a spolehlivě o něj pečuje.

Zkušený speciální pedagog a citlivý člověk pochopí, že má hlavně na mysli empatii, respektování a úctu, které pomohou zajistit tyto zvláštní potřeby. Učení se důsledkem vlastního jednání místo předání odpovědnosti hierarchickým strukturám je základním předpokladem dalšího rozvoje těchto osob. Např. žák je podporován v tom, aby si obhájil volbu hudby.

Společné překonávání úkolů místo principu konkurence a soutěživosti. – např. v pracovních aktivitách společně vyrobit předmět do soutěže podle zadání a společně podle svých schopností si rozdělit jednotlivé úkony v postupu práce. Zvýšení množství a kvality programu pak ukazuje, že současné učení je základem pro další, uvědomění si, že existuje více cest ke splnění (důležitý poznatek pro osobu s kombinovaným postižením), veškerá činnost má jasný cíl, úkol odpovídá úrovni dané skupiny. Zde se nabízí možnost vytvoření skupin žáků na základě sociálních vztahů.

Modelu úspěšného chování a jednání dosáhneme, pokud si uvědomíme souvislost motivace se strukturou našich potřeb. Americký psycholog Abraham Maslow vytvořil známou hierarchii lidských potřeb. Základní silou, která motivuje člověka, je zaměření ke své seberealizaci: motiv – cesta – cíl. Ve vzdělávání má motivace nezastupitelnou a nenahraditelnou úlohu. Zvláště pak u osob se speciálními vzdělávacími potřebami a zejména vždy u žáků s mentálním postižením. Tato myšlenka má své opodstatnění i ve zdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami. Tak jako u zdravé populace musí být přinejmenším částečně uspokojeny potřeby, které jsou položeny nejnižše, abychom pomocí vhodné motivace postupovali směrem nahoru s ohledem na speciální vzdělávací potřeby jedince. Dosáhneme nejvyšší míry jeho socializace a umožníme mu rozvíjet svou osobnost a tím se seberealizovat.

Zásady a organizace vzdělávání

Ve vzdělávání osob s mentálním postižením je nutné vycházet z principů pedagogiky a didaktiky, ale tyto zásady je třeba přizpůsobit a upravit nejen s ohledem na rozsah mentálního postižení, ale i brát na zřetel další varianty a kombinace vad. Z těchto faktů musíme vycházet při vytváření požadavků na uspořádání výuky, forem výuky, zásad a organizaci. I znalost jednotlivců, jejich kazuistik a pak znalost a informovanost o celé skupině, třídě má důležitý význam pro vytvoření dobrého zázemí pro kvalitní vyučování. Vítková (2004, s. 330) uvádí základní požadavky na vyučování následovně:

- Realizace vyučování, ve středu pozornosti je žák a jeho životní situace.
- Užití jednání vztaženého k činnosti, která směřuje k individuálním výukovým cílům.
- Uspořádání vyučování jako otevřeného, variabilního procesu. Zajištění atmosféry

jistoty a bezpečí jako základu pro vytváření vztahů.

- Zajištění zážitkové sféry, abychom dosáhli orientovanosti postiženého k osobám a věcem.

Nejběžnější formou výuky v edukaci osob s mentálním postižením je obvykle individuální přístup, popřípadě výuka v menších skupinkách. Výuka je postavena na hře, zážitku. Žáci, studenti nejsou rušeni a stresováni časovým limitem zvonění, činnosti se střídají v kratších časových úsecích než je běžná 45 minutová vyučovací hodina. Individuální je také podle stupně a rozsahu postižení odpočinek, relaxace. Vhodné je použít polohování, orientaci v prostoru, nácvik sebeobsluhy a tyto aktivity střídat individuálně podle žáka. Frontálního (hromadného) vyučování se používá minimálně nebo většinou v kombinaci s jinou formou.

U žáků ve speciálním vzdělávání se v současné době ve vzdělávání zdůrazňují pedagogické, případně speciálně pedagogické metody a postupy, individuální podpora v rámci výuky, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga. Při vzdělávání žáků se zdravotním postižením se rozumí využití speciálních vzdělávacích metod, prostředků, postupů a forem, rehabilitačních a kompenzačních učebních pomůcek, speciálních učebnic, didaktických materiálů. Důležité je zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě či skupině. U žáků s těžkým zdravotním postižením (patří mezi ně i žáci s kombinovaným postižením) se zdůrazňuje co nejvyšší míra podpůrných opatření s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb. Navíc zdůraznění poskytnutí nezbytné pomoci žákům s těžkým postižením při sebeobsluze, pohybu a činnostech během vyučování, při školních akcích jsou řešeny vesměs přes asistenta pedagoga.

Ve výchovně vzdělávacím procesu žáků s mentálním postižením je nutné vycházet z důkladné speciálně pedagogické diagnostiky. Při výběru alternativních vzdělávacích metod a specifických organizačních forem, podpor a intervencí je důležité vybrat a zvolit tu správnou alternativní specifickou edukační metodu, která zohledňuje dané postižení.

Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální – 2. díl

Rámcový vzdělávací program základní školy speciální – 2. díl je určen pro výuku v tzv. rehabilitačních třídách, které jsou zřízené pro žáky s velmi závažným zdravotním postižením (s těžkým a hlubokým mentálním postižením, autismem a více vadami), které jim znemožňuje vzdělávání na úrovni 1. dílu Rámcového vzdělávacího programu základní školy speciální. Vzdělávají se zde rovněž děti, které absolvovaly cyklus přípravného stupně základní školy speciální. Zařazení tohoto vzdělávacího programu základní školy speciální do vzdělávacího systému umožnilo z naší školské legislativy odstranit článek o osvození dětí od povinné školní docházky a náš stát plní ustanovení Ústavy České republiky o právu na vzdělání (školský zákon č. 561/2004 Sb. ve znění předpisů následujících). Hlavním cílem uvedeného vzdělávacího programu – 2. dílu je dosažení maximální úrovně vzdělání, výchovy a socializace v rámci možností dítěte. Program usiluje o naplnění těchto cílů:

- osvojit u žáků základní hygienické návyky a činnosti týkající se sebeobsluhy,
- rozvíjet pohyblivost žáků a snažit se o dosažení co nejvyšší možné míry jejich samostatnosti a orientace ve vztazích v okolí,
- vést žáky k rozvíjení komunikačních dovedností využíváním systémů alternativní komunikace,
- rozvíjet u žáků schopnost spolupracovat s blízkými osobami a vykonávat jednoduché úkony,
- připravovat žáky k tomu, aby se projevovali jako samostatné osobnosti
- vytvářet u žáků potřebu projevovat pozitivní city,

- rozvíjet pozornost, vnímavost a poznání.

Pro každého žáka je vypracován individuální vzdělávací plán. Základním východiskem při jeho zpracování je speciálně pedagogická diagnostika, diagnostika a závěry poradenského zařízení, doporučení dalších odborníků (lékař, fyzioterapeut, logoped...). Individuální plán se čtyřikrát do roka vyhodnocuje (pololetní vysvědčení a čtvrtletní hodnocení). Preferuje se individuální práci s žákem, práci s malou skupinkou, paralelní činnost dvou pedagogů (speciální pedagog, vychovatel, asistent), společnou práci s celou skupinkou. Jednotlivé organizační formy nejsou jednoznačně časově ohraničeny. Speciální pedagog respektuje právo dítěte na rozvoj ve vlastním tempu, tomu podřizuje směr celého výchovně vzdělávacího procesu. Jedna z pěti vzdělávacích oblastí je věnována umění a kultuře. V této vzdělávací oblasti jsou obsaženy 2 vzdělávací obory – předměty: výtvarná výchova a hudební výchova. Hudební výchova, hudebně výchovné a hudebně pohybové činnosti mají nezastupitelné místo v rozvoji každého dítěte. V případě dítěte – žáka s mentálním postižením by bylo chybou právě tyto činnosti redukovat. Hudba má poměrně jedinečný rozvojetvorný potenciál přes své základní stavební kameny, které jsou hojně využívány ve speciální části hudby a hudební výchovy, v muzikoterapii.

Hudební edukace

Hudba a rytmus jako léčebné prostředky jsou lidmi využívány už od nepaměti. Neexistovala a neexistuje žádná kultura, která žije, popř. žila bez hudby. Původně byla hudba chápána hlavně jako forma komunikace s nadpřirozenými silami, jako způsob, kterým se lidé snažili zapůsobit na bohy a démony. Byl to také způsob boje s chorobami. Při magickém léčení a zaklínání byl hlavní rytmus vytvářen poměrně prostým způsobem, například tlučení holí do dutého kmene nebo o kámen. Měnila se přitom opakovaně intenzita a tempo a magický vliv tohoto rytmu ještě umocňoval šaman svým zpěvem (Šimanovský 1998, Franiok in Pipeková, Vítková 2001). Základ nejstarší hudby tvořily neartikulované výkřiky, jednotvárné prozpěvování několika málo tónů, při doprovodu rytmických úderů primitivních nástrojů. Provozování hudby často gradovalo až do kolektivní extáze. Věřilo se, že taková hudba účinně zahání a vyhání z těla nemoci a zlé duchy.

Nesmíme opomenout význam a sílu rytmu. Prakticky všechno má svůj rytmus. Od jednoduchých pulsací jednobuněčných organismů, od otáčení Země okolo své osy a rotací kolem Slunce až po spoustu rytmů, které probíhají uvnitř svého těla. Rytmičky tep srdce, střídání nádechu a výdechu, mozkové vlny, a jejich pravidelná peristaltika nás udržují naživu. Výzkumy ukazují, že změny srdečního tepu jsou přímo závislé na změnách tempa hudby. Bylo zjištěno, že srdeční tep je citlivý jak na hlasitost, tak na rytmus hudby. Někteří lidé mají tendenci synchronizovat svůj srdeční tep nebo dechovou frekvenci podle rytmu hudby. Proto rytmus, pravidelné střídání uvolnění a napětí, je jedním ze základních projevů hudby a života vůbec.

Muzikoterapie u dětí s mentálním postižením

Terapeutické účinky zvuku a hudby mají své oprávněné místo i v oblasti speciální pedagogiky. Dobře vedenou lekci hudební výchovy můžeme chápat v určité rovině pohledu a při určité míře zjednodušení jako muzikoterapii. Hudební výchova má charakter mnohotvárného procesu, probíhajícího v úzkém kontextu se všemi výchovnými složkami (Franiok in Pipeková, Vítková 2001). Hudební výchova není právě pro handicapované dítě jedním z mnoha vyučovacích předmětů a činností, ale velmi často základním principem pro celkovou podporu rozvoje osobnosti (Franiok in Pipeková, Vítková 2001). Zatím stále nedoceněný v hudebně výchovném procesu je celkový rozvoj smyslový a rozumový, protože si musíme být vědomí stálého prolínání hudební a tělesné výchovy do všech ostatních složek

výchovy. Zcela přirozeně působí prolínání hudební a tělesné výchovy, které se uskutečňuje ve všech formách hudebně pohybových činností (Franiok in Pipeková, Vítková 2001).

Rytmus, melodie, hudební a nehupební zvuky, aktivní zapojení dítěte do vytváření hudby, hra na tělo, tanec, ale především radost a zaujetí pro tento druh terapie – to vše se využívá k tomu, aby se děti otevřely, a terapeut mohl nenásilně rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti. Muzikoterapie u mentálně retardovaných zaznamenává velmi kladné výsledky. Intenzivně rozvíjí zejména smyslové vnímání, estetické citění, pohybovou činnost. Velmi často bývá mentální retardace ve spojení s tělesnými vadami nebo s menší pohybovou obratností. Proto má využití muzikoterapie velký význam i v oblasti somatopedie. Možnost pohybovat se podle rytmické hudby vede k prohloubení vnímání dynamiky a rytmu (Franiok, 2008). Vede k soustředění pozornosti, rozvíjí paměť a fantazii. V tomto smyslu hudba není jen záležitostí citu, nýbrž je nezbytnou potřebou člověka. Hudební výchova rozvíjí u dětí vnímání rytmu, tempa, melodie, harmonie (Franiok in Pipeková, Vítková 2001). U osob s mentálním postižením rozvíjí sluchové schopnosti, využívá jejich zájem o jednotlivé zvuky a tóny a prohlubuje citové prožitky. Spontánní motivace daná radostí z hudby má blahodárný vliv a pomáhá při zlepšení řeči. V oblasti logopedie jsou hudební aktivity rozvíjeny již delší dobu. Týká se to především koktavosti, ale i dalších případů narušené komunikační schopnosti dětí. Navíc hudba a zvuk je ideálním prostředkem k uvolnění zátěžových stavů a nastřádané tenze. Práce muzikoterapeuta spočívá v tom, že umožňuje také mentálně osobě s mentálním postižením dosáhnout vnitřní relaxaci, pomáhá vyrovnávat a podporovat citový vývoj, snaží se podporovat rozvoj kladných interpersonálních vztahů. Prostřednictvím hudby získává handikepovaný širší estetické znalosti, rozšiřují se pro něj možnosti sociálních vazeb a kontaktů, kultivuje se jeho osobnost, roste jeho schopnost umění vnímat, cítit k němu nějaký vztah, hodnotit je třeba tou nejjednodušší škálou. Hudba pak vnáší do světa mentálně postižených jedinců harmonii a krásu (Franiok in Pipeková, Vítková 2001). Prostřednictvím hudební aktivity může handikepovaný jedinec vkládat do světa, do svého bytí svou identitu, která jeho pojetí světa dosud scházela. Tím, že jedinec s mentálním postižením prochází určitou hudební zkušeností, rozšiřuje svou zkušenost a své poznání.

Děti mají rády pohyb, tanec, aktivní podílení se na hudbě. V tom v zásadě spočívá obrovský potenciál pro práci na všestranném rozvoji dětí. Každé dítě je jiné a každé je osobnost. Co platí a funguje v jednom případě dítěte s mentálním postižením, to u toho druhého nezabírá – byť se jedná o děti se stejnou diagnózou, se stejným stupněm postižení. Nikdy není nic stoprocentně dáno. Podstatou je stanovit si cíle, ale cesta k cíli se u každého dítěte se společně hledá.

ZÁVĚR

Výuka žáků s různými stupni mentálního postižení má svá specifika. Vyučovací předměty se vzájemně prolínají – více než při vzdělávání žáků s kterýmkoliv jiným typem zdravotního postižení. Proto záleží na odborných schopnostech a kreativitě speciálního pedagoga. Prvky hudební a pohybové výchovy, výtvarné výchovy se prolínají do ostatních vyučovacích předmětů. Využití jejich prvků může mít kladný význam v osvojování učiva. Je všeobecně známo, že děti se většinou zapojí aktivněji, přidáme-li do procesu učení trochu hudby a rytmu. Dospěli jsme k poznání, že dnes existují možnosti (např. alternativního školství, alternativních metod), které při zajištění podpůrných opatření, specifík vzdělávání, organizačních forem a respektování individuálních zvláštností dětí s mentálním postižením jsou efektivní. Zaměřili jsme se na možnosti vzdělávání a diagnostiky těchto osob uplatněním terapeutických event. kvaziterapeutických metod jako alternativních metod používaných ve vzdělávacích programech našich škol, např. v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní školu speciální. Uvedené je možné chápat rovněž jako východisko multidimenzionálního pojetí

ve speciálněpedagogické diagnostice.

LITERATURA

EDELSBERGER, L. a kol. 2000. *Defektologický slovník*. Praha: H+H, 2000.

FRANIOK, P. 2008. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita – PdF. ISBN 978-80-7368-274-5.

JESENSKÝ, J. 1993. *Prostor pro integraci*. Praha: ComeniaConsult.

KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. 1990. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum.

LUDÍKOVÁ, L. A kol. 2005. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1154-7.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. A KOL. 2001. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido.

Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální. Praha: VÚP, 2006.

ŠIMANOVSKÝ, Z. 1998. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha: Portál.

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

VALENTA, M., MÜLLER, O. 2013. *Psychopedie*. Praha: Parta. ISBN 80-7320-099-2.

VALENTA, M., MÜLLER, O., LEČBYCH, M. a kol. 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3829-1.

VÍTKOVÁ, M. 2004. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Petr Franiok, doc. PaedDr. Ph.D.

Ostravská univerzita – Pedagogická fakulta

Dvořákova 7, 701 03 Ostrava, ČR

E-mail: Petr.Franiok@osu.cz

HETEROGENITA ŽÁKŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL VE SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ DIAGNOSTICE

Eva Zezulková, Martin Kaleja

Abstrakt: Obsah příspěvku reflektuje změny související s aktuálními trendy inkluzivního vzdělávání. Heterogenita třídních kolektivů se výrazně mění a zcela legitimně klade zvýšené nároky na připravenost pedagogů pro odbornou pedagogickou práci s dětmi a žáky, které mají vybavit souborem klíčových kompetencí potřebných k celoživotnímu vzdělávání v rámci procesu socializace. Naplnění myšlenky inkluzivního vzdělávání se neobejde bez poskytování určité míry podpory žákům, kteří ji objektivně potřebují k překonání nezaviněných překážek bránících v uplatnění svého vzdělávacího potenciálu. Předpokládaná individualizace podpory v rámci inkluzivního vzdělávání nutně vyžaduje změnu orientace od diagnostiky zaměřené primárně na zjišťování konkrétní diagnózy žáků k diagnostice zaměřené na zjišťování míry podpory, kterou žák potřebuje při vzdělávání. Tato musí být východiskem navrhování konkrétních podpůrných opatření. Cílem příspěvku je zdůraznit potřebu trvalého angažmá školních speciálních pedagogů v týmu školního poradenského pracoviště.

Klíčová slova: Inkluzivní vzdělávání, heterogenita žáků, podpůrná opatření, individualizace výuky, pedagogická diagnostika, speciálněpedagogická diagnostika, školní poradenské pracoviště, speciální pedagog, rizikové faktory školní neúspěšnosti, přímá podpora, plán pedagogické podpory

Abstract: The content of this article reflects the changes related to the current trends of inclusive education. The heterogeneity of class groups is changing significantly. This absolutely in a legitimate way places increased demands on preparedness of teachers for professional pedagogical work with children and pupils who should be equipped with a set of key competences necessary for lifelong learning within the process of socialization. Fulfilment of the thought of the inclusive education cannot happen without a provision of a certain level of support for pupils who objectively need it to overcome accidental obstacles preventing them from application of their educational potential. The expected individualization of support within the inclusive education necessarily requires a change of orientation from diagnosis focused primarily on finding specific diagnosis of pupils to a diagnosis focused on identifying the level of support needed by the pupils during education. This has to be a starting point in suggestion of specific supportive measures. The aim of this article is to emphasize the need of continuous engagement of school special education teachers in the team of school counselling centre.

Key words: Inclusive Education, Heterogeneity of Pupils, Supportive Measures, Individualization of Education, Pedagogical Diagnosis, Special Education Diagnosis, School Counselling Centre, Special Education Teacher, Risk Factors of School Failure, Direct Support, the Plan of Pedagogical Support.

ÚVOD

Se stupněm dosaženého vzdělání pozitivně koreluje možnost uplatnění jedince na trhu práce. Kvalitativní pohled tohoto problému přitom ve svém konceptu představuje optimální vyváženost individuálních schopností, znalostí a dovedností s produktem profesní linie člověka. Kvantitativní pohled má koncept odlišný, orientující se na profesní různorodost, resp. na četnost možností profesního uplatnění a jejich plné využití. Analýzy změn ve společnosti, které se dotýkají oblasti vzdělávání jak z mezinárodního, tak národního pohledu, potvrzují i záměry vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy ČR. Významným cílem *kurikulární reformy* je značné posílení role školy při stanovení cílů a obsahu vzdělávání vypracováním školních vzdělávacích programů (ŠVP), které dále rozvádějí a konkretizují vyšší úroveň, tj. rámcové vzdělávací programy (RVP). Ty zdůrazňují vyváženost hlavních složek obsahu (vědomostí, dovedností a postojů), zavádějí tzv. *klíčové kompetence*, které jsou nezbytné pro uplatnění v současné společnosti a pro schopnost se vyrovnat se stálými změnami. Vytvářejí rovněž dostatečný prostor pro výchovu k toleranci, porozumění a respektu k druhým jedincům, jiným národům a kulturám a také vůči přírodě. Obecně lze říci, že cílem obsahu vzdělávání podle formálně koncipovaného kurikula, je vybavit všechny žáky souborem klíčových kompetencí na úrovni, která je pro ně dosažitelná, a připravit je tak na další procesy celoživotního vzdělávání a uplatnění ve společnosti. Institucionální garance osvojování klíčových kompetencí v sobě zahrnuje dlouhodobý a složitý proces, který má svůj počátek v předškolním vzdělávání, pokračuje v základním a středním vzdělávání a postupně se dotváří v průběhu celoživotního učení. (RVP ZV, 2016).

1. HETEROGENITA ŽÁKŮ VE SPOLEČNÉM VZDĚLÁVÁNÍ

Současné legislativní změny probíhající v systému vzdělávání svým charakterem podporují heterogenitu třídního kolektivu. Kladou tak formální důraz na přirozenou rozdílnost dětí a žáků v různých oblastech socio-edukativních charakteristik, včetně jejich speciálních vzdělávacích potřeb. Odborná pedagogická veřejnost v důsledku těchto výrazných změn čelí různým situacím z důvodu pestré variability interpretací uvedených změn. Kritickým měřítkem činnosti pedagogických pracovníků je jejich odborná připravenost, přičemž nároky mají vzrůstající tendenci. Aktuální celoplošné výzkumy (Kaleja, 2015, Zezulková, 2015) ukazují, že pedagogové vykovávající různé pozice na školách skutečně nejsou dostatečně kvalifikovaně připraveni pracovat se všemi dětmi a žáky, kteří budou vyžadovat určitou míru podpory pro naplnění cílů vzdělávání. Jako příklad je možné uvést žáky s lehkým mentálním postižením. Jejich vzdělávání se dříve uskutečňovalo zpravidla v základní škole praktické nebo byli integrováni do škol hlavního vzdělávacího proudu, případně do základních škol speciálních, kde byli vzděláváni podle RVP ZV LMP¹. Zrušením tohoto kurikulárního dokumentu jsou automaticky žáci s lehkým mentálním postižením vřazeni do společného vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu. Struktura heterogenity z logiky věci v oblastech socio-edukativních charakteristik třídních kolektivů je tak mimo jiné umocněna o specifika školní edukace těch, v jejichž řadách klademe důraz na individualizovaný přístup. (Kaleja, Zezulková, Adamus, Mühlpachr, 2015) Procesy jejich vzdělávání se v intencích legislativních děkčí uzpůsobují tak, aby obsahy, formy a metody odpovídaly jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které umožní vzdělávání v nesegregovaném institucionálním prostředí. (více viz 82/2015 Sb.)

V této souvislosti se setkáváme s tzv. *společným vzděláváním* a *inkluzivním vzděláváním*. **Společné vzdělávání** se v obecném kontextu interpretuje jako vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu, kdy se socio-edukativní charakteristika dotčené skupiny dětí a žáků

¹ Rámcový vzdělávací program, příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením

vyznačuje heterogenitou. Socio-edukativní charakteristika dotčených nepodléhá klasifikačnímu, bodovému ani žádnému jinému hodnocení, ač její vlastní kontext někdy více, někdy méně významně zasahuje do všech faktorů intencionální a funkcionální povahy vzdělávací trajektorie. **Inkluzivní vzdělávání** se realizuje ve společném vzdělávání a při jeho interpretaci se klade důraz na určitou míru podpory vzdělávání všech žáků, kteří tuto podporu nezbytně potřebují pro jeho naplnění. Nejsou zohledňovány jen *speciální vzdělávací potřeby* dětí a žáků, nebo jednotlivce (jak tomu bylo dříve). Tzv. podpůrná opatření reflektují aktuální trendy v oblasti školské edukace a smyslem jejich implementace je dosažení maximálního rozvoje všech dětí a žáků. Procesy spojené s implementací podpůrných opatření zároveň nezpůsobují žádnou újmu dotčeným a ani ostatním, kteří jsou ve společném vzdělávání. Takto pojata heterogenita tříd zcela legitimně klade zvýšené nároky na subjektivně vnímanou a objektivně garantovanou připravenost celého pedagogického sboru pro odbornou pedagogickou práci s dětmi a žáky, které mají vybavit souborem klíčových kompetencí potřebných k socializaci a zároveň připravit je tak na další procesy celoživotního vzdělávání.

Legislativními změnami, zejména úpravou §16 novely školského zákona č. 82/2015 Sb. je nově definována nejen podpora pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, ale zároveň nově nastavena i podpora pro ty, kteří mají ve vzdělávání přetrvávající obtíže a u nichž se objevují rizikové faktory signalizující možné neúspěchy s možným dopadem na celoživotní vzdělávání. Termín **podpůrná opatření** se tak stává klíčovým pojmem v procesu inkluzivního vzdělávání. Jedná se o reakci na dlouhodobě diskutovanou nutnost pedagogické i poradenské praxe poskytovat žákům podpůrná opatření pro vyrovnání jejich obtíží ve vzdělávání. Novela školského zákona a prováděcí vyhláška č. 27/2016 Sb. nadále používají pojem **speciální vzdělávací potřeby** (dále jen SVP), ale opouští dřívější taxativní kategorizaci dětí, žáků a studentů se SVP podle *zdravotního postižení, zdravotního znevýhodnění, sociálního znevýhodnění*. Tím nastavuje pravidlo, že právo na vzdělání těch žáků, kteří nezbytně potřebují pro jeho naplnění určitou míru podpory, bude řešeno mj. formou poskytnutí podpůrných opatření. Ta budou poskytována všem žákům, kteří je objektivně (nejen podle svého subjektivního mínění) potřebují k překonání nezaviněných překážek bránících uplatnění svého vzdělávacího potenciálu. Dosavadní pojmy - *zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění a sociální znevýhodnění* - budou nahrazeny individuálním posouzením vzdělávacích možností žáků a z nich vyplývajících souborů podpůrných opatření (dle příslušného stupně, jež jsou podrobně specifikovány v prováděcí vyhlášce č. 27/2016 Sb.). Prioritně nebudou zdůrazněny příčiny poskytování podpůrných opatření, ale individuální vzdělávací potřeby a speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů. Důraz bude kladen na efektivní posuzování vhodných podpůrných opatření umožňujících překonání či zmírnění důsledků zdravotních, sociálních, kulturních a jiných osobnostních znevýhodnění.

Předpokládaná individualizace podpory v rámci inkluzivního vzdělávání nutně vyžaduje změnu orientace od diagnostiky zaměřené primárně na zjišťování konkrétní diagnózy žáků k diagnostice zaměřené na zjišťování míry podpory, kterou žák potřebuje při vzdělávání a navrhování konkrétních podpůrných opatření, spočívajících v/ve:

- poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení,
- úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálněpedagogické péče a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky,
- úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání,
- použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob, Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů,

- úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy,
- vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu,
- využití asistenta pedagoga,
- využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících dítěti, žákovi nebo studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů, nebo
- poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených.²

Očekává se tak, že vzdělávání se stane otevřeným systémem až s respektem k různorodosti žáků, vyrovnáváním socio-edukativních rozdílů v jejich charakteristice a vytvářením optimálních vzdělávacích podmínek pro dosažení maximálního osobnostního rozvoje každého žáka. Přípravenost pedagogů porozumět také dětem a žákům s potřebou podpůrných opatření je předpokladem k vyhledávání a uplatňování vhodných prostředků pro dosažení stanovených vzdělávacích cílů. Terénní pedagogická praxe ukazuje, že v budoucím období bude třeba **zajistit odpovídající počet školních speciálních pedagogů a školních psychologů ve školních poradenských pracovištích a školských poradenských zařízeních.** *Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020* zdůrazňuje, že v systému pedagogicko-psychologického poradenství ve školství je potřeba pamatovat na následující opatření:

- vytvářet podmínky pro to, aby poradenské služby vycházely více vstříc individuálním potřebám dětí, žáků a studentů s cílem poskytnout dostatečně systematickou podporu dítěti, rodině i škole;
- v zájmu včasné a efektivní intervence dostupné všem dětem, žákům a studentům zajistit dostatečnou dostupnost poradenství přímo ve školách a průběžně zlepšovat kvalitu poradenství na všech úrovních školského systému, tedy od vzdělávání předškolního až po vysokoškolské;
- podpořit služby školních psychologů a školních speciálních pedagogů v běžných školách hlavního vzdělávacího proudu;
- vytvářet podmínky pro lepší spolupráci mezi různými druhy poradenských služeb, zejména lépe provázat služby pedagogicko-psychologické se službami preventivními, sociálními a zdravotnickými, jakož i se systémem služeb zaměstnanosti ad.

Již zmiňovaná nová legislativní úprava školského zákona klade v přístupu k dětem a žákům s obtížemi ve vzdělávání nové nároky právě na školy, které nově budou mít ve své režii definování konkrétních podpůrných opatření prvního stupně. Rozsah kompetencí pracovníků školního poradenského pracoviště se tím rozrůstá, neboť právě jejich role v tomto procesu je očekávaná. Druhý až pátý stupeň podpůrných opatření náleží do agendy školského poradenského zařízení. První stupeň podpůrných opatření se zaměřuje na mírnější či dočasné obtíže žáků a je tak plně v kompetenci školy. Od kompetentních pedagogických pracovníků školy se očekává schopnost na základě vlastní pedagogické (příp. speciálněpedagogické) diagnostiky identifikovat ty žáky, kterým je potřeba poskytnout zvýšenou podporu v jejich školní edukaci. **Pedagogové se tak legitimně stávají kompetentními tvůrci a zároveň aktéry realizace navrhovaných podpůrných opatření.**

² Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů (novela zákona č. 82/2015 Sb., účinnost od 1. 9. 2016)

Pedagogická diagnostika je nedílnou součástí realizace výchovně vzdělávacího procesu, uzpůsobovaného potřebám a možnostem dětí a žáků. V jejich intencích pedagog zpravidla jako první identifikuje obtíže ve vzdělávání či v projevech chování žáka. Vlastní rozvaha pedagoga a jeho profesní zkušenosti jej vedou k tzv. **přímé podpoře**, která slouží ke zmapování možných forem podpory žáka. Mírné obtíže ve vzdělávání žáka jsou zpravidla kompenzovatelné formou mírných úprav v režimu školní výuky a domácí přípravy.

Aby mohl pedagog konzultovat a vyhodnocovat své pedagogické postupy, musí pracovat s východisky, které mu pomohou stanovit identifikovat možné formy přímé podpory žáka. Musí provádět pedagogickou diagnostiku žáka, analyzovat jeho domácí přípravu i svůj dosavadní pedagogický přístup a také identifikovat žákovy individuální vzdělávací potřeby, příp. rizikové faktory. Pokud nepostačuje tato forma přímé podpory a žákovy obtíže vyžadují součinnost více pedagogických pracovníků, je vytvářen **plán pedagogické podpory (PLPP)**. V této etapě školské intervence dochází ve spolupráci se zákonnými zástupci žáka a v součinnosti s poradenskými pracovníky školy k poskytování organizované podpory žákova vzdělávání a k pravidelnému vyhodnocování účinnosti zvolených opatření školy. V tomto případě se již nejedná výhradně o pedagogovo diagnostické posouzení žáka, ale o detailnější pedagogickou (speciálněpedagogickou) diagnostiku vztahující se k samotnému žákovi a jeho individuálním vlastnostem a vzdělávacím potřebám, jeho interakci s okolím (spolužáky, učiteli).

Cíl diagnostiky vzdělávacích potřeb konkrétního žáka je zpravidla určující pro volbu metod a prostředků pedagogické nebo speciálněpedagogické diagnostiky. Samotný proces, jehož cílem je identifikovat u konkrétního žáka signály rizikových faktorů ve vzdělávání, již přesahuje do oblasti speciálněpedagogické, příp. psychologické diagnostiky. Patří - jak z hlediska využití prostředků diagnostiky, tak z hlediska časové náročnosti - do kompetence týmu pracovníků školního poradenského pracoviště, v němž jsou zastoupeni také školní speciální pedagog a školní psycholog. Učitel má ve vyučovací hodině pro realizaci diagnostického pozorování, ale i pro uplatnění dalších diagnostických metod poněkud omezené podmínky. Primárně v hodině vyučuje, musí rozdělovat pozornost mezi všechny žáky a řídit celý pedagogický proces. Řešením je obrátit se na školního speciálního pedagoga či školního psychologa. Tento školní poradenský odborník může po dohodě s učiteli vstupovat do hodin, provádět pozorování samotného žáka i srovnání, zda se liší projevy žáka či žáků v závislosti na probíraném předmětu, na osobě vyučujícího, jak žák pracuje v zátěži či mimo ni a sledovat další proměnné, které si na základě konzultace s učitelem stanoví. Bohužel tato praxe nebývá v našich školách zatím běžná, a to z důvodu často neúplného týmu pracovníků ŠPP, ve kterém absentují nejčastěji právě pozice školního speciálního pedagoga a školního psychologa.

Realizace prvního stupně podpory předpokládá **trvalé angažmá školních speciálních pedagogů, příp. školních psychologů v týmu školního poradenského pracoviště**. Zkušenosti pedagogické praxe ukazují, že není nutné všechny intervence vázat až na proběhlou diagnostiku ve ŠPZ. Mnoho obtíží se dá řešit při prvních náznacích problému běžnými pedagogickými prostředky právě ve školním prostředí a nejlépe v součinnosti s rodinou žáka. Včasná odborná reflexivní intervence ve škole má zpravidla vysokou efektivitu. Naopak podpora žákovi, která je podmíněna formální diagnostikou ve ŠPZ, může mít nejen nízkou účinnost, ale v konečném důsledku protiinkluzivní dopad, neboť prohlubuje stigmatizaci a negativní postoje vrstevníků ke spolužákovi „s diagnózou“. Podpurná opatření prvního stupně nevychází z klinických diagnóz, ale z popisu projevů žáka a z dalších širších východisek, které mohou hrát pro nastavování konkrétních opatření důležitou roli.

2. NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST JAKO RIZIKOVÝ FAKTOR ŠKOLNÍ NEÚSPĚŠNOSTI VE VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍCH

Úlohu speciálního pedagoga v týmu ŠPP chceme demonstrovat na příkladech pedagogických jevů, které by měly být řešeny včasnou intervencí, podmíněnou individuální diagnostikou rizikových projevů možné školní neúspěšnosti žáků. Zároveň se jedná o profylaktická opatření, řešitelná běžnými pedagogickými prostředky a (optimálně) v úzké spolupráci s rodiči.

Výzkumně se již dlouhodobě zabýváme rizikovými faktory školní neúspěšnosti žáků s poruchami vývoje řečové komunikace. (Zezulková, 2012, 2013, 2014, 2015) Narušená komunikační schopnost (dále NKS) je velmi variabilní co se týče stupně obtíží i příznaků. Ne každé narušení komunikační schopnosti, zejména jedná-li se o doznívající fyziologický nedostatek, se musí negativně projevit ve škole. Naopak někdy i zdánlivě malý problém ve výslovnosti může způsobit závažné obtíže nejen v psaní a čtení, ale také v pedagogické komunikaci a sekundárně být příčinou problémového chování žáka, případně může mít kauzální souvislost s poruchou chování.

Výzkumné šetření I

Pro ilustraci uvádíme výsledky dílčího výzkumného projektu (realizovaného v období 2011-2013) stanoveného na předpokladech, že povinnou školní docházku často zahajují žáci, u nichž přetrvávají fyziologické potíže ve vývoji řeči, přičemž logopedická péče dle platného doporučení MŠMT neprobíhá. Metodologické postupy vycházely ze standardního rámce kvantitativního typu výzkumu na výběrovém vzorku respondentů. Výzkumnou populací byli žáci prvních ročníků základních škol, u nichž jsme zjišťovali a následně analyzovali výskyt poruch výslovnosti. Samotný sběr empirických dat podléhal participaci do výzkumu zapojených pedagogů a získaná data byla analyzována statistickou procedurou.

Finální výsledky šetření nelze vzhledem k velikosti výběrového souboru generalizovat, přesto považujeme za alarmující zjištěnou skutečnost přetrvávající poruchy výslovnosti u 55 ze 132 sledovaných žáků na konci prvního ročníku, přičemž logopedická péče v rámci rezortu školství nebyla žákům poskytována žádnou formou. Poruchy výslovnosti (i v podobě dočasných obtíží v řeči) považujeme za rizikový faktor školní neúspěšnosti, navíc zde existuje vysoká pravděpodobnost trvalé fixace nesprávné výslovnosti v podobě dyslalie a výskyt sekundárních důsledků NKS např. v podobě problémového chování apod.

Výzkumné šetření II

Další výzkumné šetření (realizovaného v období 2013-2015) bylo zaměřeno na okolnosti vzdělávání žáka s narušenou komunikační schopností, u něhož se neprojevovaly výukové potíže (např. při osvojování psané podoby řeči), ale stupňující se problémy v koncentraci pozornosti a v projevech chování vůči učitelům a spolužákům. V tomto případě je jednalo o kvalitativně orientovaný výzkum. Sběr výzkumných dat byl realizován prostřednictvím pozorování, polostrukturovaných rozhovorů a studií dostupné dokumentace žáka (anamnestický dotazník, lékařské zprávy, zprávy PPP, školní vysvědčení, žákovská knížka, školní sešity, logopedické sešity). Získaná data byla interpretována induktivním postupem s důrazem na reliabilitu výzkumných závěrů.

Žák v době šetření navštěvoval 5. třídu běžné základní školy. Od začátku školní docházky patřil mezi nejlepší žáky ve třídě, je velmi bystrý, zvědavý, nadstandardní znalostmi prokazuje

zejména v matematice, vlastivědě a anglickém jazyce. Asi v polovině školního roku se začala projevat častěji nepozornost, zapomínání pomůcek do vyučování, v hodinách rušil svým vykřikováním, neklidem, „šáskováním“, nevhodnými poznámkami („no, to snad ví každý“ apod.). Zpočátku se dal usměrnit domluvou, ale později se frekvence uvedených projevů zvyšovala a jejich regulace byla časově náročná. Paralelně se začaly objevovat konflikty se spolužáky a aktuálně navazuje kontakty jen se dvěma kamarády, ostatní se mu spíše vyhýbají. V TV patří ke slabším žákům, je nemotorný (např. v míčových hrách, přeskokoch přes švihadlo aj.), nemá rád VV, jeho výtvarný projev je nevyzrálý.

Za účelem poskytování **přímé podpory** inicioval pedagog několik rozhovorů s matkou žáka s cílem objasnit okolnosti jeho problémů v koncentraci pozornosti a projevech chování, zabýval se také hledáním případných kauzálních souvislostí s NKS.

Pro ilustraci uvádíme úryvek z diagnostického rozhovoru s matkou žáka:

„Logopeda nám nikdo nedoporučil. Dodnes mě to mrzí a vyčítám to jednak sobě, že jsem nepoznala, že jeho výslovnost není v pořádku; jednak i lékařce, ke které pravidelně chodíme na prohlídky. Ani z MŠ jsem nikdy nedostala signál, že by se to mělo řešit. Dokonce při zápise do ZŠ byla paní učitelka nadšená z jeho projevu, jeho „dikce“ (dodnes to slyším, jak to říkala) a že by se hodil do dramatického kroužku. Vůbec jsem tedy neměla důvod si myslet, že něco není v pořádku. Vždycky byl trošku napřed před ostatními dětmi stejného věku - mluvil velmi brzy, mluvil hodně a kdekoli, neostýchal se. Často jsme byli terčem pozornosti, jak máme chytré a výřečné dítě. Sice trochu šišlal, ale domnívala jsem se, že se to spraví samo. K logopedovi jsme se dostali prakticky náhodou, přes mladšího syna. Logopedka nám naznačila, že to vůbec není dobré. Zjistila patologii CSZ, ČŠŽ, R a Ř a ujistila mě, že to není něco, co se samo upraví, co časem „naskočí“, ale že to má již špatně zafixované a nebude lehké to přeučit.“

„Náročné mi připadá (kromě motivace a sebekázně) to, že to trvá tak strašně dlouho. Chodíme tam skoro už 5 let a pořád to není úplně dobré. Nevybavuji si v okruhu mých známých, že by někdo chodil k logopedovi tak dlouho jako my. Občas si stále vyčítám, že jsme začali tak hrozně pozdě, že jsem to nepoznala... Spolupráce se školou (co se týče logopedické péče) není prakticky žádná. Jsme malá, téměř „vesnická“ škola, čili žádnou speciální péči (kromě nápravy poruch učení) nenabízejí. Třídní učitelku sice občas informuji, co právě trénujeme, na co si má syn dávat pozor, zda jej může např. při čtení hlídat, příp. opravovat, ale vzhledem k tomu, že je ve třídě 31 žáků, ani nepředpokládám, že by to bylo v jejich silách.“ (Wildmannová, 2015)

Rámcovou představu o rozsahu nedostatků v řečové komunikaci získáme ze závěrů odborného vyšetření (logopedické diagnostiky):

F 80.0 Specifická porucha artikulace (dyslalia multiplex): ČŠŽ – sigmatismus interdentalis v kombinaci s lateralis sinister CSZ - sigmatismus interdentalis R (rotacismus velaris) Ř (rotacismus bohemicus velaris), v kombinaci s paralálií „DŽ“ + susp. ADHD

Rozhovory s matkou bylo dále zjištěno, že jiná odborná vyšetření žák neabsolvoval. Problémové chování se v domácím prostředí nevyskytuje, matka však pozoruje progredující negativní změny v oblasti zájmu o učení, na téma školy syn odmítá komunikovat.

Třídní učitel zároveň registruje přetrvávající poruchy koncentrace pozornosti a stoupající frekvenci problémového chování žáka. Domnívá se (ve shodě s matkou), že již vyčerpal všechny prostředky **přímé podpory** žáka a že nyní žakovy obtíže vyžadují zvýšenou pozornost

spojenou s využitím pedagogických prostředků a forem podpory v úzké spolupráci s dalšími pedagogy.

Závěrem pedagogické diagnostiky je zjištění výrazných signálů rizik možné školní neúspěšnosti žáka a doporučení podpůrných opatření prvního stupně.

V tomto konkrétním případě se očekává od pracovníků školního poradenského pracoviště:

- pozorování žáka v různých pedagogických situacích (ve výuce i mimo výuku),
- rozhovory (se žákem či zákonným zástupcem žáka),
- analýza procesů, výkonů a výsledků činností (s důrazem na kvalitativní rozbor),
- analýza dosavadního pedagogického přístupu ad.

Cílem diagnostického procesu budou doporučení pro úpravy v organizaci práce se žákem, v metodách výuky, ve způsobech hodnocení žáka ad., které nevyžadují další finanční prostředky. S ohledem na stanovený cíl a rozsah příspěvku se nebudeme dále zabývat podrobně obsahem *plánu pedagogické podpory* (PLPP) pro konkrétního žáka.

Důležité je upozornit však na rizika aplikace navrhovaných podpůrných opatření v obecné rovině a tím poukázat na nutnost očekávaných změn jak kompetencí pedagogů, tak v podpoře (primárně metodické) pedagogům ze strany specialistů ŠPP a ŠPZ. Zjednodušeně řečeno - podpůrná opatření v kontextu inkluzivního vzdělávání je nutné poskytovat nejen žákům, ale také pedagogům.

Při uplatňování podpůrných opatření ve škole existují (bez důrazu na kategorie podpůrných opatření³) jistá rizika, vyplývající:

- a) **z nedostatečných kompetencí pedagogů** (např. nepříznivá orientace v situaci ve třídě při výuce, pedagog nenajde prostor pro individuální práci, malá připravenost a flexibilita pedagoga okamžitě reagovat na potřeby žáka, neovládne zvýšené nároky na přípravu, osobnostní nastavení pedagoga, přehlížení signálů žáka s potřebou individuální pomoci, neschopnost dobře formulovat obsah sledování ad.)
- b) **z absence metodické podpory pedagogům** (např. nedostatek prostoru pro shromažďování materiálů, pro zajišťování audio/video nahrávek včetně souhlasu zákonných zástupců žáka, nedodržení komplexního pohledu hodnocení, nerozpoznání a nerespektování specifických charakteristik žáka, nesprávný odhad situace způsobený nerozpoznáním pravé příčiny neobvyklého chování ad.)
- c) **z dalších objektivních podmínek** (např. vysoký počet žáků ve třídě, prostorové uspořádání třídy ne vždy umožňuje rozvržení pracovních míst, změna zasedacího pořádku nemusí vyhovovat ostatním žákům, škola nerespektuje úlohu rodičů, není zachována důvěrnost, škola nemluví s rodiči o očekáváních, která vůči nim má, nezájem nebo jen minimální zájem rodiny o dítě, nepřijetí žáka třídním kolektivem ad.)

Podpora prvního stupně se stanovuje tak, aby bylo možné průběžně vyhodnocovat efektivitu zvolené strategie úprav v práci se žákem, a to především ve školní práci. Pokud zvolené strategie nepovedou k pozitivním změnám v práci se žákem, je vhodné doporučit rodičům nebo zákonným zástupcům žáka, aby požádali o vyšetření žáka školským poradenským

³ metody výuky, organizace výuky, hodnocení žáků ad.

zařízením. Současně je důležité akceptovat, že někteří žáci nastupují do inkluzivního modelu vzdělávání s již stanovenou diagnózou, na které se obvykle podílí školské poradenské zařízení, často ve spolupráci s lékaři. Tam pak škola nepostupuje výhradně podle I. stupně podpory, ale nastavuje taková opatření, která vyplynou z doporučení pracovníků školských poradenských zařízení, případně dalších odborníků, kdy je tedy možné vřazení žáka do vyššího stupně podpory.

ZÁVĚR

Předloženým textem je sledována nutné poukázat na fakt, že se v současné době výrazně mění složení žákovských kolektivů a nároky na kompetence pedagogů se zvyšují. Narůstají rovněž problémy se školní připraveností (např. u žáků z minoritních skupin, dětí azyllantů, žáků s inteligencí v hraničním pásmu, žáků se zdravotním postižením ad.) a očekávaná kritéria připravenosti na školu bohužel nesplňují někteří žáci ani po (někdy opakovaném) odkladu školní docházky. Z hlediska prosazování inkluzivního vzdělávání jsou všechny tyto změny vítány a logicky podporovány také legislativně, logicky musí proběhnout také změny v nárocích nejen na kompetence učitelů, ale rovněž na jejich podporu v inkluzivním vzdělávání. Příkladem jsou úpravy vzdělávání žákům s potřebou podpůrných opatření, kde by měla být samozřejmostí konstruktivní spolupráce učitele s pracovníky poskytujícími poradenské služby ve škole (s důrazem na školního speciálního pedagoga) a zákonnými zástupci žáka.

LITERATURA

- Belz, H., & Siegrist, M. (2001). *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Praha: Portál.
- Hájková, V., & Strnadová, I. (2010). *Inkluzivní vzdělávání*. Praha.
- Kaleja, M. (2015). *(Ne)připravený pedagog a žák z prostředí sociální exkluze*. Opava.
- Kaleja, M., & Zezulková, E., & Adamus, P. & Mühlpachr, P. (2015). *Etnografie školy jako edukační realita současnosti*. Opava 2015.
- Kyriacou, CH. (1996). *Klíčové dovednosti učitele*. Praha: Portál.
- Krejčová, L. & Mertin, V. (2010). *Pedagogická intervence u žáků ZŠ*. Praha: Wolters Kluwer.
- Strategie celoživotního učení České republiky*. Praha: MŠMT 2007. Dostupný též z <http://www.strukturalni-fondy.cz/Strategie-celozivotniho-uceni-CR.pdf>
- Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020**. Praha 2015. Dostupný též z http://www.vzdelavani2020.cz/images_obsah/dokumenty/strategie-2020_web.pdf
- Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů*. Praha 2015. Dostupný též z <http://zakony-online.cz/?s122&q122=all>
- Wildmannová, L. (2015) *Výchova dítěte s narušenou komunikační schopností v rodině*. Nepublikovaná bakalářská práce. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Zezulková, E. (2012) Rizikový žák z hlediska osvojování komunikativní kompetence. In: *Tradície a inovácie v špeciálnej pedagogike*. Ružomberok: KU v Ružomberoku.
- Zezulková, E. (2013) *Rozvoj komunikační kompetence žáků s lehkým mentálním postižením*. 1. vyd. Ostrava: PdF OU.

Zezulková, E. (2014). Kompetence speciálního pedagoga v edukačním procesu dětí a žáků s narušenou komunikační schopností. In: *Inovácie v teórii a praxi výchovnej a komplexnej rehabilitácie osôb so zdravotným postihnutím*. Bratislava: Univerzita Komenského.

Zezulková, E. (2015) Podmínky integrovaného vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností. In *Akimjaková, B., Krajčiríková, L'. Tradície a inovácie vo výchove a vzdelávaní modernej generácie učiteľ'ov 2015 Levoča*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberoku.

Zezulková, E. (2015) *Vybrané faktory komunikační kompetence žáků v primárním vzdělávání*. Opava: Slezská univerzita v Opavě.

KONTAKT

doc. Mgr. Eva Zezulková, Ph.D.

Katedra speciální pedagogiky PdF

Ostravská univerzita

e-mail: Eva.Zezulkova@osu.cz

doc. PhDr. et PhDr. Martin Kaleja, Ph.D.

Katedra speciální pedagogiky PdF

Ostravská univerzita

e-mail: Martin.Kaleja@osu.cz

DIAGNOSTICKÉ KOMPETENCE UČITELE V SOUČASNÉM POJETÍ INKLUZIVNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Renata Kovářová

Termín kompetence je v současné době v mnoha směrech velmi aktuální. O jeho obsahovém vymezení se na různé úrovni hovoří již od 70. let 20. století. Podle Belze a Siegriesta (2001) popsal tento pojem v souvislosti s trhem práce, uplatněním absolventů a zaměstnaností Mertens v roce 1974. Ten vytvořil kategorii tzv. klíčových kompetencí, které jsou nutné pro plnohodnotné zapojení se do společnosti, osobní a profesní život.

V obecné rovině kompetencí rozumíme schopnost a výraz člověka chovat se přiměřeně v dané situaci, v souladu sám se sebou. (Kovářová, Vitásková, 2008)

Ve školství se hovoří o klíčových kompetencích i směrem k žákům, které jsou jasně vymezeny v rámcových vzdělávacích programech. Klíčové kompetence představují souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a uplatnění každého člena společnosti. Jejich výběr vychází z obecně přijímaných hodnot ve společnosti a z obecně sdílených představ o tom, které kompetence jedince přispívají k jeho vzdělávání, spokojenému a úspěšnému životu a k posilování funkcí občanské společnosti. Hlavním cílem vzdělávání je vybavit všechny žáky takovým souborem klíčových kompetencí, které jsou pro ně dosažitelné, a připravit je na další vzdělávání a uplatnění ve společnosti. Osvojování klíčových kompetencí je dlouhodobý a složitý proces, který má svůj počátek v předškolním vzdělávání, pokračuje v základním a středním vzdělávání a postupně se dotváří v dalším průběhu života. Úroveň klíčových kompetencí, které žáci dosáhnou na konci základního vzdělávání, nelze ještě považovat za ukončenou, ale získané klíčové kompetence tvoří neopomenutelný základ žáka pro celoživotní učení. V etapě základního vzdělávání jsou za klíčové považovány: kompetence k učení; kompetence k řešení problémů; kompetence komunikativní; kompetence sociální a personální; kompetence občanské; kompetence pracovní. Klíčové kompetence se různými způsoby prolínají, mají mezipředmětovou podobu a lze si je osvojit pouze jako výsledek celkového procesu vzdělávání. K jejich utváření a rozvíjení proto musí směřovat a přispívat veškerý vzdělávací obsah i aktivity a činnosti, které ve škole probíhají. (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2016)

Význačnými průvodci při osvojování si klíčových kompetencí jsou pro žáky pedagogičtí pracovníci. Ti tedy musí disponovat adekvátními pedagogickými kompetencemi, které můžeme také nazývat kompetencemi profesními. Vymezení profesních kompetencí není v pedagogické teorii zcela jednoznačné. V Pedagogickém slovníku je tento termín definován jako „soubor profesních dovedností a dispozic, kterými má být vybaven učitel, aby mohl efektivně vykonávat své povolání“. (Průcha, Walterová, Mareš, 2001, s. 103 - 104) Z tohoto pojetí je tedy zřejmé, že v procesu formování kompetencí učitele je důležitý proces učení (pregraduální příprava), ale zčásti se jedná i o genetickou výbavu jedince, která může ovlivnit kvalitativní rozvoj kompetencí. K výčtu dílčích pedagogických kompetencí přistupují různí autoři odlišně, nicméně se shodují na tom, že je nezbytné zaměřit se na diagnostické kompetence učitele. (Klímová, 2007) Diagnostickými kompetencemi pak rozumíme soubor vědomostí, schopností a dovedností umožňující diagnostikování žáka, příp. skupiny žáků nebo úkolových situací, které je založeno na porozumění a odpovědnosti při provádění diagnostických činností.

Pedagogická diagnostika má u nás dlouhou tradici, která sahá až do období Komenského. Na počátku 20. století se hodnocením úrovně žáků zabývali zejména J. V. Klíma a V. Příhoda. V 60. letech minulého století se pedagogická diagnostika dostává do popředí vědeckého zájmu, což souvisí se změnami v tehdejší školství a s formujícím se poradenským systémem. V průběhu uplynulých 60 let se mnoho autorů zabývalo pedagogickou diagnostikou, zejména příčinami neúspěchu žáka ve škole. Nutno říci, že i pohled na pedagogickou diagnostiku byl poplatný dané době. Zpočátku byla pedagogická diagnostika zaměřena zejména na osobnost dítěte. Postupem času však přechází k diagnostice sociálních a výchovných podmínek, které žáka determinují. Hrabal rozšiřuje pojetí pedagogickopsychologické diagnostiky o diagnostiku školní třídy jako sociální skupiny, diagnostiku vztahů mezi žáky a autodiagnostiku učitele. (srov. Zelinková, 2001, Hrabal st., Hrabal ml., 2004)

V průběhu let dochází k posunu významu pedagogické diagnostiky a podstatě jejího využití v oblasti školství. Je to logická reakce na změny ve vzdělávání v moderních společnostech. Zatímco v minulosti byl kladen důraz na konstatování daného stavu, eventuálně příčin obtíží, v současnosti se posiluje důraz na využití pedagogické diagnostiky pro následnou intervenci. Zaměřujeme se tedy více na tzv. formativní diagnostiku, která je kontinuálně realizována v průběhu osvojování učiva. Podstatnými cíli formativní diagnostiky přitom je rozpoznávání silných a slabých stránek žáka, zaměření další výuky tak, abychom žáka podpořili v dalším učení, autoevaluaci a odpovědnosti za vlastní učení. Formativní diagnostika je dynamická a slouží k podpoře dalšího učení. (srov. Kalhous, 2002, Mertin, Krejčová, 2012)

Vše, co bylo výše řečeno, významně vystupuje do popředí v současné době, kdy je v českém vzdělávání výrazně podpořen prvek inkluzivního přístupu. Prioritním cílem vzdělávací politiky je dosáhnout maximálního snížení nerovností ve vzdělávání, přičemž se nezaměřujeme pouze na formální rovnost v přístupu ke vzdělávání, ale na schopnost vzdělávacího systému vytvářet podmínky a uplatňovat účinné postupy pro efektivní prevenci a kompenzaci zdravotních, sociálních, kulturních a jiných osobnostních znevýhodnění. (Strategie 2020) Tento požadavek je zanesen ve všech koncepčních a legislativních dokumentech a vyžaduje od současného školství výraznější transformaci. Ta spočívá jednak ve zvyšování kompetencí učitelů, a to jak budoucích, tak i stávajících, ale také v zavádění nových pracovních pozic do škol – školních psychologů, školních speciálních pedagogů, sociálních pedagogů, školních asistentů apod. Současná platná legislativa zobecňuje termín speciální vzdělávací potřeby a neváže jej přímo na konkrétní postižení či znevýhodnění. Novelizace školského zákona č. 82/2015 Sb. v § 16 stanovuje, že „*dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření*“. Vyhláška č. 27/2016 Sb. pak kategorizuje podpůrná opatření do 5 stupňů, přičemž podpůrná opatření prvního stupně představují minimální úpravu metod, organizace a hodnocení vzdělávání a jsou poskytována žákovi na základě pedagogické diagnostiky, kterou provádí učitel, příp. v součinnosti s poradenským pracovníkem dané školy (tj. školní speciální pedagog, školní psycholog, výchovný poradce nebo školní metodik prevence). Na základě adekvátních diagnostických postupů tito pracovníci pak rozhodnou, jakou formu podpory žákovi nabídnou.

V současné pedagogické a speciálně pedagogické terminologii se často užívá pojem „problémový žák“. Je to termín velmi obecný a v podstatě zahrnuje všechny varianty, kdy se žák chová jinak, než učitel očekává, to znamená, že se jistým způsobem odlišuje od běžné normy. Zmíněné odlišnosti se mohou projevit v různých oblastech, nejčastěji jsou pozorovány v učení a chování, ale mohou se vyskytovat také v emočních reakcích či zevnějšku. Vzhledem k současným sociokulturním normám jsou projevy žáka považovány za problematické a nežádoucí. Negativně se odrážejí ve výkonu a chování žáka, se kterými si učitel většinou

neví rady. (Vágnerová, 2005) Augrer a Boucharlat (2005) uvádějí dva typy problémových žáků:

- žák, který vyrušuje v hodině
- žák, který odmítá pracovat.

V tomto pojetí chápeme problémového žaka jako takového, u něhož se již negativní chování zcela rozvinulo. Proto v případě žáků vyžadujících první stupeň podpůrných opatření se nám jeví výhodnější užívat termín „rizikový žák“, který chápeme v rovině preventivního působení. (Zezulková, Kovářová, 2011) Podpůrná opatření prvního stupně slouží ke kompenzaci mírných obtíží ve vzdělávání žaka, přičemž není vyloučeno, že tyto obtíže mohou i přes podporu ze strany školy narůstat a v budoucnu bude potřeba dalšího odborného vyšetření. Jestliže uvažujeme o prvním stupni podpůrných opatření, mohou se u žáků projevat následující obtíže:

- pomalejší tempo práce;
- drobné obtíže ve čtení, psaní, počítání (ty mohou, ale nemusí následně přerůst ve specifické poruchy učení);
- problémy v koncentraci pozornosti;
- problémy vyvolané nepříznivým zdravotním stavem žaka;
- problémy v adaptaci na školní prostředí;
- problémy plynoucí z neadekvátního rodinného prostředí;

Nemusí však jít pouze o problémy, mohou se objevit i žáci s akcelerovaným vývojem školních dovedností, kterým je také potřeba poskytnout adekvátní podporu.

Úpravy ve vzdělávání žaka navrhuji pedagogičtí pracovníci, kteří spolupracují s poradenskými pracovníky dané školy, zletilým žakem či zákonným zástupcem nezletilého žaka. Stanovená podpůrná opatření směřují k naplňování speciálních vzdělávacích potřeb žaka, které nevyžadují opatření s normovanou finanční náročností. V případě efektivního nastavení mohou podporovat žaka v celém průběhu jeho vzdělávání.

Aby mohla být nastavena adekvátní podpůrná opatření, je nezbytné provést podrobnou diagnostiku rizikového žaka. Mezi nejčastěji užívané metody pedagogické diagnostiky řadíme pozorování, rozhovor a analýzu žakových prací. Výhodou pozorování ve školním prostředí je jeho pravidelnost a dlouhodobost. Nicméně je nezbytné, aby učitel měl s pozorováním jisté zkušenosti, aby se jednalo o systematické sledování určitého jevu, které je pro učitele diagnosticky cenné. Pozorování lze využít v jakékoli učební situaci a díky němu může učitel získat významné informace o žácích. Výstupy z pozorování pak využíváme při další výuce a na jejich základě můžeme naplnit požadavek individuálního přístupu. Při pozorování je nezbytné si klást otázky, které následně zodpovíme. Např.: *Jak žák reaguje na výklad nového učiva? Dokáže aplikovat minulé zkušenosti? Jak reaguje na zadání samostatné práce? Jak přijímá úspěch/neúspěch? apod.* Při využívání formativní diagnostiky je důležité si uvědomit, jakou formu intervence žák vyžaduje a jak na ni reaguje.

Rozhovorem zjišťujeme informace, které nelze odpozorovat. V poradenských zařízeních jsou nejčastěji od zákonných zástupců zjišťována anamnestická data. Ve škole to není tak časté, spíše se učitelé zaměřují na získání informací vztahujících se k přípravě žaka v domácím prostředí. Třídní učitel, popř. poradenský pracovník školy může vést rozhovor i s dalšími pedagogickými pracovníky, kteří žaka vzdělávají (učitelé jiných předmětů, vychovatelé školní družiny, vedoucí zájmových kroužků apod.) U rozhovoru je důležité si přesně stanovit, jaké informace chceme získat a k čemu nám budou sloužit.

Analýza žakových prací je běžně užívaná metoda, při níž se většinou zaměřujeme na pravopisný, výtvarný nebo grafický projev. Analýza ve školním prostředí se většinou zaměřuje na celkový proces výuky a osvojování si znalostí. Významným diagnostickým

měřítkem může být např. porovnávání textů psaných ve školním a domácím prostředí, text psaný v časovém limitu. Diagnosticky cenné jsou samostatné záznamy žáka (zápisy domácích úkolů, vzkazů pro rodiče apod.)

V případě, že se nám žák jeví jako rizikový, většinou se to odráží na jeho prospěchu. V tomto případě je nutné pracovat se souborem známek za určité období. V zásadě můžeme sledovat prospěch celkový ve všech předmětech, ve skupině předmětů nebo v konkrétním jednotlivém předmětu. Důležitá je pak komparace získaných výsledků a jejich analýza. Při vyvozování jakýchkoli závěrů, které vyplývají z výše uvedených diagnostických metod je potřeba vycházet ze znalosti osobnosti žáka (nejlépe v určitém časovém období) a také z jeho rodinného zázemí.

Nutno říci, že čím je učitel zkušenější, ale také osobnostně vybavený pro pedagogickou práci, tím je pro něj pedagogická diagnostika přehlednější. Je schopen pracovat s heterogenními skupinami, které se v dnešní škole běžně vyskytují, ale také je schopen poskytnout žákům adekvátní podporu. Ne vždy to platí pro začínající učitele. Ti se občas, i přes snahu pedagogických fakult vybavit je potřebnými kompetencemi, na počátku své pedagogické dráhy s některými činnostmi potýkají. Šimoník (in Průcha, 2002) stanovil 24 činností, které začínající učitelé seřadili od nejobtížnějších k nejméně obtížným. Pozoruhodné je, že na prvních místech, které začínající učitelé považovali za nejobtížnější, jsou obecné pedagogicko-psychologické dovednosti (1. práce s neprospívajícími žáky, 2. udržení kázně, 3. udržení pozornosti žáků, 4. diagnostika osobnosti žáka, 5. motivace žáků). Opačný konec spektra, tzn. pro začínající učitele nejjednodušší činnosti, se vztahovaly k odborné přípravě (výuce daného předmětu), popř. ke kooperaci se spolupracovníky (20. hodnocení a klasifikace žáků, 21. organizace samostatné práce žáků, 22. spolupráce s ostatními pedagogy, 23. volba a užití vhodných pomůcek, 24. vysvětlení nové látky). Právě tento fakt poukazuje na nutnost posílení obecného pedagogicko-psychologického základu v rámci pregraduálního vzdělávání. Na druhou stranu nutno podotknout, že tento výzkum byl realizován již v roce 1994 a v současné době přibýlo do běžných škol mnoho dalších problémů, které je nezbytné řešit.

Pedagogická diagnostika je však pouze výchozím krokem pro následnou intervenci. Je nezbytné, aby učitel disponoval i takovými kompetencemi, aby uměl sestavit pro žáka intervenční program, který následně bude vyhodnocovat. V případě prvního stupně podpůrných opatření se jedná o sestavení plánu pedagogické podpory (dále PIPP). PIPP je jasně strukturován a je součástí příloh k vyhlášce č. 27/2016 Sb. Jeho struktura je následující:

- osobní údaje žáka
- důvod vypracování PIPP
- datum vyhotovení
- datum plánovaného vyhodnocení
- charakteristika žáka a jeho obtíží (jedná se o pedagogickou, popř. speciálně pedagogickou diagnostiku)
- stanovení cílů PIPP
- podpůrná opatření ve škole (metody výuky, organizace výuky, hodnocení žáka, pomůcky, požadavky na organizaci práce učitelů)
- podpůrná opatření v rámci domácí přípravy
- podpůrná opatření jiného druhu
- vyhodnocení účinnosti PIPP
- doporučení k dalšímu vyšetření (pokud ano, pak určit, na kterém zařízení)
- podpisy

Plán pedagogické podpory je nutné vyhodnotit nejpozději za 3 měsíce a rozhodnout, jak bude s žákem nadále pracováno. Pokud je zapotřebí následné vyšetření ve školském poradenském zařízení, je nutné, aby s tím byl zletilý žák nebo zákonný zástupce nezletilého žáka dostatečně

obeznámen a ze školy byly poskytnuty veškeré materiály vztahující se k žákově diagnostice a intervenci.

V případě stanovení podpůrných opatření druhého až pátého stupně je vždy potřeba vyjádření školského poradenského zařízení a na jeho doporučení bývá vypracováván individuální vzdělávací plán, jehož struktura je také součástí vyhlášky č. 27/2016 Sb.

Závěrem můžeme konstatovat, že heterogenita současných třídních kolektivů klade zvýšené nároky na pedagogické kompetence učitele, a to nejen v rovině diagnostické, ale i v dalších směrech, což by se logicky mělo odrazit i v pregraduální přípravě budoucích učitelů.

LITERATURA

AUGER, M.T., BOUCHARLAT, CH. *Učitel a problémový žák*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-907-0.

BELZ, H., SIEGRIST, M. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-479-6.

HRABAL, V. st., HRABAL, V. ml. *Diagnostika. Pedagogickopsychologická diagnostika žáka s úvodem do diagnostické aplikace statistiky*. Praha: Karlova univerzita v Praze, 2004. ISBN 80-246-0319-5.

KALHOUS, Z., OBST, O. a kol. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-253-X.

KLÍMOVÁ, M. *Diagnostické kompetence a diagnostické metody učitelů základní školy*. Disertační práce. Brno: 2007.

KOVÁŘOVÁ, R., VITÁSKOVÁ, K. *Postavení a kompetence speciálního pedagoga v rámci integračního procesu na běžné škole*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-548-5.

MERTIN, V. , KREJČOVÁ, L. (eds.) *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. ISBN 9787-80-7357-679-0.

PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-631-4.

SPILKOVÁ, V. a kol. *Proměny primárního vzdělávání v ČR*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-942-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Univerzita Karlova, 2005. ISBN 80-246-1074-4.

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80- 7178-544-X.

ZEZULKOVÁ, E., KOVÁŘOVÁ, R. *Speciálně pedagogická diagnostika v praxi*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-975-9.

KONCEPČNÍ A LEGISLATIVNÍ DOKUMENTY

Akční plán inkluzivního vzdělávání na období 2016-2018. [Online] [cit. 2016-09-11] dostupné z: file:///C:/Users/acer/Desktop/legislativa/apiv_2016_2018.pdf

Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky na období 2015-2020. [Online] [cit. 2016-09-11] dostupné z: file:///I:/Právní%20předpisy/Dlouhodobý%20záměr%20ČR%202015-2020-1.pdf

Opatření ministryně školství, mládeže a tělovýchovy, kterým se mění Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, čj. MSMT-28603/2015. [Online] [cit. 2016-09-11] dostupné z: file:///I:/Právní%20předpisy/RVP%20ZV_2016.pdf

Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020. [Online] [cit. 2016-09-11] dostupné z: file:///C:/Users/acer/Desktop/legislativa/strategie-2020_web.pdf

Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. [Online] [cit. 2016-09-11] dostupné z: file:///C:/Users/acer/Desktop/legislativa/27_2016%20Sb.%20Vyhláška%20o%20vzdělávání%20žáků%20se%20speciálními%20vzdělávacími%20potřebami%20a%20žáků%20nadaných.html

Zákon č. 82/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. [Online] [cit. 2016-09-11] dostupné z: file:///C:/Users/acer/Desktop/legislativa/82_2015_Sb.pdf

KONTAKT

PaedDr. Renata Kovářová, Ph.D.

Ostravská univerzita

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Email: renata.kovarova@osu.cz

ŠPECIÁLNE VÝCHOVNOVZDELÁVACIE POTREBY ŽIAKA, ICH DIAGNOSTIKOVANIE A POSTOJE UČITEĽOV⁴

Mariana Cabanová

Abstrakt: Problematika pedagogického diagnostikovania žiaka je v súčasnosti v edukačnej realite vysoko aktuálnou témou. Inkluzívny trend vzdelávania a vzdelávanie žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami v školách hlavného vzdelávacieho prúdu kladie aj zvýšené požiadavky na diagnostikovanie žiakov. Na základe realizovaných výskumov sa javí, že nielen vedomosti sú dôležité. Viacerí autori zdôrazňujú postoje učiteľov ako rozhodujúcu zložku pri zabezpečovaní úspešného začlenenia žiakov so špeciálnymi vzdelávacími potrebami. V teoretickej štúdiu autorka venuje pozornosť výskumom zameraným na zisťovanie postojov k inkluzívnemu vzdelávaniu u študentov učiteľstva a učiteľov základných škôl. Poukazuje na dôležitosť rozvoja proinkluzívnych postojov u učiteľov v pregraduálnej príprave a aj v kontinuálnom vzdelávaní.

Kľúčová slova: žiak so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami, diagnostikovanie, učiteľ, postoje učiteľa

Abstract: The issue of pedagogical diagnosing of the pupil is currently in the educational reality a highly topical issue. Trend of inclusive education and education of pupils with special educational needs in mainstream schools education is also placed increased demands for diagnosing pupils. Based on the research conducted, it appears that not only the knowledge is important. Several authors emphasize the attitudes of teachers as a critical component in ensuring the successful inclusion of pupils with special educational needs. In the theoretical study author pays attention to research to explore attitudes towards inclusive education with student teachers and primary school teachers. It highlights the importance of developing proinkluzívnych attitudes among pre-service teachers and also in continuous education.

Key words: pupil with special educational needs, diagnostic, teacher, teacher's attitudes

ÚVOD

Poznávanie žiaka učiteľom vo vzdelávaní, je jednou zo základných požiadaviek pre aplikovanie diferencovaného prístupu. Predmetom skúmania projektu VEGA 1/0598/15 s názvom dieťa na prahu vzdelávania je samotné dieťa/žiak pri vstupe do základnej školy. Súčasná legislatíva, aj edukačná komunita (zriaďovateľ, rodičia, vyššie stupne vzdelávania) vyžadujú od učiteľov rešpektovanie individuality a zároveň dosahovanie takých vzdelávacích výsledkov, aby dieťa v role žiaka bolo úspešné. Duchovičová a kol. (2012, 2013) na diverzitu žiakov vo vzdelávaní nazerali z rôznych uhlov pohľadu. A tak v zhode s autorským kolektívom (tamtiež) môžeme konštatovať, že školská trieda predstavuje skutočne rozmanité

⁴ Štúdia je výsledkom riešenia projektu VEGA 1/0598/15 s názvom Dieťa na prahu vzdelávania a jeho svet, ktorého zodpovednou riešiteľkou je prof. PhDr. Bronislava Kasáčová, CSc.

prostredie. V triede sa ocitajú žiaci z rôzneho sociálneho prostredia a žiaci zo sociálne znevýhodňujúceho prostredia, žiaci z úplných a neúplných rodín, žiaci z rodín, ktorých rodičia uzavreli manželstvo a z rodín, kde biologickí rodičia žijú v kohabitantom vzťahu, ako aj žiaci z rodín rekonštituovaných, kedy len jeden z rodičov predstavuje biologického rodiča žiaka, žiaci adoptovaní, žiaci, ktorých jeden, prípadne aj obaja rodičia nepochádzajú z krajiny, v ktorej sa vzdelávajú a teda sú v danej krajine cudzincami. Diverzita sociokultúrneho prostredia, v ktorom dieťa/žiak na začiatku povinnej školskej dochádzky je veľmi široká. A aj v slovenských podmienkach diverzita populácie z hľadiska rasy, etnika, jazyka, kultúry, socioekonomickej triedy, schopností, rodinného usporiadania a schopností odzrkadľuje aj v školskej triede. V tak diverzitetnej spoločnosti je preto nevyhnutné, aby sa učiteľ neustále venoval diagnostikovaní žiaka a poznávaniu aj jeho najbližšieho sociokultúrneho prostredia, a to zvlášť na začiatku plnenia povinnej školskej dochádzky. Osobitnú skupinu žiakov vo vzdelávaní v školách hlavného vzdelávacieho prúdu predstavujú žiaci so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami.

1. Žiaci so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami

V každej školskej populácii existuje i existovala skupina jednotlivcov, ktorá má, resp. mala v priebehu edukačného procesu trvalé ťažkosti s nadobúdaním nových vedomostí, schopností alebo zručností. Termín *Specific educational Needs* (Špeciálne vzdelávacie potreby) sa prvýkrát objavil v roku 1978 vo Warnockovej správe vo Veľkej Británii a následne sa vo Veľkej Británii v roku 1981 stáva súčasťou Zákona o školstve a vzdelávaní (Educational Act, 1981). (Special educational needs, s.6). Od tohto obdobia sa tento termín stal predmetom medzinárodných dohôd (ako napr. *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education* (konferencia UNESCO 7.-10.6.1994) Salamanca, Španielsko) ako aj „školských zákonov“ mnohých krajín. Definície a kategórie špeciálnych vzdelávacích potrieb nie sú vo všetkých krajinách jednotné. Niektoré krajiny uvádzajú iba jednu alebo dve kategórie (napr. Dánsko) a niektoré uvádzajú viac ako 10 kategórií špeciálnych vzdelávacích potrieb (napr. Poľsko). Väčšina krajín v Európe rozlišuje od 6 do 10 kategórií špeciálnych vzdelávacích potrieb. Lichtenštajnsko nedefinuje žiaden typ špeciálnych vzdelávacích potrieb, definovaná je iba forma podpory. (Meijer, C., Soriano, V., Watkins, A. 2003, s. 8). Vzdelávanie žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami v segregovaných a integrovaných podmienkach v Slovenskej republike už v roku 1993 zrovnoprávnila Konceptia výchovy a vzdelávania detí a mládeže so zdravotným postihnutím z roku 1993 a následne sa táto koncepcia premietla aj do príslušných paragrafov zákona č. 279/1993 Z. z. o školských zariadeniach v znení neskorších predpisov. Vzdelávanie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami upravuje v súčasnosti aj zákon 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (ďalej školský zákon) v znení neskorších predpisov. Podľa tohto zákona (§ 2 písmeno j – q) je žiakom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami žiak uvedený v písmenách k) až q) uvedeného zákona, ktorý má zariadením výchovného poradenstva a prevencie diagnostikované špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby, okrem detí umiestnených do špeciálnych výchovných zariadení na základe rozhodnutia súdu. Za žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami je v zmysle platných legislatívnych predpisov považovaný žiak so zdravotným znevýhodnením (žiak so zdravotným postihnutím, chorý alebo oslabený, žiak s vývinovými poruchami, žiak s poruchou správania, s mentálnym postihnutím, sluchovým postihnutím, zrakovým postihnutím, telesným postihnutím, s narušenou komunikačnou schopnosťou, s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami alebo s viacnásobným postihnutím) žiak zo sociálne znevýhodňujúceho prostredia a žiak nadaný. Žiak so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami sa môže v závislosti od svojich možností a potrieb vzdelávať ako individuálne

integrovany žiak v bežnej triede základnej školy, v špeciálnej triede základnej školy alebo v špeciálnej škole. Do bežnej triedy základnej školy možno začleniť aj žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. O prijatí dieťaťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami rozhoduje riaditeľ školy na základe písomnej žiadosti zákonného zástupcu a písomného vyjadrenia zariadenia výchovného poradenstva a prevencie, vydaného na základe diagnostického vyšetrenia dieťaťa. Žiak so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, ktorý sa vzdeláva v bežnej triede základnej školy, musí mať zabezpečené odborné personálne, materiálne, priestorové a organizačné podmienky v rozsahu a kvalite zodpovedajúcej jeho individuálnym potrebám. Riaditeľ školy pred prijatím dieťaťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami do školy so vzdelávacím programom pre žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami poučí zákonného zástupcu o všetkých možnostiach vzdelávania jeho dieťaťa. (§ 61 ods. 1 zákona 245/2008 v znení neskorších predpisov). Žiak, ktorý má špeciálne výchovnovzdelávacie potreby a vzdeláva sa v bežnej základnej škole ako individuálne integrovaný, musí mať vypracovaný individuálny výchovno-vzdelávací program. Program je východiskovým materiálom, ktorý má za cieľ metodicky usmerniť riaditeľa školy, učiteľov a iných odborných pracovníkov, informovať ich o tom, aké špecifické podmienky je potrebné na škole vytvoriť a ako špecificky postupovať vo výchovno-vzdelávacom procese žiaka, aby tento mal možnosť dosiahnuť úroveň vzdelania primeranú jeho individuálnym predpokladom. Zároveň je zdrojom informácií pre pedagogických a iných odborných pracovníkov, ktorí v procese výchovy a vzdelávania prichádzajú do kontaktu so žiakom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Zastúpenie individuálne integrovaných žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami v základných školách sa každoročne mení, avšak počty individuálne integrovaných žiakov okrem iného určite poukazujú aj na potrebu vzdelávania a prípravy učiteľov pre prácu s touto špecifickou skupinou vo vzdelávaní.

Tab. 1 Počty individuálne integrovaných žiakov v základných školách v rokoch 2010/2011 – 2015/2016 (spracované podľa štatistických ročeniek školstva)

| ROK | 2010/ 2011 | 2011/ 2012 | 2012/ 2013 | 2013/ 2014 | 2014/ 2015 | 2015/ 2016 |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Typ postihnutia | | | | | | |
| Syndróm autizmu | 145 | 189 | 233 | 301 | 406 | 491 |
| Mentálne postihnutie | 3645 | 3743 | 3563 | 3523 | 3652 | 3882 |
| Sluchové postihnutie | 314 | 330 | 330 | 350 | 358 | 367 |
| Zrakové postihnutie | 243 | 244 | 259 | 266 | 269 | 238 |
| Naruš. kom. sch. - NKS | 782 | 869 | 999 | 1200 | 1448 | 1602 |
| Telesné postihnutie | 971 | 930 | 664 | 637 | 590 | 555 |
| Poruchy správania | 1318 | 1488 | 820 | 764 | 778 | 711 |
| Vývin. poruchy učenia | 10826 | 12057 | 11695 | 12284 | 13765 | 13368 |
| Intelektovo nadaní | 532 | 647 | 714 | 704 | 920 | 775 |
| Žiaci zo SZP | - | - | 52305 | 55374 | 20785 | 11532 |

Pozn.: údaje o počtoch žiakov zo sociálne znevýhodňujúceho prostredia sú dostupné od rok 2012ú2013; upravené podľa štatistický ročeniek školstva v školských rokoch 20102011 – 2015/2016, cit. 2016-07-27, dostupné na internete http://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skolstve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-specialne-skoly.html?page_id=9600

Základným princípom inkluzívnej školy je, že všetky deti by sa mali učiť spolu, všade tam, kde je to možné, bez ohľadu na prípadné ťažkosti alebo rozdiely, ktoré môžu mať, vzdelávanie musí brať do úvahy rozsiahlu rozmanitosť vlastností a potrieb detí. Školy musia nájsť spôsoby na úspešné vzdelávanie všetkých detí vrátane tých, ktoré sú postihnuté vážnymi poruchami. (The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education, 1994) to nie je možné bez toho, aby učitelia v školách dokázali identifikovať rozmanité potreby detí/žiakov vo vzdelávaní. Diagnostikovanie v edukačnom procese tak zohráva významnú úlohu pri napĺňaní princípov inkluzívneho vzdelávania v školách hlavného vzdelávacieho prúdu. Lemešová (2010) uvádza, že je na učiteľovi, aby správne dekodoval odoslanú správu dieťaťa, aby hľadal v danom prejave jeho aktuálnu potrebu. Z uvedeného vyplýva, že učiteľ musí hľadať, čo je za tým, keď sa dieťa správa agresívne, utiahnuto, alebo aj keď napr. nedokáže držať tempo v kreslení s ostatnými deťmi. Práve škola, ktorá poznáva žiaka na pozadí jeho širšieho a primárneho sociálneho prostredia dokáže podľa nás aktualizovať skryté potenciality detí a vzdelávať ich v duchu rešpektovania princípov inkluzívneho vzdelávania.

2. Diagnostikovanie žiaka vo vzdelávaní a diagnostická kompetencia učiteľa

Diagnostikovanie v práci učiteľa je exemplárnym príkladom tvorivej činnosti (Knauer, 1994). Pedagogické diagnostikovanie ako priama činnosť učiteľa, pri ktorej dochádza k uplatneniu teórie pedagogickej diagnostiky v edukačnej praxi by malo byť súčasťou jeho práce. Jeho cieľom však nie je žiakov selektovať, ale podporovať ich ďalší rozvoj. Pomáha učiteľovi odhaliť aktuálnu úroveň rozvoja žiaka a poznanie tejto úrovne by malo byť východiskom pre uplatňovanie ďalších pedagogických stratégií. Učiteľ, ktorý plánuje edukačný proces, by mal mať dobré informácie o schopnostiach žiakov, ich rozvoji a nielen slabých, ale aj o silných stránkach. Diagnostikovanie je iba jednou z úloh v práci učiteľa, ale stáva sa východiskom pre jeho ďalšie pedagogické pôsobenie a slúži tak nielen na rozvoj každého žiaka, ale aj vzdelávacieho procesu ako celku. Miera poznania žiakov vlastnej triedy a posilnenie individualizácie vo vyučovaní sa v konečnom dôsledku odrazí nielen v kvalite práce žiakov, ale aj v hodnotení práce učiteľa. Každé dieťa je iné, jedinečné a majstrovstvo učiteľa primárneho vzdelávania spočíva v jeho schopnosti nájsť jednotlivca na tom stupni vývinu, kde sa práve nachádza. Nadviazanie vyučovania na stupeň vývinu jednotlivca, využívanie jeho osobnostných, morálnych kvalít, poznanie záujmov a obľúbených činností žiaka a využívanie týchto poznatkov učiteľom v priebehu výchovno-vzdelávacieho procesu posúva žiaka stále vpred k novým možnostiam a k novým, náročnejším cieľom tak, aby dochádzalo k uspokojovaniu vyšších potrieb žiaka. Diagnostikovanie teda nie je v práci učiteľa cieľom ale prostriedkom, prostredníctvom ktorého dochádza k zefektívňovaniu celého edukačného procesu a zvyšovaniu kvality jeho výsledkov napr. prostredníctvom aplikovania konceptu scaffolding vo výučbe (Sikorová, Horsley, 2014). Cieľom diagnostikovania žiakov učiteľom je optimálny rozvoj každého jednotlivca, a to aj žiakov s rizikovými prejavmi, ktoré môžu v konečnom dôsledku indikovať, že pôjde o žiaka so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami. S nástupom dieťa na plnenie povinnej školskej dochádzky sa z dieťaťa stáva žiak, ktorý musí plniť požiadavky kladené na neho vzdelávacou inštitúciou. V súvislosti s nadobudnutím novej spoločenskej roly – roly žiaka sa však môžu stať zreteľnejšie isté charakteristické znaky, ktoré môžu učiteľovi napovedať, že môže ísť o žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. V tejto súvislosti máme namysli najmä špecifické vývinové poruchy učenia a správania, ktorých prejavy sú síce vo výkone a správaní dieťaťa manifestované už aj v nižšom veku, ale pred vstupom do základnej školy neovplyvňujú tak výrazne jeho úspešnosť ako v konečnom dôsledku môžu ovplyvniť školskú úspešnosť žiaka. Učiteľ primárneho vzdelávania je v súčasnosti často krát prvou osobou v živote dieťaťa/žiaka, ktorá môže upozorniť okolie žiaka na tie prejavy v jeho konaní a správaní, ktoré sú prejavmi deficitov čiastkových funkcií charakteristických pre žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami. A to najmä preto, že môže byť prvou osobou v živote dieťaťa, ktorá má dostatočné teoretické vedomosti o prejavoch jednotlivých porúch učenia a správania, po absolvovaní odbornej praxe nadobúda aj praktické skúsenosti s identifikáciou žiakov s rizikovými prejavmi v konaní a správaní ako aj v oblasti kognitívnych a exekutívnych funkcií dieťaťa/žiaka. Na vyslovenie jeho podozrenia by však nemal stačiť iba jeden z prejavov niektorej z porúch. Je dôležité, aby pri svojom usudzovaní bral na vedomie, že rovnaké prejavy môžu mať rôzne príčiny. Práve diferenciálne diagnostikovanie slúži na rozlíšenie porúch, ktoré majú rovnaké prejavy, ale rôzne príčiny a v práci učiteľa je nevyhnutné, aby si o svojich diagnostických úvahách viedol v priebehu diagnostikovania priebežné záznamy. Učiteľ by mal žiaka, u ktorého spozoroval deficity čiastkových funkcií a považuje ho za dieťaťa/žiaka s rizikom školskej neúspešnosti a má podozrenie na jednu z týchto porúch počas výchovno-vzdelávacieho procesu priebežne diagnostikovať (resp. venovať sa cielene formálnemu hodnoteniu), počas diagnostického procesu by mal umožniť žiakovi pracovať svojim vlastným tempom a dať mu k dispozícii

množstvo rôznych úloh, ktorých riešenie a analýza výsledkov spojené s pozorovaním žiaka počas práce, môže jeho podozrenie potvrdiť alebo vyvrátiť. S výsledkom svojho diagnostikovania by mal učiteľ citlivo oboznámiť rodičov žiaka a následne odporučiť rodičom žiaka vyhľadať odborných zamestnancov centra pedagogickopsychologického poradenstva a prevencie. Je dôležité zdôrazniť aj rodičom, že cieľom takéhoto diagnostikovania však nie je znemožniť žiakovi cestu za poznáním, ale mu ju uľahčiť. Prostredníctvom spolupráce rodiny, školy a ďalších odborníkov zainteresovaných v diagnostickom procese žiaka môže u žiaka dôjsť k eliminácii prejavov jeho nežiaducich prejavov, a tak k zlepšeniu jeho študijných výsledkov.

2.1. Expertnosť učiteľskej profesie a diagnostická kompetencia učiteľa

V súvislosti s vymedzovaním učiteľstva ako expertnej profesie dochádza v odbornej literatúre aj k vymedzovaniu kompetencií učiteľa vo vzťahu k pedagogickej diagnostike. Knauer (1994) uvádza, že diagnostická kompetencia učiteľa je podstatným prvkom pedagogických schopností učiteľa a diagnostikovanie je nenahradiiteľnou a neoddeliteľnou súčasťou jeho práce. Vysoká kvalita diagnostických činností zvyšuje úspešnosť pedagogickej činnosti až v tom prípade, keď dokáže učiteľ súčasne preniesť svoje diagnostické zistenia do ďalšieho pedagogického pôsobenia. Efektivita vyučovania vedeného učiteľom je popri inom závislá od toho, či a do akej miery sa mu podarí zohľadniť individualitu jednotlivých žiakov. Základné požiadavky na výkon profesie učiteľa primárneho vzdelávania sú uvedené aj v Štátnom vzdelávacom programe pre primárne vzdelávanie - ISCED1 (2008, 2015). Hovoria o pedagogickom zamestnancovi (v našom ponímaní je to učiteľ primárneho vzdelávania/1. stupňa ZŠ), ktorý spĺňa kvalifikačné požiadavky stanovené zákonom a preukazuje odborné a pedagogicko-psychologické spôsobilosti, ktoré využíva pri pedagogickej komunikácii, motivácii žiakov, ich diagnostikovaní, hodnotení, pozitívnom riadení triedy a udržaní neformálnej disciplíny. Na základe uvedeného môžeme skonštatovať, že už z platných legislatívnych noriem vyplýva, že učiteľ by mal aj diagnostikovať, a teda spĺňať základné požiadavky na výkon svojej profesie. Požiadavky na diagnostikovanie ako a teda aj diagnostická kompetencia učiteľa je obsiahnutá aj v štruktúre kompetenčného profilu, a naň nadväzujúcom návrhu profesijného štandardu učiteľa primárneho vzdelávania. Môžeme ju identifikovať ako explicitne vyjadrenú v jednotlivých kompetenciách obsiahnutých v dimenzii žiak a jej troch základných okruhoch, a to najmä prostredníctvom požiadaviek na spôsobilosti učiteľa identifikovať vývinové a individuálne charakteristiky žiaka, identifikovať psychologické a sociálne faktory jeho učenia sa a identifikovať sociokultúrny kontext rozvoja žiaka. Diagnostická kompetencia je implicitne obsiahnutá aj v dimenzii edukačný proces, lebo jeho efektívna realizácia je možná len na základe na základe poznania/diagnostikovania svojich žiakov. Toto vyplýva z kompetencií súvisiacich s riadením edukačného procesu ako je: schopnosť stanoviť ciele vyučovania orientované na žiaka, schopnosť výberu a realizácie vyučovacích foriem a metód, schopnosť hodnotiť priebeh a výsledky vyučovania a učenia sa žiaka. Je zrejmé, že požiadavky na diagnostikovanie a aj diagnostická kompetencia sa stali štandardnou súčasťou učiteľskej profesie. Považujeme za dôležité uviesť, že diagnostickú kompetenciu nepredstavujú len teoretické poznatky o problematike diagnostikovania v edukačnej realite. Knauer (1994) vymedzil tri základné komponenty diagnostickej kompetencie učiteľa, ktorými sú *vedomosti*, a to nielen o pedagogickej diagnostike a diagnostikovaní v edukačnej realite, ale aj špeciálne poznatky z pedagogických vied, všeobecnej a vývinovej psychológie, ako aj psychológie osobnosti; *postoje*, ktoré považuje za významný osobnostný komponent vo vzťahu k nevyhnutnosti diagnostikovania v edukačnej realite a uvádza, že učelia, ktorí nepovažujú za potrebné diagnostikovať osobnosť žiakov, úroveň ich aktuálneho rozvoja, ako aj vzťahov

v triede, zanedbávajú nielen svoje diagnostické úlohy, ale aj svoje vzdelanie v oblasti pedagogickej diagnostiky a diagnostikovania a *zručnosti*, keďže diagnostikovanie vyžaduje od učiteľa diagnostické schopnosti a zručnosti a patria sem napr. schopnosti a zručnosti adekvátneho výberu a využívania diagnostických metód a postupov. *Diagnostická kompetencia a diagnostické spôsobilosti učiteľa* predstavujú v teoretickej rovine súhrn všetkých jeho vedomostí, ktoré získava v priebehu pregraduálnej a postgraduálnej prípravy v rámci pedagogicko-psychologických disciplín vrátane pedagogickej diagnostiky. Inkluzívny trend vzdelávania žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami kladie aj vyššie nároky na diagnostické spôsobilosti učiteľa. Mnoho detí má v určitom období ich školskej dochádzky ťažkosti s učením, a tým vyžadujú špeciálne vzdelávacie potreby. Vzdelávanie a efektívnosť vzdelávania ovplyvňujú však nielen teoretické poznatky a odborné zručnosti, ale aj postoje učiteľov. Práve preto sa venujeme vybraným výskumom venovaným skúmaniu postojov učiteľov a študentov učiteľstva k žiakom so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami.

3. Postoje učiteľov a študentov učiteľstva k diverzite žiakov vo vzdelávaní v pedagogických výskumoch

Viacerí autori zdôrazňujú postoje učiteľov ako rozhodujúcu zložku pri zabezpečovaní úspešného začlenenia žiakov so špeciálnymi vzdelávacími potrebami do škôl hlavného vzdelávacieho prúdu. Vzhľadom na trendy transformácie rodiny, narastajúcemu multikulturalizmu považujeme za dôležité upriamiť pozornosť na postoje učiteľov. Postoje učiteľov môžu mať výrazný vplyv na spôsob realizácie výučby a komunikáciu so žiakmi so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami. (Nyambura Wagithunu, 2014)

3.1. Špeciálne výchovnovzdelávacie potreby a postoje učiteľov

Viacere výskumy sú venované analýze postojov učiteľov a študentov učiteľstva k inkluzívnemu vzdelávaniu žiakov so špeciálnymi potrebami, resp. k žiakom s vývinovými poruchami učenia a vybraným z nich sa venujeme. Vplyv vzdelávania a pregraduálnej prípravy v oblasti špeciálnej pedagogiky a inkluzívneho vzdelávania bol preukázaný vo viacerých výskumoch (napr. et al,1994, Van Reusen et al, 2000, Pearson et al, 2003 podľa Hussein, 2015) Jedným z takých výskumov je aj výskum realizovaný na vzorke 122 učiteľov primárneho vzdelávania (1- 6 ročník) (Subban & Sharma, 2006) pomocou dotazníka ATIES (Attitudes Toward Inclusive Education Scale Wilczenski, 1992 podľa Winter 2006) a zistili, že učitelia, ktorí vo vzdelávaní absolvovali predmety z oblasti špeciálnej pedagogiky mali pozitívnejšie postoje k implementácii inkluzívneho prístupu vo vzdelávaní. Avšak väčšina týchto respondentov uviedla, že absolvované pregraduálne vzdelávanie ich nevybavilo takými zručnosťami, aby mohli čeliť výzvam a ťažkostiam pri výučbe žiakov so špecifickými poruchami učenia (Subban & Sharma, 2006). Výskum Ellinsa a Portera (2005, s. 191) preukázal pozitívny vplyv vzdelávania v oblasti špeciálnej pedagogiky u učiteľov sekundárneho vzdelávania na budovanie ich proinkluzívnych postojov. Shaddock, Giorcelli, & Smith (2007 podľa Woodcock, 2013) uvádzajú, učitelia primárneho vzdelávania (základných škôl) vykazujú vo výskumoch pozitívnejší prístup ku vzdelávaniu žiakov s poruchami učenia ako ich kolegovia pôsobiaci v sekundárnom vzdelávaní (na stredných školách). Konštatujú, že to môže byť aj z toho dôvodu, že integrácia/inklúzia týchto žiakov sa v porovnaní so strednými školami vo väčšej miere aplikuje v základných školách. Učitelia základných škôl vyjadrujú taktiež aj pozitívnejšie postoje k diferenciacii obsahu vzdelávania ako ich kolegovia zo stredných škôl (sekundárneho vzdelávania). Campbell et al (2002) na základe výskumu na vzorke 274 študentov učiteľstva konštatuje, že vzdelávanie v oblasti

špeciálnej pedagogiky má pozitívny vplyv na budovanie proinkluzívnych postojov. Lambe (2007) zistila, že úspešná pedagogická prax v (jazykovo) neselektívnom prostredí mala najpozitívnejší vplyv na všeobecné postoje voči začleneniu. Študenti učiteľstva tak majú väčšiu možnosť pracovať s žiakmi s rozdielnym sociokultúrnym pozadím, vrátane tých, ktorí môžu mať rôzne špeciálne výchovnovzdelávacie potreby a ich postoje ovplyvnila skutočnosť, že inkluzívnu prax majú možnosť vidieť a zažiť.

Naopak existujú však aj výskumy, ktoré preukázali, že vzdelávanie v oblasti špeciálnej pedagogiky má malý (ak vôbec nejaký dopad) na zmenu vnímania a postojov k žiakom so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami. Winter (2006) zisťoval u 203 učiteľov v Severnom Írsku názory na ich prípravu pre prácu v inkluzívnom prostredí. Vo svojom výskume využíval metódy kvalitatívneho a kvantitatívneho výskumu. Až 71 % výskumnej vzorky respondentov predstavovali učelia s praxou od šesť do pätnásť rokov. Zistil, že až 89% respondentov sa na základe absolvovaného pregraduálneho vzdelávania necítilo byť pripravených na vyučovanie v inkluzívnom prostredí. Výsledky ďalej ukazujú, že učelia v triedach pracujú so širokým spektrom žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami. Dôsledkom toho je, že veľký počet učiteľov môže postrádať sebadôveru pri uspokojovaní potrieb žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami. Realizovaný výskum preukázal nielen potrebu, ale aj záujem učiteľov o predmety týkajúce sa výučby žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami v pregraduálnej príprave. Napríklad Stella, Forlin a Lan (2007 podľa Woodcock, 2013) realizovali výskum na vzorke 213 študentov učiteľstva v Hongkongu pred a po absolvovaní venovanému vzdelávaniu žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami. V posteste bol síce preukázaný štatisticky významný rozdiel a postoje študentov učiteľstva k žiakom so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami boli síce pozitívnejšie, avšak študenti mali aj po absolvovaní tohto vzdelávania obavy pred samotným vzdelávaním žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami v školách hlavného vzdelávacieho prúdu. Prikláňame sa k názoru Hassaneina (tamtiež), že napriek tomu, že mnohé štúdie preukázali pozitívny vplyv na budovanie proinkluzívnych postojov učiteľov vzhľadom na skutočnosť, že existujú výskumy, ktoré tieto zistenia nepotvrdzujú tak nemôžeme automaticky počítať s proinkluzívnymi postojmi u všetkých učiteľov, ktorí absolvovali vzdelávanie v oblasti špeciálnej pedagogiky a inkluzívneho vzdelávania v pregraduálnej príprave. Zaujímavosťou je však fakt, že konštatuje, že učelia s magisterským a vyšším vzdelaním vo výskumoch vykazujú pozitívnejšie postoje k inkluzívnemu vzdelávaniu žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami ako ich kolegovia s nižším ako magisterským vzdelaním (Hassanein, tamtiež, s. 61) To v podstate do istej miery potvrdzuje vplyv vzdelávania na budovanie proinkluzívnych postojov o učiteľov.

3.2. Rozvíjanie proinkluzívnych postojov v pregraduálnej príprave a v kontinuálnom vzdelávaní

Elhoweris a Alsheikh (2006) naznačujú, že postoje učiteľov môžu byť pozitívne ovplyvňované zvyšovaním poznatkov o žiakoch so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami a taktiež aj o možnostiach, ako upokojovať ich špeciálne výchovnovzdelávacie potreby v triede. Uvádzajú, že vzdelávacie programy pre učiteľov by mali obsahovať viac alternatívnych štýlov a vzdelávacích stratégií, ktoré by následne mohli využívať v reálnej edukačnej praxi. Ako prínosné považujú pozývať ako hostí na výučbu študentov osoby so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami a v pregraduálnej príprave na výučbe v edukačných aktivitách simulovať postihnutie (napr. v našich podmienkach aj prostredníctvom tvorivej dramatiky). Loreman et al (2007) dospeli k záveru, že ak u učiteľov v pregraduálnej príprave máme vyvíjať pozitívne postoje k inkluzívnemu

vzdelávaníu, a tak by súčasťou ich prípravy na profesiu mala byť priama interakcia s osobami so špeciálnymi potrebami, nadobúdanie sebadôvery pre výučbu žiakov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami prostredníctvom priamych výučbových činností (napr. v priebehu praxe počas pregraduálnej prípravy) a adekvátne legislatívne povedomie o problematike inkluzívneho vzdelávania osôb so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami. Hassanein (2015, s. 56) konštatuje, že dlhotrvajúca prax v inkluzívnom prostredí, pozitívne skúsenosti s inkluzívnym vzdelávaním a adekvátne absolvované vzdelávanie môžu viesť k pozitívnym postojom k inklúzii a inkluzívnemu vzdelávaniu. Zároveň poukazuje na nevyhnutnosť profesijného rozvoja zameraného na budovanie proinkluzívnych postojov u učiteľov. Konštatuje, že učitelia boli viac naklonení k inkluzívnemu vzdelávaniu žiakov s telesným a senzorickým postihnutím ako k žiakom s mentálnym postihnutím a poruchami správania. Rink (2002 podľa Byra 2006) uvádza, že učitelia v inkluzívnom prostredí by mali pre svojich študentov vedieť poskytnúť vzdelávací obsah primerane na úrovni ich vývinu, dostatok možností na aktívne zapojenie sa do výučby a neustálu a adresnú spätnú väzbu a objektívne hodnotenie vzdelávacích výsledkov. Tieto oblasti poukazujú na významné zručnosti učiteľov pri vytváraní interaktívneho a citlivého výučbového prostredia.

ZÁVER

Už v roku 2005 bolo v publikácii OECD (2005) uvedených niekoľko základných príkladov, ako sa rola učiteľa zmenila. Na úrovni jednotlivého študenta by mal učiteľ napríklad zvládnuť iniciovať a manažovať vyučovací proces, reagovať na individuálne vzdelávacie potreby študentov. To od neho vyžaduje množstvo kompetencií, poznatkov a zručností, ktoré by mal efektívne využívať, aby každý jednotlivec dosiahol v priebehu edukačného procesu maximum. Na úrovni triedy učiteľ musí byť spôsobilý učiť v multikultúrnom prostredí, klásť dôraz na aktuálne prierezové témy a oblasti, ktoré môžu byť vyučované samostatne alebo ako integrovaná súčasť kurikula a vo svojej triede integrovať jednotlivcov so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami, čo od neho vyžaduje špeciálnopedagogické vedomosti a spôsobilosť spolupracovať s podporným personálom. napriek inkluzívnym trendom vo vzdelávaní by sme sa však mali naučiť nediagnostikovať žiaka za účelom stanovenia nejakej diagnózy a jeho zaradenia do kategórie žiak so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami, ale predovšetkým preto, aby sme ako učitelia čo najjednoduchšie dokázali nájsť cestu k žiakovi a dávať mu dostatok vhodných a adekvátnych príležitostí pre jeho ďalší celkový osobnostný rozvoj. A aká by teda mala byť príprava učiteľov pre inkluzívne vzdelávanie? Na základe dostupných a aj v tomto texte uvedených zdrojov môžeme konštatovať, že predmetom vzdelávania a prípravy učiteľov by mali byť určite predmety špeciálna pedagogika, ako aj predmety venované problematike inkluzívnemu vzdelávaniu. Vo vzdelávaní učiteľov a ich ďalšom pôsobení v edukačnej praxi však zohráva aj poznanie legislatívnych východísk vzdelávania žiakov so špeciálnymi edukačnými potrebami. Práve toto teoretické poznanie tvorí východiskovú bázu pre uplatnenie adekvátnych didaktických spôsobilostí a diferenciaciu výučby vo vzťahu k cieľovej skupine vzdelávaných. Bolo by vhodné poučiť sa z realizovaných výskumom v zahraničí a nastaviť vzdelávanie a prípravu učiteľov tak, aby sme v príprave a kontinuálnom vzdelávaní rozvíjali nielen poznatky o žiakoch so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami a metódy diferenciacie učebných úloh, ale aj pozitívne postoje k vzdelávaným žiakom, ktoré sa odzrkadľujú v riadení triedy ako aj v každodennej komunikácii. A ak chceme skutočne ovplyvňovať aj postoje učiteľov musíme mať na zreteli, že tie sa ťažko ovplyvňujú vo výučbe realizovanej prostredníctvom hromadných prednášok, ale oveľa ľahšie sa formujú v menších skupinách (Mintz, 2007) cez pravidelné diskusie a riešenie problémov v prípadových štúdiách z prostredia inkluzívneho vzdelávania (Boling 2007). Rieser (2011) už v názve jednej zo svojich štúdií uviedol, že

jedinou filozofiou, resp. jediným prístupom vo vzdelávaní, ktoré má v tomto svete zmysel je inkluzívne vzdelávanie. Ak budeme súhlasiť, resp. čo i len pripustíme túto tézu musíme prijať aj fakt, že takéto vzdelávanie nie je možné bez diagnostickej kompetencie učiteľa. Trend inkluzívneho vzdelávania sa postupne už pomerne dlhodobo odzrkadľuje aj vo viacerých legislatívnych dokumentoch na Slovensku. Na význam diagnostikovania upozorňujú aj Kosová, et al (2012) a poukazujú na význam nadobúdania diagnostických kompetencií učiteľa v procese jeho pregraduálnej prípravy. Nemôže však ostať len pri pregraduálnej príprave. Diagnostická kompetencia a postoje k žiakom so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami sa rozvíjajú aj na základe profesijných činností vykonávaných v edukačnej praxi, na základe kolegiálnych rozhovorov a odbornej pomoci iných zainteresovaných, ako aj na základe systému profesijného rozvoja a to nielen v oblasti venovanej priamo diagnostikovaniu a žiakom so špeciálnymi výchovnovzdelávacími potrebami.

LITERATÚRA

- Avramidis, E. & Norwich, B. (2002) Teachers' attitudes towards integration / inclusion: a review of the literature, *European Journal of Special Needs Education*, 17:2, s. 129-147, DOI: 10.1080/08856250210129056
- Babiaková, S. (2015). Diagnostikovanie a sledovanie pokrokov detí v začiatocnom čítaní. *Diagnozowanie i terapia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.*: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2015, s. 251-264.
- Boling, E. (2007) 'Yeah, but I still don't want to deal with it'. Changes in a Teacher Candidate's Conceptions of Inclusion. *Teaching Education*, 18 (3), s.217- 231.
- Byra, M. (2006). Teaching styles and inclusive pedagogies. In D. Kirk, M.O'Sullivan, & D. Macdonald (Eds.), *Handbook of research in physical education* (449-466). London: SAGE Publications. Dostupné na http://www.spectrumofteachingstyles.org/pdfs/literature/Byra_2006_Teaching_Styles_and_Inclusive_Pedagogies.pdf
- Campbell, J., Gilmore, L. and Cuskelly, M. (2003) Changing student teachers' attitudes towards disability and inclusion. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 28 (4), 369-379. dostupné na <https://core.ac.uk/download/files/310/10875683.pdf>
- Duchovičová, J. a kol. (2012) *Diverzita v edukácii*. Nitra: UKF.
- Duchovičová, J. a kol. (2013) *Diverzita školskej populácie ako objekt pedagogickej vedy*. Nitra: UKF.
- Elhoweris, H. & Alsheikh, N. (2006) Teachers' attitudes toward inclusion. *International Journal of Special Education*, 21 (1), 115-118, dostupné na <http://vmarpad.shaanan.ac.il/efficacy/%D7%97%D7%95%D7%9C%D7%9C%D7%95%D7%AA%20%D7%A2%D7%A6%D7%9E%D7%99%D7%AA/%D7%9E%D7%90%D7%9E%D7%A8%D7%99%D7%9D/Elhoweris,%20Alsheikh%20-%202006%20-%20Teachers%E2%80%99%20attitudes%20toward%20inclusion.pdf>
- Ellins, J., & Porter, J. (2005). Departmental Differences in Attitudes to Special Educational Needs in the Secondary School. *British Journal of Special Education*, 32(4), 188-195. dostupné na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8578.2005.00396.x/epdf>
- Forlin, C., Earle, C., Loreman, T., & Sharma, U. (2011) The Sentiments, Attitudes, and Concerns about Inclusive Education Revised (SACIE-R) Scale for Measuring Pre-Service

Teachers' Perceptions about Inclusion. *Exceptionality Education International*, 21, 50-65. Retrieved from <http://ir.lib.uwo.ca/eei/vol21/iss3/5>

Hassanein, E.E.A. (2015): Inclusion, disability and culture. Rotterdam: Sense Publishers.

Kasáčová B., Kosová B. (2006). Kompetencie a spôsobilosti učiteľa – svetové trendy a slovenský prístup. *Profesijný rozvoj učiteľa*. Prešov: MPC, s. 36 – 48.

Kasáčová, B. (2015). Učiteľ v sociálnom a profesijnom kontexte. Činnosti učiteľa - komunikácia medzi pedeutológiou a edukačnou realitou. *Komunikowanie sie w środowisku szkolnym i pozaszkolnym : nowe trendy i obszary*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2015, s. 305-339.

Knauer, K. (1994). Diagnostik im pedagogischen Prozeß. Frankfurt am Main: Peter Verlag.

Kosová, B. et al. (2012) *Vysokoškolské vzdelávanie učiteľov*. Banská Bystrica: PF UMB.

Lambe, J. (2007) Student teachers, special educational needs and inclusion education: reviewing the potential for problem-based, e-learning pedagogy to support practice. *Journal of Education for Teaching*, 33 (3), 359-377. dostupné na <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ814470.pdf>

Laurie G. Kahn, Lauren Lindstrom, & Christopher Murray. (2014). Factors Contributing to Preservice Teachers' Beliefs about Diversity. *Teacher Education Quarterly*, Vol. 41, No. 4 (Fall 2014), s. 53-70.

Lemešová, M. (2010) Problémové dieťa v škole. In Valihorová, M., Kaliská, L. (eds.) *Zdravá škola*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, 2010, pp. 366 - 370.

Lipnická, M. (2015). Poradenstvo pedagogických zamestnancov v školách : Pomoc pri riešení problémov. *Manažment školy v praxi*. Bratislava: Wolters Kluwer, 2016, s. 6-9.

Loreman, T., Forlin, C., & Sharma, U. (2007). An international comparison of pre-service teacher attitudes towards inclusive education. *Disability Studies Quarterly*, 27(4). Retrieved from <http://dsq-sds.org/article/view/53/53>

Mahat, M. (2008) The development of a psychometrically-sound instrument to measure teachers' multidimensional attitudes toward inclusive education *International Journal of Special Education*, 23 (1) 82-92. dostupné na <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ814377.pdf>

Miliband D. 2006. *Choice and Voice in Personalised Learning*. Personalising Education. OECD, 2006, [on-line]. [2013-07-08] dostupné na: <http://www.oecd.org/site/schoolingfortomorrowknowledgebase/themes/demand/41175554.pdf>

Mintz, J. (2007) Attitudes of primary initial teacher training students to special educational needs and inclusion. *Support for Learning*, vol 22, no 1, pp. 3 - 8. DOI: 10.1111/j.1467-9604.2007.00438.x

Nyambura Wagithunu, M. (2014). Teachers' Attitudes as a Factor in the Realization Inclusive Education Practice in Primary Schools in Nyeri Central District. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 5(5), s. 117 – 134. Doi:10.5901/mjss.2014.v5n5p

OECD. (2005). *Teachers matter attracting, developing and retaining effective teachers*. [on-line]. [2006-3-13] dostupné na: <http://www.keepeek.com/Digital-Asset->

Reynolds, M. (2001). Education for Inclusion, Teacher Education and the Teacher Training Agency Standards, *Journal of In-Service Education*, 27 (3), pp. 465 - 476, DOI: 10.1080/13674580100200164

Rieser, R. (2011). Disability, human rights and inclusive education and why inclusive education is the only educational philosophy and practice that make sense in today's world. In Richards G., Armstrong F.. Teaching and learning in inclusive classroom. London, New York : Routledge, s. 156-169.

Sikorová, Z., & Horsley, M. (2014) Classroom Teaching and Learning Resources: International Comparisons from TIMSS. A Preliminary Review. *Orbis scholae*. 2014, roč. 8, s. 43-60.

Solomon M. Z. & Morocco C. C. (1999) Diagnostic Teacher. *The diagnostic teacher*. New York: Teacher College Press, s. 231- 246.

Subban, P., & Sharma, U. (2006). Primary School Teachers' Perceptions of Inclusive Education in Victoria, Australia. *The International Journal of Special Education*, 21(1), pp. 42-52.

Symeonidou, S. & Phtiaka, H. (2009). Using teachers' prior knowledge, attitudes and beliefs to develop in-service teacher education courses for inclusion. *Teaching & Teacher Education*, 25(4), 543–550. doi:10.1016/j.tate.2009.02.001

Šnídlová M. (2012) Profesionálne štandardy v kariérom raste pedagogických a odborných zamestnancov. *Pedagogické rozhľady*, r. 21, č. 1-2, s. 27 – 31.

Štátny vzdelávací program pre I. stupeň základnej školy v Slovenskej republike. *ISCED 1 – Primárne vzdelávanie*. [online] [cit. 2006-11-30] Dostupné na: http://www.statpedu.sk/files/documents/svp/1stzs/isced1/isced1_spu_uprava.pdf

Štátny vzdelávací program. *Priárne vzdelávanie - 1. stupeň ZŠ*. Bratislava : ŠPÚ, 2015. [online] [cit. 2015-10-13]. Dostupné na http://www.statpedu.sk/sites/default/files/dokumenty/inovovany-statny-vzdelavaci-program/svp_pv__2015.pdf

Štátny vzdelávací program. *Primárne vzdelávanie - 1. pre prvý stupeň základnej školy v Slovenskej republike. ISCED 1 – Primárne vzdelávanie*. [online] [cit. 2015-11-30] Dostupné na: <http://www.statpedu.sk/clanky/statny-vzdelavaci-program/svp-pre-prvy-stupen-zs>

The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. UNESCO, 1994. [online] [cit. 2006-11-30] Dostupné na: http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF.

Winter, E. (2006). Initial Teacher Education: Preparing New Teachers for Inclusive Schools and Classrooms. *Support for Learning*, 21(2), 85-91. online dostupné na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9604.2006.00409.x/epdf>

Woodcock, S. (2013). Trainee Teachers' Attitudes Towards Students With Specific Learning Disabilities. *Australian Journal of Teacher Education*, 38(8). <http://dx.doi.org/10.14221/ajte.2013v38n8.6>

Woodcock, S., Hemmings, B., & Kay, R. (2012). Does Study of an Inclusive Education Subject Influence Pre-Service teachers' Concerns and Self-Efficacy about Inclusion?. *Australian Journal of Teacher Education*, 37(6). <http://dx.doi.org/10.14221/ajte.2012v37n>

KONTAKT

Mariana Cabanová Mgr. PhD.

Katedra elementárnej a predškolskej pedagogiky PF UMB

Ružová 13

974 11 Banská Bystrica

+421484464863

mariana.cabanova@umb.sk

RANÁ PÉČE V KONTEXTU SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ DIAGNOSTIKY

Igor Hampl

Anotace: Příspěvek se zabývá ranou péčí jako sociální službou v kontextu speciálně pedagogické diagnostiky. Stručně ranou péči vymezuje, uvádí její legislativní a koncepční vymezení a v souvislosti s jejími hlavními cíli zmiňuje speciálně pedagogickou diagnostiku. Dále se v příspěvku uvádí výzkum Raná péče z pohledu rodičů, vedle metodologie jsou uvedeny především závěry výše uvedeného výzkumného šetření.

Klíčová slova: Raná péče, speciálně pedagogická diagnostika

Summary: The paper is focused on Early Childhood Intervention as a social service in the context of Special Educational Diagnostic. The paper deals with its legislative and policy definition and in relation to its main objectives mentions the Special Educational Diagnostic. There are also research Early „Childhood Intervention from the perspective of parents“ in this article, the author writes about methodology and results of this research.

Key words: Early Childhood Intervention, Special Educational Diagnostic

Hlavním úkolem současné speciální pedagogiky, který zcela koresponduje s jejími humanitními, výchovnými a ekonomickými cíli je výchova, vzdělávání a péče o osoby se speciálními potřebami tak, aby byl zajištěn všestranný rozvoj jejich osobnosti, dosaženo co nejširšího společenského uplatnění a co nejvyšší možné míry integrace a inkluze. Předmětem této péče, resp. cílovou skupinou tohoto výchovně vzdělávacího působení jsou osoby se speciálními potřebami jakéhokoli věku. Radíme sem tedy děti, mladistvé, dospělé i seniory. Všem těmto skupinám je nutno potřebnou péči zajistit a dosáhnout tak rozvoje jejich osobnosti v co nejvyšší možné míře a podílet se aktivně na zvyšování kvality života jedinců se speciálními potřebami.

Jedna z oblastí, která je v posledních desetiletích považována za klíčovou, a to nejen pro oblast zkoumání, je raná péče, tedy péče zaměřená na ty nejmenší. V komplexním systému péče o jedince se speciálními potřebami představuje včasná intervence (raná péče) důležitou službu, a to jak na profesní tak na politické úrovni. Primárně vychází z práva dětí a jejich rodin na získání podpory, kterou mohou v určité vývojové etapě potřebovat. Cílem rané péče je podporovat a posilovat dítě a rodinu, což pomáhá vytvářet inkluzivní a soudržnou společnost, která si je vědoma práv dětí a jejich rodin. (Kovářová, Janků, Hampl, 2015)

Při veškerých úvahách o důležitosti i koncepcích rané intervence musíme primárně vycházet z dnes již zcela samozřejmého poznatku, že raný věk dítěte je obdobím velice rychlého psychomotorického vývoje. Pro zajištění optimálního rozvoje dítěte v dalších vývojových etapách je důležité tohoto období co nejefektivněji využít, neboť absence potřebných podnětů, resp. jejich nedostatek vede k nemožnosti vypěstování určitých dovedností, schopností a vlastností v pozdějším věku. (Ludíková In Fialová, 2011)

Hlavní cíle rané péče v ČR definují a podrobně rozpracovávají Druhové standardy kvality služby raná péče, které formulovala a v roce 2013 také schválila Asociace pracovníků v rané péči. Tyto druhové standardy vycházejí z obecných standardů sociálních služeb (definovaných v zákoně č. 108/2006 Sb., v platném znění, resp. ve vyhlášce 505/2006 Sb., v platném znění) a jsou ode dne svého schválení závaznými pro všechny organizace, které se na základě dobrovolného členství v asociaci sdružují. Druhové standardy kvality služby raná péče pak v rámci procedurálních standardů uvádí, že cílem této sociální služby je snížit negativní vliv postižení dítěte na rodinu a prostředí, zvýšit vývojovou úroveň dítěte v postižených či ohrožených oblastech, posílit kompetence rodiny a její soběstačnost a autonomii (služby musí být poskytovány tak, aby nečinily rodinu závislou na žádné výchovně vzdělávací ani pobytové instituci) a vytvořit pro dítě i rodinu podmínky sociální integrace. (Kovářová, Janků, Hampl, 2015)

Bazalová (2014) dále v souvislosti s ranou péčí uvádí, že jedním z jejich hlavních cílů je i včasná a správná diagnostika a z ní vyplývající včasná intervence.

Speciálně pedagogická diagnostika v rané péči

Speciálně pedagogická diagnostika je proces, který se zabývá poznáváním zvláštností jedince s postižením. Je podkladem pro realizaci speciálně pedagogické podpory a cílem je odhad možností edukace dítěte. U dětí v raném věku diagnostické postupy směřují k co nejpřesnějšímu popisu nejdůležitějších oblastí vývoje a slouží ke stanovení individuálního plánu intervence. (Valenta, a kol., 2015)

Je zřejmé, že jakákoliv intervence a podpora jedinci se speciálními potřebami je těžko realizovatelná bez provedení speciálně pedagogické diagnostiky a má-li být raná péče poskytována kvalitně s využitím speciálně pedagogických metod, je hlavním předpokladem dobrá orientace pracovníků rané péče v této problematice.

Speciálně pedagogickou diagnostiku tak řadíme mezi základní činnosti rané péče, které vymezuje hned několik dokumentů, a to jak zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tak i jeho průvodní vyhláška č. 505/2006 Sb. a podrobně jsou činnosti poskytovatelů služby raná péče popsány také v druhových standardech kvality služby raná péče.

Podle těchto dokumentů patří mezi základní činnosti rané péče aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, přičemž speciálně pedagogickou diagnostiku řadíme do první skupiny. (Kovářová, Janků, Hampl, 2015)

Jak již ze základního vymezení a definice rané péče vyplývá, všechny tyto činnosti se zaměřují nejen na dítě se speciálními potřebami samotné, ale také na jeho rodinu, širší sociální okolí, včetně intaktní společnosti.

Personálně jsou základní činnosti center rané péče zajištěny pracovníky rané péče, kteří pracují v interdisciplinárním týmu, jehož jsou součástí. Základem tohoto týmu je poradce rané péče a rodič dítěte. Aby klientům mohly být zajištěny adekvátní služby, včetně speciálně pedagogické diagnostiky, měly by být v širším interdisciplinárním týmu zastoupeny tyto profese: speciální pedagog, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, lékař/odborný lékař. Složení týmu se však liší podle zaměření na cílovou skupinu klientů (specializace pracoviště) a podle skladby odborných služeb. Jednotliví členové týmu nemusí být zaměstnáni na jednom pracovišti, poskytovatel rané péče může pro některé služby zajistit externí spolupracovníky a konzultanty, kteří se stanou členy širšího týmu. Obecně platí, že na jednom pracovišti by měli být minimálně dva terénní pracovníci, další pracovníci mohou být externí odborníci. (Kovářová, Janků, Hampl, 2015) Speciálně pedagogickou diagnostiku pak konkrétně zajišťuje speciální pedagog a částečně také poradce rané péče.

Rodiče jako základní prvek interdisciplinárního týmu

Je zřejmé a z výše uvedeného také vyplývá, že základním předpokladem pro erudovanou a kvalitní speciálně pedagogickou podporu je nutná realizace speciálně pedagogické diagnostiky. Aby pracovníci rané péče – speciální pedagogové byli schopni tuto podporu dítěti nabídnout je důležité primárně zajistit, aby se rodina s dítětem se speciálními potřebami o této sociální službě dověděla a příslušné centrum rané péče kontaktovala. Aktivní role rodičů je v tomto procesu nezbytnou podmínkou, i proto je považujeme za základní prvek interdisciplinárního týmu. Je nejen důležité rodiče do celého procesu zapojovat, podporovat je v jejich rodičovských rolích a vybavovat je potřebnými kompetencemi, ale také naslouchat jejich přáním, potřebám, požadavkům, včetně získávání tak důležité zpětné vazby.

V roce 2016 bylo realizováno výzkumné šetření Raná péče z pohledu rodičů, které se zaměřovalo právě na zpětnou vazbu ze strany rodičů. Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit a analyzovat názory rodičů, využívajících službu rané péče. Dílčími cíli pak bylo:

1. Analyzovat počátek spolupráce rodiny s odborníky v rané péči.
2. Analyzovat zaměření podpory, kterou rodina žádá.
3. Analyzovat spokojenost rodičů s podobou služby a způsobem spolupráce.
4. Analyzovat přínos spolupráce rodiny s centrem rané péče pro rodiče samotné.

Výzkum byl koncipován jako smíšený, tedy kvalitativně kvantitativní. V rámci kvantitativního šetření byla zvolena technika dotazníku, v rámci kvalitativního šetření technika polostrukturovaného rozhovoru a pro zpracování získaných dat využity metody zakotvené teorie – otevřené a axiální kódování a statistické metody.

Výzkumným vzorkem v rámci kvalitativního šetření bylo 30 rodičů (29 matek, 1 otec) dětí s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením, přičemž nejpočetněji zastoupenou skupinou jsou rodiče dětí s kombinovaným postižením, tvoří celých 50% všech dotázaných. Respondenty hloubkových polostrukturovaných rozhovorů bylo 9 rodičů dětí s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením (tabulka č. 1):

Tabulka 1 Charakteristika respondentů rozhovoru (Szymiková, 2016, s. 67)

| Respondent | Vztah k dítěti | Diagnóza dítěte – typ postižení | Věk dítěte | Sourozenci | Rodinné zázemí | Délka spolupráce s centrem RP |
|------------|----------------|--|------------|-----------------------------|--|-------------------------------|
| R1 | matka | Dětský autismus, středně těžká MR | 3,5 let | mladší sestra | Matka má nového partnera. Ten moc nepomáhá. Občas jí pomáhá její matka. | 6 měsíců |
| R2 | matka | lehká MR | 6 let | 3 starší sestry | Manžel matku velmi podporuje. Pomáhají i rodiče manželů či straší děti. | 3 roky |
| R3 | matka | lehká MR, ADHD | 6,5 let | starší sestra | Matka žije sama. Z její rodiny jí nikdo nepomáhá. | více než 3 roky |
| R4 | matka | lehká MR, ADHD, susp. atypický autismus | 4,5 let | starší bratr | Matka žije s partnerem, který téměř není doma. Velmi jí pomáhají její rodiče – matka. | 1,5 let |
| R5 | matka | Downův syndrom (středně těžká MR + problémy s motorikou) | 6,5 let | starší bratr, mladší sestra | Matku podporuje manžel, je pracovně vytížen. Hodně pomáhají rodiče, švagrová. | více než 3 roky |
| R6 | matka | DMO, bez MR | 5,5 let | sestra dvojče | Manžel moc nepomáhá. Hodně pomáhá sestra matky. Pomáhá i tchyně a rodiče. | více než 3 roky |
| R7 | matka | kombinované postižení, těžká MR | 6,5 let | 2 starší bratři | Matka má partnera, ten s ní nebydlí, ale příležitostně pomáhá. Pomáhá také její matka. | více než 3 roky |
| R8 | matka | středně těžká MR | 5 let | mladší bratr | Matka žije sama. Pomáhá její sestra, občas rodiče. | 2 roky |
| R9 | matka | atypický autismus, ADHD | 6 let | 2 starší bratři | Manžel matku velmi podporuje. Pomáhají také rodiče z obou stran. | více než 3 roky |

Ze závěrů výzkumného šetření vyplývá, že Rodiny dětí s mentálním, tělesným, kombinovaným postižením začínají ve více než 50% případů spolupracovat s centrem rané péče až po druhém roce věku dítěte – to můžeme konstatovat na základě analýzy rozhovorů i dotazníkového šetření. Analýza rozhovorů dále ukazuje, že se zde promítá nejen charakter postižení dítěte a doba určení diagnózy, ale také uvědomění si problémů dítěte ze strany rodičů. Vyhledání pomoci nastává až době, kdy rodiče částečně vstřebají zatěžující informaci o postižení dítěte a zejména, až dojdou k závěrům, že potřebují pomoc při podpoře rozvoje dítěte. Rodiče si obvykle uvědomují vlastní limity při další práci s dítětem, chybí jim informace, jakým způsobem mohou své dítě dále rozvíjet. Existuje také určitá prodleva mezi získáním informace o rané péči a kontaktováním centra rané péče. Vzhledem k celkem pozdnímu zahájení spolupráce je zajímavé, že podporu pro rozvoj dítěte i pro sebe vnímají většina rodičů jako včasnou.

Motivací rodičů pro zahájení spolupráce s centrem rané péče je snaha udělat pro své dítě maximum, případně potřeba zjistit, co mohu pro své dítě udělat. Část rodičů se pak na ranou péči obrátí s konkrétním požadavkem nebo proto, že si neví rady. V naprosté většině případů je motivací snaha podpořit vývoj dítěte, ať už komplexně nebo v určité oblasti. Výsledky

rozhovorů naznačují, že první pobídka k vyhledání rané péče může přijít zvenčí – nejčastěji to jsou přátelé a známí rodiny, či jiný rodič, někdy také odborník.

Analýza rozhovorů ukázala, že rozhodnutí k využití rané péče souvisí také s očekáváním, která rodiče od spolupráce s centrem rané péče mají. Pro spolupráci se rozhodnou ti rodiče, jejichž očekávání jsou realistická, a která tedy mohou být naplněna. Výsledky obou částí šetření ukazují, že očekávání rodičů byla naplněna a v některých případech dokonce realita jejich očekávání předčila. K tomu, aby se pro spolupráci rodiče rozhodli, je rovněž důležitá důvěra, kterou musí pracovníci rané péče získat. Rodič musí nabízenou pomoc vidět jako smysluplnou, potřebnou a přínosnou. Prostřednictvím prvního setkání rodiče získali potřebné informace. Při tomto setkání pracovníci rané péče většinou na rodiče působili pozitivním dojmem. Při rozhodování využít ranou péči si rodiče současně uvědomují, že nemají co ztratit, chtějí to prostě vyzkoušet. Vědí totiž, že není mnoho lidí (institucí), kteří by jim mohli prakticky pomoci.

Na základě rozhovorů i dotazníkového šetření můžeme konstatovat, že povědomí rodičů o existenci rané péče je na nízké úrovni. Mnoho rodičů se o existenci služby dozvídá až po druhém roce věku dítěte nebo ještě později. Ve 43% případů informovali o rané péči rodiče odborníci z řad zdravotníků, sociálních pracovníků nebo pedagogů v mateřských školách či SPC. Významným zdrojem informací o rané péči se stávají známí rodiny a prostředí internetu, kde lze nalézt informace poskytovatelů, blogy a sociální sítě, kde sdílejí zkušenosti rodiče dětí se zdravotním postižením. Z rozhovorů vyplynulo, že rodiče očekávají, že o možnostech pomoci a podpory budou informováni odborníky, zejména lékaři. V praxi se tomu tak často neděje. Ze strany odborníků informace nepřicházejí, nebo se tomu tak děje až v pozdějším věku dítěte. Tento fakt částečně potvrzují výsledky dotazníkového šetření, kdy jen 17% rodin získalo informace o rané péči od zdravotníků. V dostupnosti informací o službě vidíme jisté rezervy – protože pro celých 23% dotázaných v dotazníkovém šetření nebylo snadné informace o rané péči získat. (Szymiková, 2016)

Syntéza dat obou částí šetření ukazuje, že všichni rodiče chtějí ve spolupráci s ranou péčí podpořit zejména vývoj dítěte. Chtějí vědět, jak s dítětem pracovat, jak ho stimulovat, chtějí rozšíření podnětů pro dítě, zapůjčení hraček a pomůcek. Zaměřují se zejména na ty oblasti, ve kterých má jejich dítě potíže, kterou jsou méně rozvinuté – jemná a hrubá motorika, grafomotorika, řeč, sebeobsluha, schopnost soustředění. U dětí s pohybovým postižením či potížemi v motorice chtějí především stimulovat vývoj hrubé a jemné motoriky – může to být např. osvojení či zlepšení chůze, zlepšení pohybové a senzomotorické koordinace, rozvoj grafomotoriky. U dětí s kombinovaným postižením si matky přejí krom podpory pohybového vývoje, rozvíjet komunikaci, zlepšení v jídle, dále rozvoj smyslového vnímání, akceptaci používání kompenzačních pomůcek, zlepšení celkové pohody dítěte a jeho schopnosti vnímat a reagovat na své okolí. U dětí s nedostatečně rozvinutými komunikačními dovednostmi se rodiče zaměřují zejména na rozvoj komunikace (AAK či mluvená řeč), chtějí také zlepšit soustředění dítěte, případně mu vytvořit režim, aby se lépe orientovalo. Rodiče dětí s mentálním postižením se krom rozumového vývoje hodně zaměřují na komunikaci a sebeobsluhu. Důležitou hodnotou je pro rodiče samostatnost, kterou chtějí u dítěte podporovat. Tuto samostatnost spojují nejen se sebeobsluhou ale i s nezávislostí dítěte na jeho okolí.

Stěžejní jsou v rané péči konzultace v domácím prostředí rodiny. Tomu také odpovídá využívání jednotlivých služeb nabízených rodinám. Mezi nejčastěji využívané služby v rané péči dle vyjádření rodičů patří: návrh aktivit a her pro stimulaci vývoje dítěte, poradenství v oblasti postižení a vývoje dítěte; dále půjčování speciálních pomůcek, hraček a literatury; upevňování a nácvik dovedností, které mohou pomoci při podpoře přiměřeného vývoje dítěte. Nejméně využívanou službou je doprovod na jednání. (Szymiková, 2016)

Shrneme-li získané výsledky, vidíme, že všichni rodiče jsou spokojeni s kvalitou využívaných služeb. Spolupráce s centrem rané péče je pro rodiče dobrou zkušeností – dosavadní spolupráci hodnotí kladně, nemají k ní žádné výtky. Jsou zcela spokojeni s přístupem a prací svého poradce, s předávanými informacemi, velmi spokojeni jsou také s podporou vývoje dítěte i plánováním průběhu služby. Analýza rozhovorů přinesla zjištění, že na prvním místě rodiče kladně hodnotí a oceňují přístup pracovníků rané péče. Tento přístup je respektující, partnerský a lidský. Cení si také profesních a osobnostních kompetencí svého poradce jako je např. naslouchání, zájem, komunikace, ochota, kreativita, porozumění.

Rodiče ranou péči vnímají jako smysluplnou a přínosnou. Všem rodičům služba pomáhá při zvládání situace a řešení problémů, 50% rodičů uvedlo, že jim raná péče dokonce velmi pomáhá. V rozhovorech rodiče spontánně vyjadřují, že jsou rádi, že se tuto službu rozhodli využít. Kladné hodnocení souvisí také s tím, že očekávání všech rodičů byla naplněna. V rozhovorech některé matky uvedly, že jejich očekávání byla realitou překonána. Všichni rodiče by na základě svých zkušeností službu doporučili ostatním rodičům dětí s postižením. Ranou péči totiž vnímají jako podporu a pomoc, která „vzácná“ a potřebná.

Pro rodiče je prvním místě přínosná psychická podpora, kterou jim dává poradce či setkání s dalšími rodiči a odborníky. Akcentuje se tu zejména pocit úlevy a vědomí, že nejsou na své problémy sami. Rodiče zjišťují, že nejsou jediní, kdo řeší podobné problémy. Dále oceňují, že poradce projevuje zájem, že je vyslechne a zároveň nekritizuje. Druhým často uváděným přínosem bylo získání či ověření informací různého druhu, rad, návodů, znalostí. Rodiče získali nadhled, dokážou nyní vnímat své problémy z širší perspektivy. Významný přínos je také v tom, že se rodiče naučili pracovat s dítětem (různé terapie, stimulace, komunikace). Rodiče získali inspiraci a nasměrování pro další stimulaci dítěte či řešení rodinné situace. To jim opět přináší jistotu a uklidnění, které s sebou nesou vědomí zvládnutelnosti (situace) a zlepšení vlastního sebevědomí – také tím, že je poradce oceňuje a podporuje jejich dovednosti. Posiluje to také jejich odhodlání pro zvládání nelehké situace. V některých případech může raná péče podpořit přijetí postižení dítěte. (Szymiková, 2016)

ZÁVĚR

V rámci speciálně pedagogické diagnostiky plní sociální služba raná péče velice významnou roli, a to s naprostým respektem zásady včasnosti. Je velice důležité na základě její realizace poskytovat rodinám s dětmi se speciálními potřebami nutnou podporu a všemi možnými způsoby zajistit co největší informovanost veřejnosti o této sociální službě.

LITERATURA:

BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha:Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

FIALOVÁ, I. *Analýza faktorů determinujících edukaci a profesní orientaci jedinců se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5591-9.

KOVÁŘOVÁ, R., JANKŮ, K., HAMPL, I. *Poradenský systém pro osoby se speciálními potřebami v České republice*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2015. ISBN 978-80-7464-792-5.

SZYMIKOVÁ, A. *Raná péče pro rodiny s dětmi s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením*. Diplomová práce. Ostrava: Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky, 2016.

VALENTA, M, a kol. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015.
ISBN 978-80-262-0937-9.

KONTAKT

Mgr. Igor Hampl, Ph.D.
Ostravská univerzita
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky
Email: igor.hampl@osu.cz

MOŽNOSTI SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ DIAGNOSTIKY SMYSLOVÉ PERCEPCE DĚTÍ S TĚŽKÝM POSTIŽENÍM ZA POMOCÍ TERAPEUTICKÉHO KONCEPTU SNOEZELLEN

Kateřina Janků

Anotace: Cílem příspěvku je přiblížit možnosti a využití speciálně pedagogické diagnostiky smyslové percepcí skrze vybranou terapii – Koncept Snoezelen. V první části článku předkládáme teoretické vymezení osobnosti člověka s těžkým vícenásobným postižením, diagnostiky smyslové percepcí a rozvrstvení vnímání člověka. Dále se ve druhé části článku zaměřujeme na definování konkrétního konceptu a možnosti využití multismyslového terapeutického konceptu Snoezelen k diagnostikování a posouzení smyslového vnímání osob s těžkým zdravotním postižením.

Klíčová slova: Dítě s těžkým postižením, kombinované postižení, vícenásobné postižení, smyslová percepcí, zrakové vnímání, sluchové vnímání, haptické vnímání, speciálně pedagogická diagnostika, Koncept Snoezelen.

ÚVOD

Moderní trend školské inkluze, který souvisí s individuálním rozvojem všech dětí za pomoci různých specifických prostředků a přístupů, směřuje k tomu, aby se běžný pedagog učil a srovnával metody, které byly dříve doménou speciálních pedagogů a psychologů. Práce odborníků ve školách je komplexnější a nutí všechny spolupracovat a využívat nejrůznějších možností.

Pozitivní je, že se české školství více otevírá zkušenostem a vlivům ze zahraničí. Více, než kdy jindy se také školy snaží přibližovat „dílům lidskosti“, jak je nadefinoval už Jan Ámos Komenský: „*Proto budiž zlatým pravidlem, aby všechno bylo předváděno všem smyslům, kolika možno, totiž věci viditelné zraku, slyšitelné sluchu ... a může-li být něco vnímáno více smysly, budiž předváděno více smyslům*“. Učitelé a vychovatelé hledají způsoby a metody práce, jak dětem co nejpřirozeněji a nejlépe přiblížit znalosti a dovednosti, které si mají osvojit.

Velmi důležitou součástí edukačního procesu už od raného věku dítěte se zdravotním postižením je speciálně pedagogická diagnostika, se kterou se stále více musí seznamovat i běžní učitelé. V rámci tohoto textu se budeme snažit přiblížit informace, jakým způsobem je možné využít multismyslových místností Snoezelen k diagnostice smyslové percepcí dětí s těžkým postižením se zaměřením na zrakovou, sluchovou a hmatovou oblast.

Děti s těžkým vícenásobným postižením

Skupina dětí s těžkým vícenásobným postižením je jednou z nejsložitějších a nejméně prozkoumaných skupin dětí se zdravotním postižením. Kombinované vady, jak vícenásobné postižení často nazýváme, jsou velmi širokou oblastí sestávající z různých druhů, typů a stupňů postižení. Každý jedinec s takovým postižením vyžaduje individuální přístup a metody práce, které respektují jeho souhrn postižení a dalších, zejména vývojových faktorů. Pojem kombinované postižení obsahuje takovou škálu postižení, které se, už podle svého

názvu, vzájemně kombinují a dosahují různého stupně postižení fyzického, psychického i sociálního. Velmi je ovlivňuje doba vzniku, vlastní osobnost člověka, odborná péče a její včasnost, rodina a edukační aktivity, léčebná raná rehabilitace, ad. Ovšem, na kombinaci vad a její důsledky není možné pohlížet jako na systém dvou a více různých postižení, ale jako na součinnost vad, které se sbíhají v naprosto odlišné a nové postižení, které je nutné řešit komplexně a ruku v ruce s odborníky různých profesí.

Definice vícenásobného postižení, která je stále v české školní legislativě platná, zní: „*Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp.žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.*“ (Věstník MŠMT ČR č.8/1997, čj. 25602/97-22)

Vítková (2006, s. 193) vyzvedla u charakteristiky těchto osob zejména komplexnost, která souvisí s mnoha důsledky, kterými je těžké postižení specifické. Navíc zdůrazňuje přístup speciálního pedagoga, který musí být empatický a přísně individuální.

„*Těžké vícenásobné postižení představuje komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Přiřazení k tzv. hlavnímu symptomu ve smyslu klasického postižení, jako je postižení tělesné, mentální nebo smyslové, není možné, neboť tím by se na jedné straně ignoroval charakter komplexnosti postižení, na druhé straně celistvost individua.*“ (Vítková, 2006, s.193)

Vícenásobné postižení je komplex poruch, které nelze dělit, stejně jako nelze rozdělit osobnost dítěte se všemi svými schopnostmi, zvláštnostmi a limity.

Pro potřeby speciální pedagogiky a obecně resortu školství (viz výše uvedená definice), se žáci se souběžným postižením více vadami dělí do těchto tří skupin:

1. Skupina žáků s mentální retardací (vzhledem ke vzdělávacím možnostem je mentální retardace zde pokládána za vadu dominantní).
2. Skupina žáků s kombinací tělesných vad, smyslových vad a vad řeči (specifickou podskupinu tvoří děti hluchoslepé).
3. Skupina dětí s autismem a s autistickými rysy.

I přestože není možné najít všechny společné rysy osob s těžkým postižením, společné pro všechny tyto jedince je:

- **poškození centrálních funkcí** - tzn. podstatné narušení nebo ztráta koordinujících centrálních systémů, které řídí a realizují vnímání, pohyb a jejich zpracování;
- všichni vykazují problémy s **orientací ve vlastním prostředí**, kterého se nedokáží zmocnit a vybudovat si tak vlastní „kognitivní struktury“;
- vždy je tedy **narušena celistvost** osobnosti člověka s těžkým postižením. (Janků, 2013)

Žáci se souběžným postižením více vadami jsou nejčastěji vzdělávání v základní škole speciální a v základní škole praktické. V rámcovém vzdělávání je pro ně vyhrazena část C a D Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální (viz RVP ZŠS).

Na základě určitých společných specifik, se vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami soustřeďuje na tyto cíle (viz dále Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální – RVP ZŠS 2008):

- osvojení základních hygienických návyků a sebeobsluhy;
- rozvoj pohyblivosti, samostatnosti a orientace;
- rozvoj komunikačních dovedností využíváním systémů alternativní a augmentativní komunikace;

- rozvoj spolupráce s blízkými osobami a využívání jednoduchých úkonů;
- rozvoj možné adekvátní samostatnosti;
- rozvoj emocí a pozitivních citů;
- rozvoj pozornosti, vnímavosti a poznání.

Před začátkem edukačního procesu je vždy nutné provést adekvátní kvalitní vstupní diagnostiku schopností, dovedností a možností dítěte, které vyplývají z jeho těžkého postižení. Pro tento proces je více než kdy jindy nutná spolupráce rodičů, dětí, školy, školského, nebo jiného, poradenského zařízení (PPP – Pedagogicko psychologická poradna, SPC – Speciálně pedagogické centrum).

Diagnostika průběžná, kterou provádíme nejen podle termínů obecného harmonogramu, ale kdykoliv podle potřeby dítěte, se zaměřuje na motoriku, sensoriku, sebeobsluhu, orientaci v prostředí, autoregulaci, komunikaci, kognitivní procesy, emocionalitu, chování a způsobilost pro sociální interakci v prostředí. (Opatřilová, 2005)

V edukaci dětí s těžkým postižením se uplatňují speciálně pedagogické postupy a alternativní metody výuky s cílem: rozvoje rozumových schopností, orientačních dovedností, zlepšování sociální komunikace, sebeobsluhy, schopností a dovedností potřebných pro integraci, apod.

Celý edukační proces dítěte s těžkým postižením je velmi specifický, proto si ještě připomeňme, že i metody zprostředkování informací dítěti s vícenásobným postižením jsou velmi odlišné a klademe na ně velký důraz v edukačním procesu i v běžné komunikaci.

- Vícenásobné opakování informace,
- Nadměrné zvýraznění informace,
- Zapojení více kanálů k přijímání informace,
- Optimální kódování,
- Intenzivní zpětná vazba,
- Algoritmizace obsahu edukace, ad.

Dítě s těžkým vícenásobným postižením je ale stále dítětem, je proto nutné upřednostnit jeho osobnostní rozvoj a motorický rozvoj před řazením do „škatulek“ lékařů. Je zřejmé, že velmi důležitou částí edukace je raná intervence, raná péče a rehabilitace, která se zaměřuje zvláště na **motoriku, psychiku a sociální rozvoj**. Proto je velmi nutné vhodně zkombinovat rehabilitační metody a poradit se s celým týmem odborníků. Práce s tímto dítětem je jednou z nejtěžších zejména pro rodiče, kteří mají možnost využít asistenty, ošetřovatele, denní stacionáře a další pomoc.

Diagnostika smyslové percepce

Diagnostický proces ve speciální pedagogice je obecně poznávacím procesem, který se zaměřuje na co nejdokonalejší poznání člověka s postižením. Zaměřuje se na získávání informací o samotné osobnosti, jeho specifika pro edukační proces, zařazení do společnosti, socializace, profesních předpokladech a následné kvalitě života.

Podle Přinosilové (2007) zkoumá diagnostika průběh dosavadního vývoje člověka i s jeho etiologií. Poznatky diagnostiky a závěry slouží k umožnění co nejširšího rozvoje osobnosti člověka a k určení budoucích možností edukace a integrace do společnosti.

Místo diagnostiky ve speciální pedagogice určuje podle Vaška (2004) metodologie věd, ve smysle které plní diagnostika poznávací funkce, a tedy je součástí metodologie speciální pedagogiky.

Lechta (1995) rozlišuje tři základní úrovně speciálně pedagogické diagnostiky:

- První úroveň je tzv. orientační diagnostika, která poskytuje informace o přítomnosti nebo nepřítomnosti postižení, narušení nebo ohrožení, nebo talentu.

Jejím cílem je identifikace konkrétních jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami, realizuje se screeningem v raném věku a depistáží.

- Druhou úroveň je tzv. základní diagnostika, jejímž cílem je určit základní diagnózu, zjistit a identifikovat konkrétní druh postižení.
- Třetí úroveň tvoří tzv. speciální diagnostika, která je zaměřena na co nejpřesnější identifikaci postižení, jeho formu, typ, stupeň a kombinaci s dalšími faktory a vadami.

Členění a dělení procesu diagnostiky se v rámci speciální pedagogiky liší podle různých kritérií, např. podle časového hlediska, věku jedince, délky trvání, rozsahu sledovaných cílů, etiologie, druhu postižení, apod. Pro naše účely, se zaměříme na speciálně pedagogickou diagnostiku smyslové percepce, čili diagnostiky za použití diagnostických metod a technik, které souvisí s funkčností sensoriky, sensorické kooperace, úrovně smyslové percepce, fázi smyslové percepce.

Percepci, čili vnímání, řadíme mezi poznávací procesy, které zprostředkovávají informace z vnitřního a vnějšího okolí. Jednotlivé informace o světě získáváme v průběhu procesu, který souvisí se sběrem dat za pomoci smyslů a operací analýzy a syntézy, která souvisí se zpracováním jednotlivých vjemů centrálním nervovým systémem člověka (dále jen CNS).

Schopnost CNS reagovat na zkušenost a vnější i vnitřní podněty je v odborné literatuře označována jako plasticita, která vede k rozvoji různých psychických projevů, tedy i vnímání. Všechny tyto procesy probíhají individuálně rychle a specificky diferencovaně, ovšem podle určitého řádu a systému již v prenatálním životě. Navíc tato funkční struktura zajišťuje specializaci mozkových hemisfér, jejichž funkční spolupráce je nutná pro rozvoj všech poznávacích procesů. (Vágnerová, 2004) Pokud nelze z různých důvodů, a působení exogenních i endogenních vlivů, shrnout psychický vývoj znaky posloupnosti navazujících fází, určitého zákonitého pořadí změn, celistvosti a vzájemné interakci, kontinuální diferenciaci, plynulosti a rovnoměrnosti, pak se jedná o narušenou strukturu CNS a poruchu vývoje, která má pravděpodobné nedozírné následky ve veškerém psychickém dění, procesu myšlení i vnímání. (Janků, 2010)

Hovoříme tedy o zrakové (vizuální), sluchové (auditivní), hmatové (taktilní), kinestetické (poloha a pohyb vlastního těla) percepce, a také o orientaci v prostoru a čase.

Vnímání je ovlivněno zráním nervové soustavy, vývojem jedince a v našem případě také druhem a typem postižení. Je nutné, abychom pro diagnostikování úrovně percepce člověka se zdravotním postižením znali fáze vývoje percepce zdravého jedince, a došli tak ke konkrétní fázi a úrovni, ve které se jedinec reálně nachází, a od které se můžeme ve výchově a vzdělávání jedince ubírat dále.

Diagnostika vizuální percepce je u dětí s těžkým postižením, spolu s diagnostikou sluchové percepce a haptického vnímání, jednou z nejdůležitějších diagnostických závěrů. Je zřejmé, že pokud máme před sebou dítě či žáka s vícečetným postižením, je pro nás esenciální zjistit, jakým způsobem přijímá informace z okolí, jak vnímá vlastní tělo, jak fungují jeho smysly a zda je jeho úroveň vnímání dostatečná.

U zrakové percepce hodnotíme rozlišování světla a tmy, jednotlivých předmětů, vlastních částí těla, vzdálenosti, barvy. Hovoříme také o zrakové diferenciaci (schopnosti rozlišovat složitější obrazce), rozlišování figury a pozadí, konstantnosti vnímání (schopnosti poznávat předmět různé velikosti, polohy v prostoru, barvy a struktury), polohy v prostoru a zrakové paměti. (Kastelová in Kastelová, Németh, 2014)

Taktilní vnímání se prudce rozvíjí již v prenatálním stádiu a pak zejména v prvním roce života dítěte. Dotyk předmětu vnějšího světa hmatem ruky patří do objevné fáze vnímání, rozlišování a uvědomění rozdílů mezi sebou samým a vlastním okolím. Dotyk v životě dítěte

s těžkým nebo mentálním postižením nehraje pouze úlohu související s péčí o jeho vlastní potřeby, ale výrazně se odráží na tělesné, sociální, emoční a intelektuální pohodě. (srov. Janků, 2010, Doherty-Sneddon, 2005). Hmatem hodnotíme velikost tvarů, jejich strukturu, teplotu, váhu. Při diagnostice hmatu využíváme různých úkolů, které souvisí s tříděním předmětů, poznávání předmětů hmatem a chápání jejich vlastností.

Také úroveň sluchové percepce u dětí s těžkým postižením je značně ovlivněna, modifikována a ozvláštňena. Souvisí s velmi brzkým vývojem sluchového receptoru i mozkových center, která se vyvíjejí v souladu se spolupůsobící mentální retardací nebo dalším postižením. Sluchové vjemy jsou výsledkem dříve podmíněných spojů, dítě se učí skládat jednotlivé zvuky, tóny hudby apod. To, co dítě slyší a vnímá jako zvuk, je v podstatě závislé na kvalitě i kvantitě podmíněných spojů, které se vytvořily v mozkové kůře. Podobně jako proces vidění, je i slyšení naučeným procesem rozlišování zvuků. (srov. Janků, 2010, Vágnerová, 2004, Švarcová, 2006) Stav sluchového vnímání ovlivňuje také vnímání času, prostoru a polohy vlastního těla. V rámci diagnostiky sluchové percepce hodnotíme rozlišování jednotlivých zvuků, vnímání různé intenzity, poznávání zvuků, schopnost lokalizovat zvuk, ale také rozpoznávání lidské řeči, slabik, slov, vět, sluchovou paměť, sluchovou diferenciaci, sluchovou analýzu a syntézu. (Kastelová in Kastelová, Németh, 2014)

Je důležité zamyslet se rovněž nad fázemi smyslové percepce, které dále souvisí s výchovně vzdělávacím procesem ve smyslu **jednotlivých kroků posloupnosti učení**.

Smyslová percepce/vnímání se obecně u každého člověka rozvíjí podle Pagliana (2001) v následujících fázích:

1. **předpřípravná fáze** (*umím vnímat některé podněty a získat nějaké informace z prostředí*) – z angl. preacquisition;
2. **získávání informací z prostředí** (*učím se vnímat cíleně*) – z angl. acquisition;
3. **rozvoj posloupnosti smyslového vnímání** (*umím vnímat stále přesněji*) – z angl. fluency;
4. **upevňování schopnosti vnímání v čase** (*jsem schopný vnímat a rozlišovat určité podněty po určitou dobu*) - z angl. endurance;
5. **rozvoj schopnosti vnímání i přes neoptimální podmínky** (*i přestože mě něco rozptyluje, vnímám to, co chci*) – z angl. momentum;
6. **generalizace smyslového vnímání** (*vnímám naprosto automaticky a bez nutných instrukcí a kdekoliv*) – z angl. generalisation;
7. **adaptace smyslového vnímání** (*přizpůsobuji proces vnímání svému myšlení a aktuální situaci*) – z angl. adaptation;
8. **uchovávání znalostí a dovedností v paměti** - z angl. retence;
9. **vlastní vedení** (*dosáhl jsem nezávislosti ve schopnosti smyslového vnímání*) – z angl. maintenance.

Koncept Snoezelen

Koncept Snoezelen je jednou z velmi inovativních metod využitelných i ve školách a školských zařízeních. **Cílem tohoto terapeutického konceptu je vytvořit takové prostředí, ve kterém by se děti cítily dobře, a jinak, a tím dosáhnout takových efektů, kterých není možné dosáhnout v běžné školní třídě.**

Definici Snoezelenu uvádí Mezinárodní Asociace Snoezelen takto: „*Snoezelen je dynamické místo plné duševního bohatství...je založen na vzájemném citlivém vztahu mezi účastníkem, průvodcem a kontrolovaným prostředím, které nabízí velké množství smyslových možností a stimulace. Snoezelen byl vytvořen v polovině 70. let a praktikuje se po celém světě.*

*Snoezelen se řídí etickými zásadami a obohacuje kvalitu života svých účastníků. Jeho využití je volnočasové, terapeutické i edukační.*⁵

Právě díky svým principům je tento koncept přesným opakem konzumní produktivity související s celospolečenskými tendencemi, které vedou k utilitaritě výuky a učebních strategií. Jeho podstatou je přizpůsobit se individuálním požadavkům dětí v úžasném a radostném světě plném kouzel, potěšení, překvapení a neskutečných možností.

Snoezelen jako multismyslové prostředí, koncept a místnost, a také veškerá práce v něm, se za posledních 30 let velmi změnil. Původní myšlenka a koncept, který pochází z Holandska, kde byl praktikován jako volnočasová terapie pro dospělé s těžkým mentálním a kombinovaným postižením, se velmi rozšířil a také modifikoval. Celosvětový i náš národní pohled na něj je velmi pestrý. Dokonce i Mezinárodní Asociace Snoezelen (ve zkratce ISNA), začlenila v posledních letech do svých teorií a praktických informací, které jsou dostupné i pro běžnou veřejnost, nové teze a diverzifikace, které souvisí nejvíce s inkluzí a integrací všech osob s určitými limity do společnosti.

Koncept Snoezelen patří i s mnoha jinými metodami (např. Koncept Prenatálních místností, Bazální stimulace, Senzomotorická terapie, ad.) mezi směry, které souvisí s vytvářením uměle vybudovaných prostorů, pokojů a prostředí, které nazýváme *multismyslové*. Obecně o multismyslovém prostředí můžeme říci, že je to vybudovaný (cíleně vytvořený) prostor:

- ve kterém je uplatňována stimulace smyslů, kterou sami řídíme, kontrolujeme a zajišťujeme, můžeme ji sami redukovat nebo rozšiřovat;
- kde se podněty vyskytují v omezeném prostoru (jsou izolované od vnějšího prostředí) nebo se vyskytují integrovaně (jsou začleněny do běžného prostředí);
- který je vytvořený pro aktivní nebo pasivní stimulaci a přizpůsobený zájmu, motivaci, volnému času, relaxaci, terapeutickým nebo edukačním potřebám a cílům uživatele;
- který na sebe může vázat různé druhy fyzických, psychologických či sociologických prostředků, technik a metod.

Multismyslová místnost může vypadat různě, závisí **na možnostech zařízení, na velikosti prostoru, na odborné praxi zřizovatelů, na cíli využití, a zejména, na individuálních potřebách cílové skupiny osob** (dětí s různými druhy speciálních potřeb a postižení, běžní žáci, dospělí, senioři, atd.).

V současnosti je celá koncepce nazývána Snoezelen - MSE. Samostatný název Snoezelen je používán nejvíce v Evropě, Izraeli a Japonsku. Přídavek MSE je v podstatě synonymem slova Snoezelen, a znamená ve zkratce multismyslové prostředí. Tato zkratka se používá v Americe a Austrálii (v překladu z angličtiny *multisensory environment*). Spojení těchto slov do jednoho celku přináší rovněž spojení odborníků, kteří se na mezinárodní úrovni setkávají, vyměňují si názory a zkušenosti a vzájemně se obohacují. (Filatova, 2014)

Speciální pedagogové znají koncept Snoezelen spíše jako terapeutickou metodu, pravdou ovšem je, že se může využívat také jako podpora edukace a volnočasová aktivita. Samozřejmě, zde primárně záleží na skupině osob, se kterou pracujeme. Mnohé výzkumy, zejména s kvalitativním zaměřením, dokazují, že práce ve Snoezelenech a multismyslových prostředích prokazatelně zlepšuje zdravotní stav dětí a podporuje trvalé výstupy vzdělávání zaměřené zvláště na prohlubování kognitivních schopností a znalostí dětí.

Principy a možnosti Snoezelenu lze vyjádřit takto:

- Vytváří pohodu a má relaxační účinky.
- Zklidňuje lidi, ale také je aktivuje.
- Probouzí zájem lidí, vede a usměrňuje podněty z prostředí.

⁵ Definice Snoezelenu. [online][cit. 15-8-2016] Dostupné z: <http://www.isna-mse.org/isna-mse/Snoezelen.html>.

- Probouzí vzpomínky, organizuje osobnost.
- Pomáhá odstranit úzkost a strach a nabízí bezpečné prostředí.
- Poskytuje člověku s postižením i bez postižení nezbytný prostor a čas.
- Ponechává na člověku výběr konkrétních činností, které jej těší a naplňují.
- Poskytuje člověku možnosti, kterých jinak (a jinde) nemůže dosáhnout, ani je využít.
- Ve Snoezelenu se nemusí nic a může se všechno využít. (Verheul, 2014 in Sirkkola (ed.) 2014; Hutchinson 2011 in Larsen, 2015)

Na co se můžeme v rámci diagnostiky percepce zaměřit ve Snoezelenu

Koncept Snoezelen je typický odlišným multimyslovým prostředím a vybavený technikou a pomůckami, které běžně ve školských zařízeních nenajdeme shromážděné v jednom prostoru.

Pomůcky musí být v těchto místnostech využívány velmi uváženě a přiměřeně vzhledem k cílům a k individuální klientele. Velmi snadno může dané prostředí poskytnout až přílišné zahlcení člověka podněty a přesycení organismu různými stimuly.

Nabídka trhu s výbavou pro zřizování Snoezelenových místností se k dnešnímu dni enormně rozšířila.

Vizuální percepce, stimulace vizuálního vnímání:

Pro rozvoj vizuální percepce používáme nejčastěji světélkující tubusy naplněné vodou či jinými látkami – např. voskem, otáčející se nebo se jinak pohybující reflektory, které způsobují světelné efekty na stěnách a v prostorách pokojů, celkové různé druhy osvětlení pokojů podle efektů barev, světélkující a fosforeskující různě dlouhá vlákna, maxi bublifuky, dataprojektory, apod.

Samotné osvětlení místnosti a možnosti jeho korekce (bodová světla s vlastním ovládním, zrcadlové koule, tlumené barevné odrazy promítaček) lze již velmi dobře posloužit pro účely diagnostiky zrakové percepce rozlišování světla a tmy, intenzity světelných podnětů, diferenciaci předmětů. Velmi vhodné je propojení s vibračními efekty, lampičkami a přirozených osvětlením (svíčky, vonné lampy). Světelná technika může být použita jak na stropě, tak na stěnách, podlaze místnosti, zabudovaná vedle a nad zrcadly, ale také na pódiu, apod.

Sluchová percepce, stimulace sluchového vnímání:

V rámci konceptu můžeme najít i typické auditivní pokoje, které jsou zaměřeny pouze na sluchové vjemy, a které obsahují z velké části zvukové pomůcky, např. různé druhy hudebních a doprovodných nástrojů, zvukové hračky, ale také tzv. přivolávače deště, větrné a pohybující se zvonkohry, zabudované audio a stereo zařízení ve zdech místnosti, které vyplňují prostor relaxační nebo aktivační hudbou, apod.

Speciálněpedagogická diagnostika smyslové percepce je většinou součástí prvních lekcí ve Snoezelenových místnostech, a v rámci sluchové oblasti se zaměřuje na diferenciaci, analýzu a syntézu sluchových podnětů, možnosti intenzity zvukových stimulů, rozvoj řeči a komunikace za pomoci mnoha didaktických pomůcek, o kterých dítě mluví. Využívají se speciální podlahy a nástěnné tabule, skříně, ve kterých jsou zabudované zvukové a zrakové nebo zvukové a vibrační nebo zvukové a haptické pomůcky, které jedinec identifikuje a tím poznává.

Haptika, taktilní stimulace:

Většina vnitřních pokojů je pokryta koberci – máme na mysli zčásti podlahy a zčásti zdi, což závisí na cíli zařízení, využívají se matrace a vodní lůžka. Nově se pak k pokojům zařazují

tzv. haptické chodby, kde se shromažďují taktilní pomůcky, ať už závěsného charakteru – čili dítě se musí proplétat vším možným, tak statické pomůcky, dále např. podlahy, které v závislosti na doteku a kontaktu s tělem dítěte spojují haptiku s vizuálním či sluchovým vjemem. Velmi užitečné jsou pak pomůcky pro boj s agresivitou dítěte – panáci, kuželkový les, bouchací pytle, ale také pomůcky vytvářející pohodlí místnosti – podlahové rohože, vodní postel, sedáky, polštáře, rozkládací pohovky, apod.

Speciálně pedagogicky lze velmi dobře propojit haptickou diagnostiku se sociálním prostředím, které je izolované od zbytku školského zařízení. Dotek samotný je nutné ve Snoezelenu řídit a koordinovat, je nezbytné využít znalostí z psychologie a z vlastních kazuistik a anamnéz jedinců. Sociální prostor lze zaměřit také na intimnější rozhovory nejen s jedincem, ale rovněž s rodiči a zákonnými zástupci, který je poradenského nebo metodického charakteru.

ZÁVĚR

Variabilita místností, které odpovídají multismyslovému konceptu Snoezelen je nezměrná. Pokud je cílem pobytů a lekcí v místnosti smyslová percepce a diagnostika a podpora procesu vnímání, je možné místnost vyplnit přesně určenými pomůckami a technikou. Zvláště u osob s těžkým vícečetným postižením je nutné předem poznat jedince co nejvíce, což právě multismyslové místnosti skvěle zabezpečují skrze diagnostické možnosti, které jejich vybavení poskytuje. I přesto upozorňujeme na to, že osobnost člověka s těžkým postižením je natolik specifická, že je nutná diagnostika nejen vstupní, ale i průběžná, modifikovaná a přizpůsobená limitům klientů a jejich potřebám.

LITERATURA:

Definition of Snoezelen/MSE. [online]. 2015 [cit. 2016-08-15]. Dostupné na: <http://www.isna-mse.org/isna-mse/Snoezelen.html>.

DOHERTY-SNEDDON, Gwyneth. 2005. *Neverbální komunikace dětí. Jak porozumět dítěti z jeho gest a mimiky.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-043-7.

FILATOVA, Renata. 2014. *Snoezelen – MSE.* Frýdek – Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2014. ISBN 978-80-905419-3-1.

in pedagogical praxes. Certec: Department of Design Sciences, LTH, Lund University, Sweden, 2015. ISBN 978-91-7623-267-5.

JANKŮ, Kateřina. 2010. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením.* Ostrava: OU PdF, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.

JANKŮ, Kateřina. 2013. *Terapie ve speciální pedagogice – zaměření na osoby s těžkým postižením.* Ostrava: PdF OU, 2013. ISBN 978-80-7464-326-2.

KASTELOVÁ, Alexandra a Ondrej NÉMETH. *Základy speciálnopedagogickej diagnostiky a základy speciálnopedagogického poradenstva.* 2014. Druhé upravené vydání. Bratislava: IRIS, 2014. ISBN 978-80-89726-01-1.

KASTELOVÁ, Alexandra. 2014. *Diagnostika v speciálnopedagogickom poradenstve.* Bratislava: IRIS, 2014. ISBN 978-80-89726-09-7.

LARSEN, H., S. *Tangible participation. Engaging designs & designerly engagements*

LECHTA, Viktor a kol. 1995. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-88824-18-4.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. 2005. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: MU, PdF, 2005. ISBN 978- 80-210-3819-5.

PAGLIANO, Paul. 2001. *Using a Multisensory Environment. A practical Guide for Teachers*. London: David Fulton Publishers, 2001. ISBN 1-85346-716-2.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar. 2007. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.

RVP ZŠS

SIRRKOLA, M. (ed.). *Everyday Multisensory Environments, Wellness Technology and Snoezelen*. ISNA-MSE's XII World Conference. HAMK University of Applied Sciences, Visamäki, Finland, 2014. ISBN 978-951-784-682-0. [online]. 2015 [cit. 2016-08-15]. Dostupné na: http://www5.hamk.fi/arkisto/portal/page/portal/HAMK/tapahtumakalenteri/isna_mses_xii_world_conference.1.html.

ŠVARCOVÁ, Iva. 2006. *Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7178-802-3.

VAŠEK, Štefan. 2010. *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapiencia, 2010. ISBN 978-80-89229-21-5.

VÍTKOVÁ, Marie. 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 978-80-7315-134-0.

KONTAKT

Mgr. Kateřina Janků, Ph.D.

Ostravská univerzita

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Email: katerina.janku@osu.cz

PRIMÁRNÍ DIAGNOSTIKA ASPERGEROVA SYNDROMU V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU.

PRIMARY DIAGNOSIS OF ASPERGER SYNDROME IN YOUNGER SCHOOL AGE.

Petr Adamus

Abstrakt: Prevalence poruch autistického spektra má v současnosti stále zvyšující se tendenci. Cílená a správně zvolená intervence vyžaduje nejen v kontextu speciálně pedagogickém, ale i psychologickém, kvalitní a jistě i včasnou diagnostiku. U dětí s autismem je naplnění tohoto požadavku v období časného vývoje velmi často problematické, z důvodu různorodosti symptomů i variability projevů. Cílem příspěvku je, vzhledem k již probíhající inkluzi žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP), poukázat na důležitost speciálně pedagogického diagnostického procesu u žáka s Aspergerovým syndromem v mladším školním věku. Tento proces je základním předpokladem a prvním krokem k zahájení cílené intervence, která povede k všestrannému rozvoji jedince ve všech oblastech školní i sociální inkluze.

Klíčová slova: Aspergerův syndrom, dětský autismus, poruchy autistického spektra, charakteristické projevy, diagnostika, screeningové a diagnostické nástroje, vzdělávání, integrace

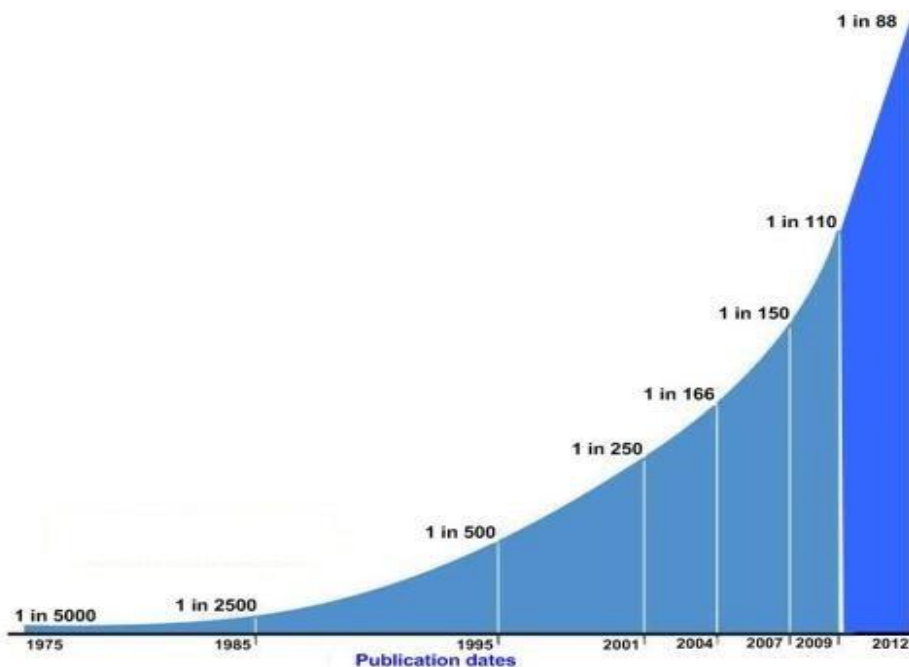
Abstract: The prevalence of autism spectrum disorder has currently increasing tendencies. Targeted and well-chosen intervention requires, not only in the context of special pedagogy but also psychology, quality and timely diagnosis. In children with autism fulfilment of this requirement in the period of early development is very problematic. It is because of the heterogeneity of symptoms and variability of manifestations. Due to ongoing inclusion of pupils with special educational needs, the aim of this contribution is to highlight the importance of special pedagogical diagnosis process in pupils with Asperger Syndrome in younger school age. This process is a basic precondition and a first step to initiate targeted intervention which will lead towards universal development of an individual in all areas of school and social inclusion.

Key words: the Asperger syndrome, the child's autism, the autistical spektra disorders, the common characteristics, the diagnostic, the screening and diagnostic tools, the education, the integration

ÚVOD

Odhadovaná prevalence poruch autistického spektra podle údajů z roku 2014 je 2,24%. Epidemiologické studie uvádějí 1-2 případy poruch autistického spektra na 100 osob (podle šířky diagnostických kritérií). Potencionálně tedy žije v České republice 100 000 - 200 000 osob s poruchou autistického spektra, každý rok se narodí v České republice okolo 500 dětí

s PAS. Obecně platí, že vývojovými poruchami častěji trpí chlapci. Většina jedinců s autismem je mužského pohlaví, poměr se udává zhruba 4:1. Odborná literatura v této spojitosti předpokládá, že tento nepoměr může být zapříčiněn nedokonalou diagnostikou autismu u dívek. (srov. Zablotsky et al., 2015; Bazalová, 2011; Thorová, 2012; Sládečková, Sobotková, 2014)



Graf č. 1: Nárůst autismu. (zdroj: *Autism Speaks [online].*)

Ve spojitosti s extrémním nárůstem autismu se hovoří o tzv. epidemii autismu. Za poslední 2 dekády kvalifikované odhady uvádějí nárůst až o 600%. (viz Graf č. 1). Podle Thorové (2012) se ale nemusí jednat o faktické zvýšení výskytu autismu. Tento nárůst má svá logická opodstatnění, především se, mimo jiné díky kvalitním diagnostickým nástrojům, zvýšila schopnost odborníků rozeznávat a diagnostikovat PAS, taktéž se rozšířily hranice diagnostických kritérií.

Aspergerův syndrom (AS) je zařazen do kategorie poruch autistického spektra, které se řadí k poruchám dětského mentálního vývoje. V současné době je Aspergerův syndrom, (někdy mylně nazýván „sociální dyslexie“), považován za samostatnou nozologickou jednotku. Jde o vrozené postižení mozkových funkcí umožňujících jedinci komunikaci, sociální interakci, případně kreativitu. Aspergerův syndrom se projevuje kvalitativními poruchami ve stejné triádě oblastí jako autismus, není ale přítomna mentální retardace. Lidé s Aspergerovým syndromem bývají náchylní k sebepodceňování, odsuzování a hledání chyb na vlastní osobě. Kontrola vlastního chování bývá problematická. Děti s Aspergerovým syndromem často podléhají nekontrolovatelným záchvatům vzteku a bývají náladové. Predikce problematického chování může být velmi obtížná.

1. STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA PROJEVŮ AS

Jedinci s AS se vyznačují především potížemi v komunikaci a sociálním chování, které bývají v rozporu s celkově dobrým intelektem (u některých jedinců může být intelekt i nadprůměrný) a řečovými schopnostmi, pasivní slovní zásoba bývá většinou bohatá, vývoj řeči nemusí být opožděn. Vyskytuje se převážně u chlapců (v poměru 8:1), má příznaky jako dětský autismus s tím rozdílem, že se nevyskytuje zpoždění či retardace řeči a celkového kognitivního vývoje.

U osob s Aspergerovým syndromem se často objevuje pohybová neobratnost. Vývoj řeči nemusí být opožděn, ve věku pěti let děti mluví většinou již plynule, mají čistou výslovnost a dobrou slovní zásobu. Vývoj řeči však bývá i přesto abnormní. Často se učí texty z paměti, recitují básničky nebo dlouhé statě z knih. Jejich řeč je nápadně mechanická, šroubovitá, formální. Objevuje se kopírování výrazů dospělých. Neobvyklé nejsou ani potíže s pragmatickou složkou řeči – jejich řeč málokdy odpovídá sociálnímu kontextu dané situace. Humorně nebo ironicky řečené výroky chápou doslovně, což může vést k neadekvátním projevům chování. Obtížně chápou potřeby druhých lidí, chybí jim empatie, někdy působí egocentricky. Mají omezenou schopnost vyjadřovat své pocity a snadno podléhají stresu. Mohou také lehce podlehnout nekontrolovatelným záchvatům vzteku, bývají náladoví (srov. Adamus, 2014; Bazalová, 2011; Gilberg, 2005; Thorová, 2012).

Jedince s Aspergerovým syndromem lze orientačně zařadit do dvou skupin s odlišnou úrovní adaptability, a to na jedince s nízkou funkčním nebo vysoce funkčním Aspergerovým syndromem. U nízkofunkčního AS je typické problémové chování – obtížná výchovná usměrnitelnost, negativismus, vyžadování rituálů od ostatních. Časté je výrazné a obtížně odklonitelné repetitivní chování včetně pohybových stereotypií, nepřiměřená emoční reaktivita, destruktivní chování či nízká frustrační tolerance. V kontaktu s druhými lidmi se mohou projevovat agresivně. Vyskytuje se také zarputilá ignorace a odmítání kontaktu s druhými lidmi, emoční chlad a odstup. Nízkofunkční Aspergerův syndrom zasahuje i do intelektu – jedinec má podprůměrné intelektové schopnosti, je hyperaktivní, mívá poruchy pozornosti a těžkou dyspraxii. Jedinec s vysoce funkčním Aspergerovým syndromem se vyznačuje sociální naivitou, pasivitou a průměrnými nebo nadprůměrnými intelektovými schopnostmi. Je schopen spolupráce, chybí výrazně problémové chování. Jeho vyhraněné zájmy jsou přerušitelné, je ochoten se věnovat i jiným činnostem. Má zachovanou sociálně-emoční vzájemnost (Adamus, 2014).

Tab. 1. Orientační popis extrémních pólů úrovní adaptability u lidí s Aspergerovým syndromem

| |
|--|
| <i>Nízko funkční AS</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Výrazné problémové chování - obtížná výchovná usměrnitelnost, negativismus, vyžadování rituálů od ostatních, nutnost dodržování rituálů doprovázená zřetelnou úzkostí nebo nepřiměřenými obtížně zvladatelnými afektivními stavy, výrazné a obtížně odklonitelné opakující se chování včetně pohybových stereotypií, nepřiměřená emoční reaktivita destruktivní chování, nízká frustrační tolerance. - Sociální a komunikační chování - nutkavé navazování kontaktu bez ohledu na druhé osoby, agresivita, zarputilá ignorace či odmítání spolupráce, sociální izolovanost, provokativní chování, neustálá snaha testovat hranice, odmítání kontaktu s druhými lidmi, emoční chlad a odstup. - Podprůměrné intelektové schopnosti, hyperaktivita, poruchy pozornosti, výrazná neobratnost. |
| <i>Vysoce funkční AS</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Sociální naivita a nikoliv "slepota", pasivita, schopnost spolupráce, přiměřená nebo pouze mírně odlišná emoční reaktivita, chybí výrazně problémové chování, průměrné a nadprůměrné intelektové schopnosti, vyhraněné zájmy jsou přerušitelné, ochota věnovat se i jiným činnostem, zachované projevy sociálně-emoční vzájemnosti, uvědomování si odlišnosti, snaha na sobě pracovat a učit se sociálním dovednostem. |

(Thorová, 2006 – upraveno)

Úroveň adaptability se může v průběhu vývoje dítěte měnit. Tím se mění i jeho schopnost prožívání života v běžném prostředí. Velmi výraznou roli sehrává správná volba a nastavení pedagogického přístupu.

Aspergerův syndrom přetrvává až do dospělosti. Prognóza se odvíjí od kognitivních schopností, síly symptomů, komorbidních psychiatrických onemocnění a míry podpory zajišťované terapeutky, rodinou, sociálními zařízeními nebo v zaměstnání. I přestože v dospělosti přetrvávají problémy v mezilidských vztazích – nesnadno navazují přátelství a sexuální vztahy, dokáží osoby s AS v optimálním případě vést samostatný život. Celá řada studií zabývajících se prognózou lidí s tímto syndromem předkládá, že převážná část lidí s Aspergerovým syndromem žije doma s rodiči a nedochází do zaměstnání. Pouze malé procento si najde práci a případně založí rodinu (srov. Preißmann, 2010; Thorová, 2012).

2. PROBLEMATIKA DIAGNOSTIKY ASPERGEROVA SYNDROMU

V Evropě se v současné diagnostické praxi využívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace. Spojené státy americké se řídí Diagnostickým a statistickým manuálem duševních poruch (DSM), který vydává Americká psychiatrická asociace. Podle Thorové (2012) se diagnostická kritéria DSM-IV zdají být lépe využitelná v praxi. Jsou přehlednější, lépe definovaná a pro praktické využití srozumitelnější. V roce 2013 Americká psychiatrická asociace manuál revidovala (DSM-V). Z pohledu pervazivních vývojových poruch zde nalezneme výrazné změny oproti DSM-IV. Sporná validita některých diagnóz ze skupiny *Pervasive Developmental Disorders* (PDD) vedla k zavedení jediné jednotky, která se již dále vnitřně nečlení – *Porucha autistického spektra*. V manuálu *DSM V* tedy již opoždění řeči není diagnostickým znakem. Ze tří symptomatických okruhů potřebných pro diagnózu tak zůstaly pouze dva. (srov. Adamus, 2014; Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007; Bazalová, 2011; Thorová, 2012; Sládečková, Sobotková, 2014; Hrdlička, Komárek (eds.), 2014)

V Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize (dále jen MKN-10) je Aspergerův syndrom zařazen do kapitoly V. – Poruchy duševní a poruchy chování, do oddílu Poruchy psychického vývoje, pododdílu Pervazivní vývojové poruchy, kde má přiřazený kód F84.5.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro Aspergerův syndrom (F84,5)

A. Nepřítomnost klinicky významného celkového zpoždění mluveného nebo receptivního jazyka nebo kognitivního vývoje. Diagnóza vyžaduje, aby dítě užívalo jednotlivá slova kolem věku dvou let nebo dříve. Schopnost si sám pomoci, adaptační chování a zájem o okolí během prvních tří let by měla být na úrovni normálního rozumového vývoje. Avšak motorické milníky mohou být o něco opožděny a je obvyklá pohybová nemotornost (i když to není nutný diagnostický rys). Běžné jsou ojedinělé speciální dovednosti, týkající se často abnormálních zájmů, ale pro diagnózu se nevyžadují.

B. Přítomnost kvalitativního narušení vzájemné sociální interakce (kritéria stejná jako pro autismus). Kvalitativní abnormality v reciproční sociální interakci se projevují nejméně ve dvou ze čtyř následujících oblastí:

- neschopnost přiměřeně užívat pohledu z očí do očí, výrazu tváře, postoje těla a gest k sociální interakci;
- neschopnost rozvíjet (způsobem přiměřeným mentálnímu věku a navzdory hojným příležitostem) vztahy s vrstevníky, které se týkají vzájemného sdílení zájmů, aktivit a emocí;
- nedostatek sociálně emoční reciprocity, což se projevuje narušenou nebo deviantní reakcí na emoce jiných lidí, nedostatečné přizpůsobování chování sociálnímu kontextu, nebo slabá integrace sociálního, emočního a komunikativního chování;

- chybí spontánní snaha o zábavu, zájmy nebo aktivity s jinými lidmi (např. ukazovat, přinášet předměty zájmu jiným lidem nebo na ně upozorňovat).

C. U jedince se vyskytují neobvykle intenzivní vymezené zájmy nebo omezené opakující se stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit (kritéria stejná jako pro autismus, avšak obvykle se nevyskytuje ani pohybový manýrismus, ani zájem o části předmětů nebo nefunkční prvky hraček).

D. Poruchu nelze přičíst žádným jiným typům pervazivní vývojové poruchy: simplexní schizofrenii (F20,6), schizotypní poruše (F21), obsedantně-kompulzivní poruše (F42), anankastické poruše osobnosti (F60,5), reaktivní a dezinhibované přichylnosti v dětství (F94,1 a F94,2).

3. PRIMÁRNÍ DIAGNOSTIKA V PRŮBĚHU ŠKOLNÍHO OBDOBÍ

První podezření většinou přichází až s nástupem dítěte do předškolního zařízení, protože odlišnosti v chování nemusí být v rodinném prostředí tak patrné. Až v kolektivu se začnou projevovat rozdíly, nicméně záleží i na intenzitě projevů. Některé pasivnější děti se projevují jen větším samotářstvím a často se díky tomu dostanou k odborné diagnostice až v pozdějším věku. Jiné děti se učitelům v mateřské škole jeví natolik zvláštní a jejich chování natolik specifické (ulpívavé, omezené zájmy, obliba rituálů, problémové chování se záchvaty vzteku či agrese, sebepoškozování, nedostatek kreativity při hře, nápadné stavění věcí do řad či třídění podle určitého klíče), že je dítě, po dohodě s rodiči, zpravidla okamžitě doporučeno k odborné diagnostice. U některých dětí se nápadnosti v chování mohou výrazněji projevit až s nástupem do základní školy a srovnáním s vrstevníky. Ve škole jsou na žáka kladeny vyšší nároky než v předškolním zařízení, proto je Aspergerův syndrom často diagnostikován v tomto období. Diagnostiku Aspergerova syndromu provádí psycholog či psychiatr. Důležitou součástí celkové diagnózy jsou i lékařské zprávy dalších odborníků, speciálně pedagogického vyšetření a rodinná anamnéza.

V rámci *vyšetření* se odborníci zaměřují zejména na následující oblasti:

- **sociální chování** - zjišťuje se kvalita vztahu s ostatními lidmi (dětmi, dospělými), sociální vývoj od narození, schopnost kontaktu s druhými, sociálně emoční projevy, chápání společenských pravidel;
- **komunikace** - zaměřujeme se na jazykový projev, prozodické aspekty řeči, specifický způsob vyjadřování, chápání a používání signálů neverbální komunikace, schopnost zahájení, udržení a ukončení rozhovoru, či na doslovné chápání;
- **intelekt** - hodnotí se proces myšlení, učení, paměť, představivost, úroveň hry a herních aktivit; **motorika** - sledovány jsou odchylky v pohybovém vývoji, zhoršené obratnosti, rovnováhy či koordinace pohybů; zjišťuje se práce s psacími potřebami, manuální zručnost, grafomotorika;
- **trávení volného času** - hodnotí se intenzita dané aktivity;
- **emocionalita** - sledují se rituály a rutinní činnosti, kterými se dítě vyrovnává s úzkostí.

3.1. Screeningové a diagnostické nástroje

Většina screeningových dotazníků slouží k rozpoznávání autismu, případně dalších poruch autistického spektra. Tyto nástroje jsou celkově nenáročné na administraci a k jejich použití postačí jen základní znalosti. Stěžejní diagnostickou metodou je v tomto případě objektivní pozorování a standardní systematické vyšetření.

V současné době existuje několik metod na detekci Aspergerova syndromu:

1. **A. S. A. S. - The Australian Scale for Asperger's Syndrome – Australská škála Aspergerova syndromu** (Garnett, Attwood, 1995). Je to screeningová metoda určená pro detekci Aspergerova syndromu u dětí mladšího školního věku. Pedagog ho může vyplnit sám před doporučením dítěte k odbornému vyšetření. V tomto věku se nejvýrazněji začíná projevovat neobvyklé chování a nápadné vlastnosti.

Dotazník je rozdělen na šest oblastí:

- sociální a emocionální schopnosti a dovednosti
- komunikační dovednosti
- kognitivní schopnosti
- specifické schopnosti
- pohybové dovednosti
- další proměnné

Každý výrok se hodnotí na stupnici 0 – 6, kde nulová hodnota znamená, že se dítě projevuje přiměřeně svému věku. Pokud je skóre ve většině výroků 2 – 6, může existovat podezření na Aspergerův syndrom, nicméně je nutné další klinické vyšetření.

2. **ASSQ – Asperger Syndrome Screening Questionnaire** (Ehlers, Gillberg, 1999) Dotazník ASSQ je dalším z řady screeningových nástrojů zaměřených na vyhledávání dětí školního věku, tzn. 6 – 17 let, s Aspergerovým syndromem a vysoce funkčním autismem v běžných školách. Dotazník obsahuje 27 položek týkajících se sociální interakce, komunikace a zvláštních zájmů typických pro AS. Jsou zde i položky zaměřené na motorickou neobratnost.

3. **CAST – Childhood Asperger Syndrome Test** (Scott, Baron-Cohen et al. 2002). CAST test je zaměřen na vyhledávání dětí s Aspergerovým syndromem ve věku 4 – 11 let. Dotazník tvoří celkem 39 dichotomických položek (s možnostmi ano/ne), ve kterých rodiče posuzují chování svého dítěte. Je nutné upozornit, že dotazník je pouze výchozí metodou, která by na základě pozitivního výsledku měla být doporučením pro další vyšetření dítěte dětským psychiatrem.

4. **DACH, Dětské autistické chování** (Thorová, 2003) je česká screeningová metoda určená k depistáži dětí trpících poruchou autistického spektra. Jedná se o metodu orientační, nikoliv diagnostickou, která má formu jednoduchého dotazníku. Otázky jsou směřovány na rodiče, její využití je nejvhodnější u dětí od 18 měsíců do pěti let. Konečná forma dotazníku má 74 položek směřovaných převážně na oblast vnímání, komunikaci verbální i neverbální, sociální chování, motoriku a zvláštní pohyby, emoce, hru a způsob trávení volného času, problémové chování a schopnost adaptace. Na základě výzkumu, který proběhl v roce 1996-2003 na klinickém vzorku 137 dětí s poruchou autistického spektra, bylo stanoveno 74 položek, které mají z hlediska diagnostiky vypovídající hodnotu. Kontrolní skupinu tvořily děti zdravé, s mentální retardací a děti, které přišly na diagnostiku s podezřením na autismus, ale u nichž diagnóza poruchy autistického spektra nebyla na základě klinického vyšetření potvrzena (falešně pozitivní autistické rysy). DACH je metodou založenou na rodičovské, případně jiné laické výpovědi se všemi výhodami a nevýhodami, které z tohoto faktu pramení. Neobsahuje výčet veškerých symptomů, které se s autismem pojí. Mapuje pouze pozorování rodičů, které není totožné s objektivním škálováním. Nejedná se tedy o diagnostickou metodu. Dosavadní výzkum prokázal jednoznačnou schopnost dotazníku diskriminovat mezi

vývojovými obtížemi, které jsou specifické pro poruchy autistického spektra a jinými vývojovými obtížemi (Thorová, 2006).

5. Významnou oblastí vývoje a života dítěte s Aspergerovým syndromem, která je postižena, je hra. Kateřina Thorová vytvořila dotazník *Diagnostika dítěte s poruchou autistického spektra v herní situaci, který vychází z inventáře Transdisciplinary Play-Based Assessment (TPBA)* (Thorová, 2006). Dotazník má formu záznamového archu a zaměřuje se na deset oblastí:

1. Stereotypní tendence a symbolická kvalita hry (porucha představivosti),
2. Sociální aspekty symbolické hry (hra s panenkami a figurkami zvířátek),
3. Aktivita a hra,
4. Preference hraček podle sensorických podnětů,
5. Aspekty sociální interakce ve hře s rodiči,
6. Aspekty sociální interakce ve hře s vrstevníky,
7. Hra v kolektivu vrstevníků,
8. Role dítěte ve hře s dalším dítětem,
9. Zvládnutí frustrace, konfliktu při hře (pozorování dítěte při hře s vrstevníky, zásah experimentátora),
10. Aspekty sociální interakce ve hře s experimentátorem

Tento dotazník využívaný při pozorování je vhodný pro děti předškolního a mladšího školního věku. Některé oblasti je třeba konzultovat s rodiči či pedagogy. (Thorová, K., 2006). V původní podobě jde o komplexní metodu hodnocení dítěte týmem na základě pozorování volné a facilitované hry.

ZÁVĚR

Vzhledem k výrazným legislativním změnám probíhajícím v současné době v českém školství bylo cílem příspěvku především poukázat na důležitost včasné diagnostiky žáků s Aspergerovým syndromem. Tito žáci se dnes stále častěji vzdělávají v prostředí běžné základní školy a učitel často musí hledat způsoby, jak tyto žáky co nejefektivněji vzdělávat. Problém však často bývá ve vzdělání pedagogů, po stránce informovanosti o Aspergerovu syndromu, máme stále velké rezervy. Učitelé jsou ti, kteří mohou upozornit rodiče na dané projevy a následně konzultovat své postřehy s odborníky, kteří stanovují diagnózu. Právě k rozpoznání a identifikaci základních projevů AS mohou pedagogickým pracovníkům sloužit výše popsané screeningové nástroje.

LITERATURA

ADAMUS, P. *Edukace žáků s poruchou autistického spektra v kontextu rozvoje klíčových kompetencí*. 1. Ostravská univerzita v Ostravě: Repronis s.r.o. Ostrava, 2014. 1. ISBN 97880-7464-661-4.

ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-979-8.

BARTOŇOVÁ, M. BAZALOVÁ, B. PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. 150 s. 2. vydání. ISBN 978-80-7315-161-4.

BAZALOVÁ, B. *Poruchy autistického spektra. Teorie, výzkum, zahraniční zkušenosti*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 249 s. ISBN 978-80-210-5781-4.

BĚLOHLÁVKOVÁ, L.; VOSMIK, M. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-687-2.

GILLBERG, Ch., PEETERS, T. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008, 122 s. ISBN 978-80-7367-498-4.

HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014, 211 s. ISBN 9788026206866.

PPEIßMANN, Ch. *Život s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-688-9

SLÁDEČKOVÁ, S., SOBOTKOVÁ, I. *Dětský autismus v kontextu rodinné resilience*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 224 s. ISBN 978-80-244-4219-8

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2

THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. 456 s. ISBN 80-7367-091-7.

THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra: včasná diagnóza branou k účinné pomoci* : [informační příručka]. Vyd. 2. Praha: APLA, 2008, 60 s. ISBN 978- 80-254-6339-0

ZABLOTSKY, B., BLACK, L. I., MAENNER, M.J., BLUMBERG, S.J. & SCHIEVE, L.A. (2015). Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014, National Health Interview Survey. *National Health Statistics Reports*, č. 87, November, 2015

KONTAKT

PhDr. Petr Adamus, Ph.D.

Department of Special Pedagogy

Pedagogical Faculty, the University of Ostrava

Varenská 40a, 702 00 Ostrava

e-mail: petr.adamus@osu.cz

DIAGNOZA DLA ROZWOJU W INKLUZYJNYCH ZAŁOŻENIACH I PRAKTYCZNYCH ROZWIĄZANIACH POLSKIEJ PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

Krystyna Barłóg

Abstrakt: Zmiany dokonujące się we współczesnej pedagogice specjalnej zgodnie z paradygmatem humanistycznym oraz normalizacyjnym, a szczególnie zmiany w związane z realizacją edukacji włączającej wprowadzają systemowa diagnozę dla rozwoju. Już we wczesnych etapach rozwoju dziecka zagrożonego niepełnosprawnością czy niepełnosprawnego realizowane są działania diagnostyczne polegające nie tylko na ustaleniu rodzaju czy zakresu zaburzeń rozwoju dziecka, ale na diagnozie pozytywnej, czyli wydobywaniu jego indywidualnego progresu rozwojowego.

Słowa kluczowe: diagnoza, wspomaganie rozwoju, diagnoza pozytywna, edukacja inkluzyjna, pedagogika specjalna

DIAGNOSIS OF POLISH SPECIAL EDUCATION FOR THE DEVELOPMENT IN INCLUSION ASSUMPTIONS AND PRACTICAL SOLUTIONS

Abstract: According to the humanistic and standardization paradigm, the changes in contemporary special education, especially changes related to the implementation of inclusive education, introduce a system diagnosis for development of a child at risk of disability and disabled are implement diagnostic actions not only determining the type or range of disorders in child's development, but also the positive diagnosis, ie focusing on the individual progression and development.

Key words: diagnosis, development support, positive diagnosis, inclusive education, special education

WSTĘP

Diagnoza w odniesieniu do dziecka z niepełnosprawnością, osób z niepełnosprawnością w pedagogice specjalnej jest niewątpliwie wstępną i podstawową oraz zasadniczą działalnością wymagającą głębokiej dojrzałości i wiedzy teoretycznej z zakresu rozpoznania potrzeb oraz problemów danej osoby, a jednocześnie niezmiernie subtelnej wrażliwości w zakresie oddziaływań edukacyjno-rehabilitacyjno-terapeutycznych na polu praktyki. W głęboko humanistycznej oraz personalistycznej, antropologicznej orientacji nikt nie powinien być dyskryminowany, a odniesieniu do każdej osoby zdrowie jest podstawowym prawem człowieka. „W pedagogice specjalnej współcześnie zgodnie z trendami Unii Europejskiej ma miejsce rzeczywista refleksja domagająca się realizacji procesów normalizacji i włączania oraz edukacji osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi”

(K. Barłóg, 2012, s. 43). Istotne są więc tutaj oddziaływania zarówno w obrębie profilaktyki, rehabilitacji, wspomagania rozwoju, wczesnego wspomagania rozwoju, jak i edukacji i terapii. Wszystkie te oddziaływania muszą być jednak poprzedzone profesjonalną, systemową, interdyscyplinarną oraz wielokontekstową diagnozą dla rozwoju.

Zgodnie z dynamiczną *teorią transakcyjną* rozwój człowieka to rezultat stale zmieniających się interakcji, oddziaływań i zależności między jednostką ludzką, jej organizmem, a środowiskiem, które ją otacza. Każda osoba ulega więc zmianom pod wpływem środowiska i jednocześnie poszukuje w nim zasobów dla własnego rozwoju. Niepełnosprawność to stan zaburzonych relacji osoby nią dotkniętej z otoczeniem. Aby uruchomić profesjonalne oddziaływania w zakresie rehabilitacji, terapii czy edukacji niezbędne jest postawienie diagnozy czyli „próba opisu właściwości podmiotowych osoby niepełnosprawnej w jej relacjach do fizycznych, społecznych i kulturowych właściwości otoczenia (warunki przedmiotowe otoczenia)” (R. Ossowski, 1999, s. 134). Zdaniem I. Obuchowskiej rehabilitacja to „pomoc zorientowana personalnie, mająca na celu ochronę przed niepełnosprawnością, jej usunięcie, jej złagodzenie, oraz przeciwdziałanie jej skutkom osobistym i społecznym, a także przygotowanie jednostki do radzenia sobie z nimi tj. (ze skutkami niepełnosprawności)” (I. Obuchowska, 1999, s. 123). W strategiach postępowania rehabilitacyjnego z prognostycznym założeniem dążenia do tego, jakie zmiany można i należy osiągnąć, wychodząc od stanu jaki jest, ujmuje się go w pewnej perspektywie dążenia do tego, co można osiągnąć, do jakich celów oddziaływania pomocowe zmierzają. Poznanie aktualnego stanu danej osoby, to inaczej diagnoza. „Postępowanie w trakcie procesu diagnostycznego dotyczącego niepełnosprawnej osoby nie różni się zasadniczo od diagnozowania każdej innej, poza tym, że powinna mu towarzyszyć szczególna refleksja. Jest to ważne z tego powodu, że niesprawność jest zazwyczaj uwikłana w problemy psychologiczne i społeczne, co przyczynia się do trudności odróżnienia tego, co pierwotne, czyli związane z samą istotą niesprawności, od tego, co wtórne, co się nawarstwiło” (I. Obuchowska, 2002, s. 40).

1. DIAGNOZA, POJĘCIA, RODZAJE ODDZIAŁYWAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

W pedagogice specjalnej diagnoza jest sytuowana z uwzględnieniem potrzeb rehabilitacji, wczesnej rehabilitacji, terapii oraz edukacji. Przyjmując, że diagnoza to: *rozróżnianie, osądzanie* i jak pisze R. Ossowski (1999, s. 135) „w praktyce diagnoza dotyczy takich czynności, jak opis objawów (np. choroby), oraz ustalenie rodzaju zaburzenia na podstawie objawów”. W projektowaniu pracy edukacyjno-rehabilitacyjno-terapeutycznej, profilaktycznej, ora korekcyjno-wyrównawczej, wspomagającej niezbędna jest zarówno dla nauczyciela, pedagoga specjalnego, rehabilitanta i innych specjalistów zaangażowanych w proces pomagania trafna, rzetelna oraz systematycznie prowadzona diagnoza. Pojęcie *diagnozy* było na początku stosowane w naukach medycznych jako rozpoznanie, rozróżnienie i nazwanie pewnej choroby. W takim ujęciu oznaczało czynności związane z ustalaniem, określaniem patologicznego stanu organizmu człowieka, a także stanu jego zdrowia (Por. E. Jarosz, E. Wysocka, 2006, s. 17). „Przez diagnozę rozumiemy *rozpoznanie* jakiegoś stanu rzeczy. Pojęcie to wyszło poza teren medycyny, także poza obszar związany z konkretnym człowiekiem, i jest też stosowane przy rozpoznaniu zjawisk społecznych, ekonomicznych, politycznych itp. Niezależnie od tego, czego diagnoza ma dotyczyć, wyróżnia się **proces diagnostyczny**, czyli postępowanie służące rozumieniu rozpoznawanego stanu rzeczy oraz **wynik** tego postępowania, czyli samą **diagnozę**” (I. Obuchowska, 2002, s. 40).

Pojęcie *diagnozy* wykorzystywane jest na gruncie wielu nauk, zwłaszcza tzw. pomocowych, czyli nie tylko w medycynie ale również w psychologii, pedagogice, pedagogice specjalnej.

W psychologii diagnoza jest wskazaniem występowania danego stanu rzeczy np. stwierdzenia występowania określonego poziomu ogólnej inteligencji człowieka. Można więc stwierdzić że występuje zarówno diagnoza medyczna, psychologiczna jak i pedagogiczna. Diagnoza jest więc rozpoznaniem określonego stanu, zdarzenia czy sytuacji, a jej celem jest zdobycie informacji dla efektywnej pomocy, udzielenia profesjonalnego wsparcia, profesjonalnego działania. Diagnoza jest sytuacją poznawania określonego stanu, stwierdzeniem i ustaleniem pewnych ograniczeń, trudności, dysfunkcji, ale i możliwości, potencjału rozwojowego, możliwości. Różnorodne rodzaje diagnoz psychologicznych grupuje się w dwie klasy. „Kiedy mówimy o *diagnozie stanu (Statusdiagnostik)*, wówczas zostają powiązane występujące u jednostki w danym okresie stany (przeżycia) lub sposoby zachowania, z pewną względnie stałą właściwością osobowości, na przykład z silnie zaznaczoną introwersją, albo wysoką inteligencją. W *diagnozie procesu (Prozess-diagnostik)* określone czynniki–wewnętrzne lub zewnętrzne zidentyfikowane jako przyczyny określonych zakłóceń: np. organiczne uszkodzenie mózgu spowodowało zakłócenia przekraczające zdolności kompensacyjne danej osoby albo zaniedbanie emocjonalne we wczesnym dzieciństwie spowodowało nieufność w sytuacjach społecznych” (R. Westermann, 2002, s. 8).

W literaturze spotkać można różne klasyfikacje diagnozy:

- *diagnozę nozologiczną* (nozologia, klasyfikacja chorób), czyli diagnoza, która dotyczy takich czynności jak opis objawów oraz ustalenie rodzaju zaburzenia na podstawie objawów,
- *diagnozę typologiczną* (klasyfikacyjną),
- *diagnozę genetyczną*, czyli *kauzalną* która jest wyliczaniem przyczyn objawów, oraz prawidłowość ich oddziaływań,
- *diagnozę kliniczną lub funkcjonalną*,
- *diagnozę sytuacyjną*,
- *diagnozę negatywną*,
- *diagnozę pozytywną* (Por. R. Ossowski, 1999, s. 138).

Dla potrzeb tego tekstu istotne jest wskazanie diagnozy pozytywnej oraz krytyczne odniesienie się do diagnozy negatywnej. Jak pisze I. Obuchowska „diagnozę ujmuję w jej dwu aspektach, które nazwałam *diagnozą negatywną* , określającą defekty i dysfunkcje, oraz *pozytywną*, -określającą pozytywne dla rozwoju jednostki właściwości jej samej oraz środowiska” (I. Obuchowska , 1999, s. 127).

W innych klasyfikacjach wskazuje się na;

- *diagnozę opisową (deskryptywną)* czyli przedstawienie określonego problemu (dotyczącego danej niepełnosprawności) wraz z wnioskami,
- *diagnozę klasyfikacyjną* – która porządkuje problemy, nadaje im pewne usystematyzowanie,
- *diagnozę funkcjonalną* - w której analizuje się, jaką funkcję w życiu pacjenta pełni określona niepełnosprawność,
- *diagnozę negatywną*,
- *diagnozę wspierającą*, nastawioną na wychwycenie możliwych do usprawnienia funkcji w różnych obszarach rozwoju,
- *diagnozę normalizującą* - jako złączenie tego, co odchyłone od normy z co według naszego rozumienia stanowi normę (Por. I. Obuchowska, 1999, s. 127).

W procesie diagnostycznym istotne jest ustalenie celu diagnozy, przedmiotu- podmiotu procesu diagnostycznego, sposobu diagnozowania oraz wybór narzędzi diagnostycznych. Jednak podstawowe znaczenie w procesie diagnozowania odgrywa diagnostyczna refleksja osoby, która dokuje diagnozy oraz wzajemne zaufanie interpersonalne.

Współcześnie pomocą w diagnozowaniu jest pięć wymiarów klasyfikacji choroby, przewidywania jej przebiegu, planowaniu postępowania: zaburzenia kliniczne, osobowości, rozwojowe, stany ogólnomedyczne, problemy psychospołeczne, problemy środowiskowe i poziom przystosowania (Por. I. Chrzanowska, 2015, s. 32). Taką diagnozę uzupełnia się o *ocenę psychodynamiczną* - czyli możliwości radzenia sobie z lękiem, opis przyczyn stanu chorobowego, *rozpoznanie różnicowe* – jako odrzucenie występowania innych chorób, *rokowanie* – czyli badanie obrazu choroby, i wyleczenia po analizie danych i stanu psychicznego chorego, oraz rozpatrzeniu pozytywnych i negatywnych oddziaływań, opracowanie *planu leczenia*, w którym ustala się sposób oraz przebieg leczenia, zaangażowanie chorego w proces leczenia, jego wgląd we własną chorobę oraz znaczenie dla procesu leczenia (Por. I. Chrzanowska, 2015 s. 32-33).

Diagnoza dla osób z niepełnosprawnością zawiera:

1. Anamnezę
 - informacje o wyjściowej diagnozie medycznej,
 - wywiady dotyczące dotychczasowego przebiegu choroby z osobami znaczącymi: rodzicami, wychowawcami, nauczycielami,
 - informacje zwrotne ze strony już zaangażowanych instytucji terapeutycznych.
2. Diagnozę.
 - obserwację zachowania i zabawy,
 - obserwację interakcji,
 - diagnozę rozwojową za pomocą specyficznych testów.
3. Zebranie wyników oraz opracowanie planu terapii i wspomagania.
Rozmowa końcowa z rodzicami oraz z całym zespołem zaangażowanych specjalistów jak: lekarzem, terapeutami, rehabilitantami i innymi.
4. Opracowanie planu wspomagania (Por. D. Lotz, 2002, s. 16).

2. DIAGNOZA, POJĘCIA, RODZAJE ODDZIAŁYWAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Tradycyjnie już „w pedagogice specjalnej szczególną rolę odgrywała kiedyś diagnoza selekcyjna” (I. Obuchowska, 1999, s. 127). Współczesna pedagogika specjalna, w jej wielokontekstowości, interdyscyplinarności oraz integracyjność jest nauką wieloparadygmatyczną, nastawioną na rozwój, doskonalenie się aktywność, oraz autonomię osób z niepełnosprawnością. Jednocześnie wielu autorów (I. Chrzanowska, 2015) dostrzega paradygmatyczne pozytywne zmiany we współczesnej pedagogice specjalnej. Zdaniem I. Chrzanowskiej (2015, s. 33) „postęp w naukach medycznych, odnoszący się do konkretnych ustaleń, ma istotne znaczenie nie tylko dla zmian terminologicznych, czy doskonalenia procesu diagnozy znanych już zespołów chorobowych, zaburzeń funkcjonowania, ale również dla włączania w obszar między innymi pedagogiki specjalnej czy psychologii niepełnosprawności nowych podmiotów lub rewidowanie poglądów, na których podstawie formułowano opinie dotyczące przyczyn poszczególnych zaburzeń rozwojowych”. Dla potrzeb oddziaływań terapeutycznych, rehabilitacyjnych dostrzega się współcześnie znaczenie osiągnięć współczesnej medycyny, psychologii oraz pedagogiki specjalnej. Odejście od medycznego modelu niepełnosprawności oraz przyjęcie społecznego modelu niepełnosprawności zmienia również całą sytuację diagnostyczną zarówno z odejściem od diagnozy negatywnej, a przyjęciem *diagnozy do rozwoju*, pozytywnej,

funkcjonalnej, ale również propozycje wykorzystania z uszanowaniem podmiotowości osoby rehabilitowanej coraz to bardziej skutecznych narzędzi diagnostycznych. Jednak na polu praktyki nadal można spotkać jeszcze wiele niedociągnięć w tym zakresie. „Wciąż jeszcze się zdarza, że diagnoza dotycząca osób niepełnosprawnych, w tym przede wszystkim dzieci, służy selekcji stosowanej dla doraźnych celów edukacyjnych. Jednak – że coraz częściej *celem diagnozy jest poznanie czynników, mających znaczenie dla rozwoju. Dotyczy to osób w każdym wieku, gdyż rozwój w znaczeniu psychologicznym trwa przez całe życie*” (I. Obuchowska, 2002, s. 42).

D. Lotz (2002) w książce podejmującej problematykę diagnozy dla rozwoju pt. „*Diagnoza dla osób niepełnosprawnych*” (2002), D. Lotza, K. Wenty, W. Zeidlera stawia pytanie w artykule „*Czy potrzebujemy odrębnej diagnostyki dla osób niepełnosprawnych*”. Dla potrzeb pedagogiki specjalnej diagnoza jest procesem poznawczym, czyli drogą do poznania innej osoby, a przez to również samego siebie. „Poznanie poszukuje tego, co w osobie istotne, i określenia jego rozwoju. Jakie zadanie ma ten człowiek w swoim życiu do spełnienia, a jakie zadanie mam ja? Być w drodze, znaczy pozostawać świadomym całej tymczasowości i zachować nadzieję, nawet w sytuacjach, które wydają się być bez wyjścia. Żaden człowiek nie może bowiem żyć bez nadziei” (D. Lotz, 2002, s 17).

Spośród aspektów diagnozy pozytywnej można wyróżnić następujące:

1. *Diagnoza dla osób z niepełnosprawnością jako część diagnozy multiprofesjonalnej.* Diagnoza powinna być uzupełniona przez rozumiejące i biograficzne postępowanie badawcze.
2. *Diagnoza dla osób i jej metody rozpoznania: zrozumienie, empatia (wczuć się w kogoś).* W odniesieniu do osób z niepełnosprawnością w procesie diagnostycznym brakuje nam własnych analogicznych doświadczeń.
 - *układ relacji:* zainteresowanie osobą, poważne potraktowanie, potwierdzenie wartości jako osoby, „diagnoza - jako wyraz miłości, człowieka, który realizuje się w potwierdzającej, afirmującej relacji,
 - *logo* (szukać mowy, żyć w dialogu): to wejście w proces rozwoju, który jest wymianą obustronnego poznania i dzielenia się, kontaktu pomocowego dla człowieka, *zrozumieć- wspierać kogoś, wspólnie przechodzić przez sytuacje życiowe,*
 - *empatia* – wczuć się kogoś - to wczucie się w rozumienie siebie człowieka stojącego naprzeciwko.
3. *Diagnoza dla osób niepełnosprawnych i jej kryteria:*
 - wskazanie środków zaradczych -określenie odpowiedniego do problemu i sytuacji wskazania i przeciwwskazania powinno należeć do profesjonalnej wiedzy, obserwacja symptomów jest ważną częścią diagnozy dla osób niepełnosprawnych i jednocześnie ukazuje się konieczność diagnozy interdyscyplinarnej.
 - diagnoza końcowa- rozpoznanie indywidualnych granic i możliwości należy do zadań *diagnostycznych, do realizowania indywidualnych możliwości, ustalania perspektywy na przyszłość, ustalenie zdolności antycypacyjnych, do motywacji osiągnięcia celów nawet z wielkimi trudnościami.*
 - inter- i intraindywidualne porównania, jako porównanie człowieka z innymi, a intraindywidualne porównuje osiągnięcia w rozwoju człowieka z samym sobą.
4. *Diagnoza dla osób niepełnosprawnych i jej metody*
 - *setting-* to warunki ramowe stosowane w terapeutycznej sytuacji (nawiązanie kontaktu, wprowadzenie testu, przeprowadzenie testu),
 - *obserwacja,* spojrzenie na wszystko, co zauważalne, oraz „*spojrzenie sercem*”.

- *eksploracja i anamneza biograficzna*: eksploracja, to rozmowa badawcza, z zaufaniem, które umożliwia porozmawianie o trudnych sytuacjach, zagrażających, anamneza biograficzna ujmuje aktualną sytuację problemów w kontekście jej indywidualnej historii i socjalno-kulturowych uwarunkowań, z informacji tych odtwarza się przebieg rozwoju, który wybiega w przyszłość,
- pomiar testowy – ma ograniczone znaczenie, z uwzględnieniem zdolności motorycznej, wytrwałości, tolerancji na frustrację, zdolności rozumienia, wykonywania poleceń (Por. D. Lotz, 2002). I. Obuchowska analizując proces postępowania rehabilitacyjnego, w tym strategię postępowania rehabilitacyjnego przyjmuje, że *jednym brzegiem rzeki* jest stan aktualny zawarty w diagnozie, a *drugi brzeg rzeki*, czyli ten, ku któremu zmierzamy, to w praktyce cele postępowania rehabilitacyjnego, czyli to, co zamierzamy osiągnąć, z przyjęciem *mostu*, czyli od *przejścia od tego, Co JEST, ku temu CO MA BYĆ*, a *mocną poręczą takiego mostu są tu teoretyczne podstawy*, z uwzględnieniem podejścia behawioralnego, kognitywnego, edukacyjnego, psychoanalitycznego, humanistycznego, biogenicznego (Por. I. Obuchowska, 1999, 128). Tak wykorzystana diagnoza jest realizowana w procesie terapeutycznym poprzez takie formy jak: wczesne wspomaganie rozwoju, kompensację, korekturę, indywidualizację, profilaktykę, prewencję, wspomaganie i wspieranie (Por. W. Dykcik, red. 2005).

3. DIAGNOZA DLA ROZWOJU⁶

Odejście od tradycyjnego postrzegania osób z niepełnosprawnością, oraz od medycznego modelu niepełnosprawności kieruje uwagę pedagogów specjalnych w kierunku *diagnozy pozytywnej*, czyli przyjmuje zmianę paradygmaty w tym zakresie. Tradycyjne poszukiwanie deficytów, ograniczeń, oraz rodzaju, czy poziomu niepełnosprawności zastępuje nowy model, oraz myślenie w kierunku organizowania przestrzeni dla podmiotowego postrzegania osoby z niepełnosprawnością, budowania nowej metodyki nie tylko wskazywania stanu niepełnosprawności, ale i wydobywania potencjałów, możliwości dynamizowania rozwoju. „To pozytywnie wartościowane właściwości jednostki, a także pozytywne czynniki tkwiące w środowisku jej codziennego życia, oddziałują stymulująco lub chroniąco i tym samym w większej mierze decydują o dalszym rozwoju, i losie jednostki niż jej ograniczenia i deficyty” (I. Obuchowska, 2002, s. 42). Szczególną rolę przypisuje się więc diagnozie funkcjonalnej, wspierającej oraz normalizującej. Istnieje konieczność subiektywnego rozpoznania danej relacji.

„Diagnoza wspierająca nastawiona jest na wychwycenie możliwych do usprawnienia funkcji w różnych obszarach rozwoju, natomiast normalizująca jest złączeniem tego, co odchylone od normy, z tym, co według naszego rozumienia stanowi normę. W praktyce chodzi o to, aby osoba z niepełnosprawnością nie przeżywała siebie jako odmiennej, oraz inni nie ujmowali jej w kategoriach odmienności” (K. Barłóg, 2008, s. 85). W charakterystyce diagnozy dla rozwoju pomija się współcześnie jedynie diagnozę „na tu i teraz”, lub skierowaną ku przyszłości w poszukiwaniu patogenezy, natomiast przyjmuje, że powinna być skierowana na przyszłość oraz obejmować wszystkie kierunki łącznie (Por. I. Obuchowska, 2002, s. 42). W literaturze, diagnoza dla rozwoju ukazana jest poprzez wskazanie następujących jej cech:

⁶ Szczegółowy opis diagnozy dla rozwoju znajdzie czytelnik w K. Barłóg, (2008) Wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w różnych formach edukacji wczesnoszkolnej, Wyd UR Rzeszów, s. 85-92.

- diagnoza dla rozwoju jest diagnozą opartą o refleksję, diagnoza dla rozwoju ma charakter dynamiczny, jest wciąż weryfikowana, wplata się w przebieg procesu rehabilitacji, który ma miejsce zaraz po pierwszej diagnozie,
- nigdy nie jest ostateczna, w badaniu diagnostycznym, ujmuje się tylko pewne aspekty sprawności czy umiejętności, w postępowaniu diagnostycznym należy też uwzględnić zainteresowania i aspiracje osoby badanej, oraz osiągnięcia, mimo, iż w diagnozie dla rozwoju określamy dysfunkcje i ograniczenia, trudności, to *ważniejszą rolę odgrywa określenie zasobów, tzw. mocnych stron*,
- uzyskane w postępowaniu diagnostycznym dane dotyczą osoby, oraz jej kontekstu społeczno- kulturowego, jak i uwzględniają sferę dążeń, kierunek i siłę motywacji, czy była motywowana do zdobycia określonych sprawności, przyswojenia wiedzy itp., czyli co osoba może osiągnąć, oraz czy jest do tego motywowana,
- w diagnozie dla rozwoju uwzględnia się również stosowane przez osobę z niepełnosprawnością strategie radzenia sobie z trudnościami, jako jej zasoby, które poznane powinny być wykorzystane w procesie rehabilitacji,
- diagnoza dla rozwoju powinna zawierać wskazania dla dalszego postępowania i dla terapeuty i dla osoby diagnozowanej, która przede wszystkim powinna być własnym terapeutą (I. Obuchowska, 2002, s. 42-43).

4. DIAGNOZA W KONTEKŚCIE SPECJALNYCH POTRZEB EDUKACYJNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY

Przyjęta, zgodnie z reformą polskiej edukacji koncepcja pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest modelowym rozwiązaniem zaspokajania specjalnych potrzeb, oraz wsparcia ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W oddziaływaniach tych szczególną rolę przypada diagnozie. I tak *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, i placówkach* zawiera stwierdzenia, że:

pomoc psychologiczno-pedagogiczna polega w szczególności na:

- diagnozowaniu środowiska ucznia,
- rozpoznawaniu jego potencjalnych możliwości oraz indywidualnych potrzeb,
- rozpoznawaniu przyczyn trudności,
- wspieraniu ucznia zdolnego,
- organizowaniu różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej,
- podejmowaniu działań wychowawczo-wspierających oraz profilaktycznych, i wspieraniu nauczycieli oraz rodziców w rozwiązywaniu problemów, umożliwienie im rozwijania kompetencji wychowawczych (Por. M. Jas, M. Jarośnińska, 2010, s. 19).

Natomiast *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* przyjmuje, że:

pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w przedszkolu, szkole i placówce polega na :

- **rozpoznawaniu i zaspokajaniu** indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz **rozpoznawaniu** indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia wynikających z: niepełnosprawności, z niedostosowania społecznego, z zagrożenia niedostosowaniem społecznym, z uzdolnień, ze specyficznych trudności w uczeniu się, z zaburzeń komunikacji językowej,

z choroby przewlekłej, z sytuacji kryzysowych, lub traumatycznych, niepowodzeń edukacyjnych, z zaniedbań środowiskowych, z trudnościami adaptacyjnymi ze względu na różnice kulturowe, czy kształceniem za granicą, i kolejne (Por. M. Jas., M. Jarosińska, 2010).

W oddziaływaniach tych uczniów staje się podmiotem, wobec którego podejmowane są działania takie jak: „ROZPOZNAWANIE indywidualnych potrzeb rozwojowych, i edukacyjnych ucznia oraz ROZPOZNAWANIE jego indywidualnych możliwości psychofizycznych” oraz „ZASPOKAJNIE indywidualnych potrzeb i rozwojowych i edukacyjnych ucznia, odpowiednio do jego możliwości psychofizycznych” (M. Jas, M. Jarosińska, 2010, s. 21). Każde dziecko, niezależnie od stopnia czy zakresu niepełnosprawności ma nie tylko prawo do wybranej formy edukacji, ale również do objęcia go działaniem psychologiczno-pedagogicznym, w tym do rozpoznania jego możliwości i indywidualnych potrzeb. W systemowych oddziaływaniach diagnostyczno-wspomagających należy wskazać na pracę zespołów już na etapie wczesnego wspomaganie rozwoju, następnie obserwację pedagogiczną nauczycieli w przedszkolu, z analizą gotowości szkolnej dziecka do podjęcia nauki w szkole oraz obserwacje nauczycieli i specjalistów w klasach I- III we wczesnej edukacji szkolnej celem rozpoznania ryzyka wystąpienia specyficznych trudności w uczeniu się uczniów oraz specjalistyczna diagnoza dotycząca uczniów z wcześniejszym rozpoznaniem ryzyka wystąpienia specyficznych trudności w uczeniu się w klasach IV – VI. Specjalistyczne diagnozy prowadzą nie nauczyciele, ale poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz poradnie specjalistyczne, również w odniesieniu do szczególnie uzdolnionych uczniów. Obserwacja, wspieranie rozwoju uczniów oraz zaangażowanie w proces diagnostyczny jest wspólną odpowiedzialnością zarówno uczniów, nauczycieli, jak i rodziców (Por. K. Barłóg, 2008, M. Jas, M. Jarosińska, 2010).

5. DIAGNOZA DZIECI PRZEDSZKOLNYCH

W zaprojektowaniu oddziaływań dotyczących pomocy psychologiczno-pedagogicznej, wsparcia edukacyjnego, korekcyjno-wyrównawczego czy profilaktyczno-rehabilitacyjnego nauczycielom pomaga systematycznie prowadzona rzetelna diagnoza pedagogiczna. W postawieniu dobrej diagnozy niezbędne jest uwzględnienie różnych jej aspektów jak:

- medycznego, czyli stanu zdrowia, rozwoju, motoryki,
- psychologicznego głównie w odniesieniu do osobowości, funkcji emocjonalno-motywacyjnych, lateralizacji,
- społecznego, dotyczącego analizy funkcjonowania dziecka w grupie przedszkolnej, jego środowiska rodzinnego, oraz aspektów pedagogicznych obejmujących umiejętności, wiadomości odpowiednie do wieku dziecka, wymagań wynikających z podstawy programowej, rozpoznania różnorodnych potrzeb oraz problemów (Por. J. Pytlarczyk, 2007).

To rozpoznanie indywidualnych potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka jak również określenie ich gotowości do podjęcia nauki szkolnej. Do najczęściej diagnozowanych aspektów należy przebieg i aktualny stan rozwoju emocjonalnego, społecznego, mowy, myślenia, logiczno-matematycznego, twórczego, fizycznego, motorycznego, a także sprawności ruchowej. Diagnozowaniu podlega często gotowość przedszkolna, ale i przebieg procesu adaptacyjnego, gotowość szkolna, w tym gotowość do czytania i pisanie, gotowość do nauki matematyki, jak również mierzenie efektywności działań edukacyjnych (Por. B. Surma, 2012). Diagnoza ma tu na celu zebranie informacji dotyczących rozwoju dziecka, w tym jego podstawowych funkcji: poznawczo-motorycznych, fizycznych,

społeczno – emocjonalnych i innych, dla określenia poziomu ich sfery najbliższego rozwoju (Por. S. Włoch, A. Włoch, 2009). Diagnoza przedszkolna, to analiza i ocena dojrzałości szkolnej dzieci na podstawie przeprowadzonej przez pedagogów obserwacji (Por. E. Jarosz, E. Wysocka, 2006).

Diagnoza przedszkolna ma na celu dokładne rozpoznanie rozwoju dziecka, a jednocześnie ma na celu poznanie uwarunkowań wpływających na rozwój dziecka jak: samopoczucie, pozycja społeczna w grupie, jego środowisko rodzinne i inne. To również monitorowanie progresu rozwojowego dziecka, ocena postępów rozwoju, oraz korzystnych zmian rozwojowych, analiza zdobytych wiadomości oraz planowanie działań edukacyjno-wspomagających. W diagnozie dojrzałości szkolnej można wyróżnić kilka jej etapów: rozmowa z dzieckiem, ocena sprawności manualnej, ocena orientacji w przestrzeni, ocena percepcji wzrokowej, ocena percepcji słuchowej, ocena rozwoju mowy i myślenia, ocena podstawowych pojęć matematycznych, ocena elementarnych wiadomości, ocena cech osobowościowych, w tym dojrzałości emocjonalnej i społecznej ocena warunków środowiskowych (Por. E. Wysocka, 2006, s. 197-198).

Uwzględnienie tych kontekstów diagnozy umożliwi przejście przez wszystkie fazy tego procesu: fazę rozpoznawania, zbierania informacji o umiejętnościach dziecka, jego wiedzy, fazę szukania przyczyn zaobserwowanego stanu, fazę określenia stopnia zaawansowania danej trudności, deficytu, fazę stawiania prognozy, fazę ewaluacji działań (Por. J. Pytlarczyk, 2007, s. 9). Dokumentacja diagnostyczna powinna zawierać: Arkusz diagnozy dziecka wraz z naniesionymi wynikami prowadzonej diagnozy, Karta wywiadu z rodzicami, Arkusz samooceny, Test niedokończonych zdań (Por. J. Pytlarczyk, 2007).

Aby nauczyciel mógł przeprowadzić rzetelną diagnozę musi posiadać odpowiedni zasób wiedzy, oraz umiejętności. Analiza dojrzałości przedszkolnej czy szkolnej powinna być przeprowadzona przez pedagogów w przedszkolu, w szkole czy w innych formach znanych zarówno dziecku, jak i jego rodzicom. M. Kocór domaga się wprowadzenia gruntownych zmian w programach i organizacji nauczycielskiego kształcenia, w którym „postawimy na warsztaty i projekty badawcze oraz proces dochodzenia do wiedzy. Istotne jest, aby w planach studiów zaistniał odrębny moduł prowadzenia prostych i zaawansowanych badań z udziałem pedagogów praktyków” (M. Kocór, 2014, s. 136-137). Na podstawie diagnozy nauczyciel opracowuje indywidualne programy wspomagania rozwoju dziecka, ustala formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, oraz metody oddziaływań wspierających. Jest to również podstawa pomocy dla rodziców oraz nauczycieli (Por. A. Klim - Klimaszewska, 2012).

6. BADANIA WŁASNE

Badania sondażowe dotyczące diagnozowania gotowości szkolnej dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi przeprowadzono na przełomie 2015/2016 roku. ogółem przebadano 150 nauczycieli oraz odpowiednio tyle samo dzieci 5-letnich z podziałem na środowisko miejskie, wiejskie, przedszkole ogólnodostępne i integracyjne w województwie Podkarpackim. Badania były próbą odpowiedzi na pytanie, czy przedszkole podejmuje działania diagnostyczno-wspomagające dla wsparcia dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych? Badania potwierdziły, że przedszkole z powodzeniem organizuje proces diagnostyczno - wspomagający wobec dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, diagnozuje specjalne potrzeby, prowadzi zajęcia korekcyjno-wyrównawcze, indywidualną pracę z dzieckiem, zajęcia terapeutyczne, wykorzystuje wiele metod terapeutyczno-rehabilitacyjnych i wspomagających jak: metodę Ruchu Rozwijającego W. Sherborne, terapię zabawą, metodę Dobrego Startu M. Bogdanowicz i wiele innych, z efektywną przewagą w przedszkolach integracyjnych oraz w środowisku miejskim, a w mniejszym zakresie

wiejskim. Poziom rozwoju fizycznego dzieci przedszkolnych 5-letnich jest w większości przeciętny, podobnie poziom rozwoju umysłowego, emocjonalno-społecznego. Badania potwierdziły również zaangażowanie nauczycieli oraz rodziców w działania diagnostyczno-wspomagające i wielu specjalistów-w przedszkolach integracyjnych.

Można wnioskować, że nadal brak jest oczekiwanej współpracy przedszkoli z poradnią psychologiczno - pedagogiczną w edukacji włączającej zwłaszcza w przestrzeni środowiska wiejskiego. Istnieje również potrzeba doskonalenia kompetencji diagnostycznych oraz terapeutycznych nauczycieli z przedszkoli ogólnodostępnych. Przedszkola ze środowisk wiejskich powinny w większym zakresie angażować rodziców w proces diagnostyczno-wspomagający i przygotowywać ich do roli terapeutów własnego dziecka. Rodzice powinni być bardziej zaangażowani w kontynuowanie zajęć wspomagających, terapeutycznych z dzieckiem w domu. Odpowiedzialna współpraca przedszkola z rodzicami dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi może być nie tylko szansa na rozwój dziecka i jego adaptacje do przedszkola, ale również może przyczynić się do eliminowania trudności rozwojowo- edukacyjnych dziecka.

ZAKOŃCZENIE

Rzetelna, trafna, wielodyscyplinarna diagnoza dla rozwoju dziecka o zagrożonym rozwoju, z niepełnosprawnością, o specjalnych potrzebach edukacyjnych ma znaczenie profilaktyczno-wspomagające, rehabilitacyjno – zdrowotne oraz zapobiega wtórnym zaburzeniom, czy jego niepowodzeniom szkolnym. Jest równie podstawą wyrównywania szans, i zaspokajania specjalnych potrzeb, oraz podstawą do organizowania dziecku ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi profesjonalnej pomocy, zgodnie z jego indywidualnymi możliwościami czy ograniczeniami w edukacji włączającej z dziećmi bez tego rodzaju trudności. „Potrzebne jest zatem inne przygotowanie nauczycieli do edukacji uczniów zdolnych, ich identyfikowania i ukierunkowywania, motywowania i wspierania oraz udzielania pomocy w sytuacjach trudnych i kryzysowych. Mają oni bowiem inne potrzeby edukacyjne, które nauczyciele powinni rozpoznawać i liczyć się z nimi w podejmowaniu działań” (M. Kocór, 2012, s. 174).

LITERATURA

Barłóg, K. (2008). Wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w różnych formach edukacji wczesnoszkolnej. Wyd. UR: Rzeszów.

Barłóg, K. (2012). Konteksty wspomaganie rozwoju uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem uczniów zdolnych, utalentowanych. W: K. Barłóg K., Mach A. i ZAborniak-Sobczak M. (red.) *Odkrywanie talentów. Wybrane problemy diagnozy, wspierania rozwoju i edukacji*. Wyd. UR: Rzeszów.

Chrzanowska, I. (2015). *Pedagogika specjaln.*, Wyd. Impuls: Kraków.

Dykcik, W. (red.) (2005) *Pedagogika specjalna*. Wyd. UAM: Poznań.

Jarosz, E. I Wysocka, E. (2006). *Diagnoza psychopedagogiczna podstawowe problemy i rozwiązania*. Wyd. Żak: Warszawa.

Jasm M., Jarońska, M. (2010). *Specjalne potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży. Prawne ABC dyrektora przedszkola, szkoły i placówki*. Wyd. MEN: Warszawa.

Kocór, M. (2012). *Kompetencje zawodowe nauczycieli uczniów zdolnych*. W: Barłóg K.,

Mach A. i Zaborniak-Sobczak M.. *Odkrywanie talentów. Wybrane problemy diagnozy, wspierania rozwoju i edukacji.* Wyd. UR: Rzeszów.

Kocór, M. (2014). Kompetencje diagnostyczne nauczyciela wychowawcy w teorii i praktyce pedagogicznej. W: K. Barłóg (red.) *Systemowość oddziaływań w rehabilitacji, edukacji i psychospołecznej integracji jako przejaw troski o osobę z niepełnosprawnością. Idee prof. Aleksandra Hulka i ich ponadczasowość,* Wyd. UR: Rzeszów.

Klim-Klimaszewska, A. (2012). *Pedagogika przedszkolna.* Wyd. Impuls: Kraków.

Lotz, D. (2002). Czy potrzebujemy odrębnej diagnostyki dla osób niepełnosprawnych? W: Lotz D., Wenta K. i Zeidler W. (red.) *Diagnoza dla osób niepełnosprawnych.* Wyd. US: Szczecin.

Lotz, D., Wenta K. i Zeidler W. (red.) (2002). *Diagnoza dla osób niepełnosprawnych.* Wyd. US: Szczecin.

Obuchowska, I. (1999). O procesie wyboru metod rehabilitacji. W: R. Ossowski (red.) *Kształcenie specjalne i integracyjne.* Wyd. MEN: Warszawa.

Obuchowska, I. (2002). Osoby niepełnosprawne: diagnoza dla rozwoju. W: Lotz D., Wenta K., Zeidler W. (red.) *Diagnoza dla osób niepełnosprawnych.* Wyd. US: Szczecin.

Ossowski, R. (1999). Uwagi o diagnozie na użytek procesu rehabilitacji. W: Ossowski R. (red.) *Kształcenie specjalne i integracyjne.* Wyd. MEN: Warszawa.

Pytlarczyk, J. (2007). *Diagnoza rozwoju dziecka podstawą planowania procesu edukacyjnego w przedszkolu i szkole.* Wyd. Juka: Warszawa.

Surma, B. (2011). *Diagnozowanie rozwoju dzieci w wieku przedszkolnym.* W: Karbowniczek J., Kwaśniewska M. i Surma B. (red.) *Podstawy pedagogiki przedszkolnej z metodyką.* Akademia Ignatianum: Wydawnictwo WAM: Kraków 2011.

Włoch, S. i Włoch, A. (2009). *Diagnoza całościowa w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej.* Wyd. Żak: Warszawa.

Wysocka, E., (2007). *Człowiek a środowisko życia podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy.* Wyd. Akad. Żak: Warszawa.

KONTAKT

Prof. nadzw. dr hab. Krystyna Barłóg

Kierownik Zakładu Pedagogiki Specjalnej

Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

Tel. +48 668 054 360

krystyna_barlog@tlen.pl, ul. Lenartowicza 29/7, 35-051 Rzeszów.

EWALUACJA REZULTATÓW ZASTOSOWANIA BAJKOTERAPII WOBEC ROZWIĄZYWANIA KONFLIKTÓW

THE EVALUATION OF THE EFFECTS OF USING FAIRY-TALE THERAPY IN CONFLICT SOLVING

Dorota Beltkiewicz

Abstrakt: Konflikty są nieodzowną częścią życia człowieka i towarzyszą mu już we wczesnych stadiach rozwoju. Umiejętność radzenia sobie z sytuacjami konfliktowymi, przejawiająca się w postawie aktywnej i kreatywnej, powinna być zatem kształtowana już w dzieciństwie. Jest to zadanie pierwszych środowisk życia dziecka: domu i przedszkola, szkoły. Niemniej w dobie ponowoczesnego kryzysu wartości, wobec dynamicznych zmian modelu funkcjonowania rodziny oraz placówek i instytucji, w których dziecko się rozwija, a także braku wyraźnej współpracy między nimi, zauważa się konieczność wdrożenia do procesu wychowawczego nowych, konkretnych metod skoncentrowanych na stymulacji umiejętności rozwiązywania konfliktów. Ponadto, we wspomnianych środowiskach życia dziecka coraz częściej dochodzi do sytuacji konfliktowych nierozwiązanych i narastających, zatem nowe metody wspierające wydają się być zasadne i niezbędne. Jedną z form oddziaływania, skuteczną i atrakcyjną, jest bajkoterapia. Metoda ta kierowana jest głównie do dzieci, polega na zastosowaniu odpowiednich tekstów dedykowanych danej sytuacji problemowej i przepracowaniu jej. Bajkoterapia może być realizowana w różnych sytuacjach życiowych i miejscach: w domu, w przedszkolu, w szkole, w świetlicy, w bibliotece, w gabinecie terapeutycznym, w placówce medycznej. Skuteczność tej metody warunkuje odpowiedni dobór, klarowna prezentacja i właściwa interpretacja tekstu. Rezultaty bajkoterapii mają (najczęściej) wymiar jednostkowy, niemniej praktyczny: przejawiają się w zmianie sądów, postaw i zachowania, wzmacniają odbiorcę wewnątrznie (wymiar osobisty) i zewnątrznie (wymiar społeczny).

Słowa kluczowe: edukacja, wychowanie, bajkoterapia, biblioterapia, bajki terapeutyczne, konflikty, sytuacje konfliktowe, rozwiązywanie konfliktów, ewaluacja rezultatów bajkoterapii

Abstract: Conflicts are an inevitable part of human life and have accompanied the man since the early stages of development. The ability to deal with conflictual situations, manifesting itself in an active and creative attitude, should be shaped already in childhood. It is the role of the child's first environments: the house and the school, kindergarten. However, in the days of the postmodern crisis of values, in the face of dynamic changes in the model of family functioning as well as various institutions where children develop, combined with the lack of a clear cooperation between them, the necessity to introduce new methods concentrated on the stimulation of conflict-solving skills can be observed. Also, in the above-mentioned settings of the child life, unsolved and growing conflictual situations happen more and more often. Therefore, supportive methods seem to be legitimate and indispensable. One of the forms of influencing, which is both effective and attractive, is the fairy-tale therapy.

This method is targeted mainly at children. It consists in the use of appropriate texts focused on a given conflictual situation, which is overcome. Fairy-tale therapy can be realized in many different life situations and places: at home, in kindergarten, at school, in an after-school club, in a library, in a therapeutic centre, in a medical centre. The effectiveness of this method is conditioned by the right choice, the clear presentation and the correct interpretation of the text. The results of fairy-tale therapy have an individual (generally), but still practical, dimension. They can be manifested in the change of judgements, attitudes and behaviour. They build up the person internally (the individual dimension) and externally (the social dimension).

Key words: education, upbringing, fairy-tale therapy, therapeutic stories, conflicts, conflictual situations, conflict solving, evaluation of the effects of fairy tale therapy

Istota konfliktu

W potocznym rozumieniu konflikt jest zjawiskiem negatywnym: uciążliwym, niewygodnym, bolesnym, wynikającym z nieprawidłowości, łamania zasad, niedostosowania. Zapewne jest sytuacją trudną, niemniej nieuniknioną. Samo słowo „konflikt” niesie ze sobą ujemne konotacje, ma pejoratywny wydźwięk. Powszechnie kojarzy się ono nie z samym starciem odmiennych racji, a raczej z jego negatywnym przebiegiem (wojna, kłótnia, bójka) i konsekwencjami, a także zamierzonym i utrwalonym podziałem na stronę wygraną i przegraną.

Sam wyraz „konflikt” jest neutralny, wywodzi się z łacińskiego „conflictus”, co oznacza „zderzenie” (jako spotkanie, zestawienie, kontakt, nie zaś starcie, którego celem są krzywdy i szkody). „Słownik wyrazów obcych” definiuje pojęcie jako „wszelkie zetknięcie się sprzecznych dążeń, niezgodność interesów, poglądów; antagonizm, kolizja, spór, zatarg”⁷. Funkcjonujący w języku termin „konflikt pokoleń”, wcale nie zawiera w sobie negatywnych skutków tej sytuacji, raczej określa opozycję, kontrast sądów i postaw reprezentantów różnych generacji, które różnią się od siebie w sposób uzasadniony, mimo to kojarzy się negatywnie (z buntem, brakiem szacunku). Podobnie termin „konflikt kulturowy” zakłada niechęć, wrogość lub otwartą walkę o dominację.

Lęk przed konfliktem (a ściślej: przed staniem się jego ofiarą) często przejawia się w postawie biernej, wypieraniu ze świadomości jego nieuchronnej obecności w ludzkim życiu. Aktywność człowieka często ogranicza się do - powszechnie uznanych za neutralne, bezpieczne - postaw i zachowań, które są tylko pozorną gwarancją eliminacji konfliktu, a pozbawiają naturalnej swobody, spontaniczności i szczerości.

Bezkonfliktowa egzystencja człowieka jest niemożliwa, zatem konieczne jest uświadomienie sobie tego faktu przez jednostkę, jak i podjęcie mechanizmów radzenia sobie z sytuacjami konfliktowymi. Odpowiednie przepracowanie konfliktu może finalnie doprowadzić do wniosku, że jest on niezbędny do samorozwoju jednostki i postępu społecznego. Umiejętność ta powinna być sukcesywnie rozwijana, gdyż jest niezbędna w życiu, a wczesne doświadczenia szczególnie silnie wpływają na dalszy rozwój człowieka (częstotliwość występowania konfliktów zwiększa się wraz z wiekiem, wraz z jego aktywnością w przestrzeni społecznej, za którą stopniowo podejmuje coraz większą odpowiedzialność).

⁷ Konflikt [w:] Słownik wyrazów obcych (1980.), (red. nauk. Tokarski J.). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 378.

Rodzaje konfliktów

Ogólnie przyjęty został podział konfliktu ze względu na obszar, w którym występuje. Wyróżnia się zatem konflikty **wewnętrzne** i **zewnętrzne**.

Pierwszy rodzaj konfliktów jest związany „z wyborem większej wartości; spośród dwu wykluczających się wzajemnie, lub mniejszego zła, gdy jego uniknięcie jest niemożliwe”⁸ jak pisał Stanisław Górski. Konflikt wewnętrzny (określany także jako konflikt psychiczny) odbywa się w człowieku, nie wykraczając poza granice osoby ludzkiej. Ujęcie psychologiczne zakłada także „wystąpienie motywów sprzecznych, jednocześnie pobudzających i hamujących czyjeś działanie”⁹.

Drugi typ konfliktów występuje na przestrzeni międzyludzkiej. Według Stanisława Górskiego polegają one „na sprzeczności dążeń, postaw czy interesów poszczególnych osób”¹⁰. Konflikt zewnętrzny (określany również jako konflikt społeczny) może przejawiać się również poprzez „stosunek między grupami i klasami społecznymi wynikający ze sprzeczności ich żywotnych interesów, a także ze sprzeczności wartości i celów uznawanych przez te grupy”¹¹.

Mimo przyjętej klasyfikacji i wyodrębnienia dwóch rodzajów konfliktów, warto zaznaczyć, że mogą się ze sobą łączyć, wzajemnie pobudzać. Jednostka ludzka nie egzystuje w izolacji, jest istotą społeczną. Konflikty wewnętrzne zatem w dużej mierze mogą odnosić się do relacji z innymi osobami, być spowodowane koniecznością dokonania wyboru między dobrem własnym a drugiej osoby czy ogółu. I odwrotnie: nierozwiązane, narastające konflikty wewnętrzne mogą powodować drażliwość, większą podatność na wchodzenie w spory międzyludzkie.



Rys. 1. Możliwa korelacja konfliktów różnego typu.

Postawa wycofana i unikająca, o czym wspomniano wcześniej, nie gwarantuje bezkonfliktowości w życiu. Przykładowo, osoba, która stara się żyć bezkonfliktowo z otoczeniem (zewnętrznie), może wcale nie być wolna od konfliktu, który tkwi wewnątrz i jest niejednokrotnie trudniejszy i bardziej dotkliwy niż spór społeczny. Można więc stwierdzić, że usilne unikanie konfliktu jednego typu może wręcz generować sytuacje konfliktowe w innym obszarze.

Bezkonfliktowość

Jak wspomniano, błędną postawą jest także wypieranie konfliktu, bierne przeczekiwanie zaistniałej sytuacji. Takie zachowanie nie sprzyja samorozwojowi jednostki, utrwala unikanie odpowiedzialności za podejmowane wybory, co prowadzi do beczynności, bezradności wobec sytuacji trudnych.

W procesie wychowania niekorzystne jest:

- nadmierne chronienie dzieci przed konfliktami (nienaturalne wyłączenie jednostki z pewnych sfer życia i okoliczności),

⁸ Górski S. (1986). Psychoterapia w wychowaniu. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, s. 49.

⁹ Konflikt [w:] Słownik wyrazów obcych (1980.), (red. nauk. Tokarski J.). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 378.

¹⁰ Górski S. (1986). Psychoterapia w wychowaniu. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, s. 49.

¹¹ Konflikt [w:] Słownik wyrazów obcych (1980.), (red. nauk. Tokarski J.). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 378.

- wyręczanie w rozwiązywaniu konfliktów.

Obie postawy prowadzą do niesamodzielności, zagrażają naturalnej autonomii dziecka. Biografia człowieka, jak wspomniano, w każdym stadium obfituje w sytuacje konfliktowe. Nienaturalna ich eliminacja w dzieciństwie wcale nie uchroni przez konfliktami w przyszłości, wręcz przeciwnie pozbawi naturalnej odporności (wyrażającej się w akceptacji i aktywności) wobec trudnej sytuacji.

Warto także rozróżnić określenia „niekonfliktowość” i „bezkonfliktowość”. Pierwszy termin określa cechę, która zakłada ogólną nieobecność konfliktu z możliwością sporadycznego pojawienia się tego zjawiska, drugi zaś wskazuje całkowity i trwały brak. Rozważając te dwa określenia, warto zaznaczyć, że o ile niekonfliktowość w życiu jest realna, choć trudna do uzyskania i utrzymania, to bezkonfliktowość jest zupełnie niemożliwa, gdyż nie jest zależna jedynie od jednostki, lecz także od wpływów środowiska. Rekomendowanie zatem w wychowaniu postaw i relacji „bezkonfliktowych” jest błędne. Pożądaną cechą jest raczej „niekonfliktowość”, a bardziej „kompromisowość” (która zakłada pomyślne rozwiązanie).

Przyjęcie do świadomości nieuchronności konfliktów wcale nie osłabia jednostki, wręcz przeciwnie: jeśli wypracowane zostaną właściwe schematy postępowania, wzmacnia ją i sprzyja jej rozwojowi.

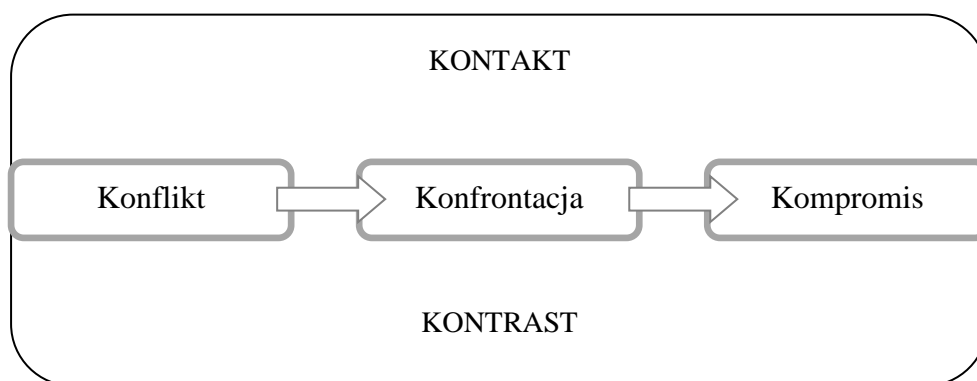
Podstawą zatem pomyślnego rozwiązywania konfliktów jest:

- uświadomienie sobie ich nieuchronności,
- wypracowanie aktywnych, kreatywnych postaw.

Rozwiązywanie konfliktów

Celem rozwiązywania konfliktów jest uzyskanie względnie zadawalającego efektu bez poczucia straty lub całkowitego działania wbrew własnym przekonaniom. Warunkiem zaistnienia każdego **konfliktu** jest **kontakt** i **kontrast**. Zestawienie sprzecznych wartości, cech, postaw może mieć, jak wspomniano, wymiar komunikacji międzyludzkiej (konflikt zewnętrzny) lub osobistego dylematu (konflikt wewnętrzny).

Rozwiązanie **konfliktu** dokonuje się poprzez **konfrontację** sprzecznych racji (zestawienie ich, **komparację**, wyodrębnienie różnic, lecz także cech wspólnych i próbę wykorzystania ich do uzyskania zadawalającego efektu), której celem jest osiągnięcie **kompromisu** (rezultatu dogodnego dla sprzecznych stron). Proces ten obrazuje poniższy, autorski schemat (5K).



Rys. 2. 5K - model rozwiązywania konfliktu.

Nauka kompromisu

Według Urie Bronfenbrennera wpływ środowiska, rozumiany jako „każde zdarzenie istniejące poza organizmem, które może mieć wpływ na rozwój tego organizmu i na które organizm także może mieć wpływ”¹², jest niezmiernie ważny. Umiejętność rozwiązywania konfliktów (zdarzeń stymulujących rozwój) powinna stanowić element naturalnego procesu wychowawczego. Uczenie się wynika z doświadczenia, zatem obcowanie z konfliktem, o czym wspomniano, jest podstawą rozwoju. Brak doświadczeń tego typu blokuje proces uczenia się, które obejmuje dwie kategorie zjawisk: **wiedzę i umiejętności**, a więc „to, co człowiek wie i to, co potrafi zrobić”¹³. W kontekście konfliktu przekłada się to na: uświadomienie istnienia i rozwiązanie. Zdaniem Stanisława Miki procesy kształtowania i zmian postaw kształtuje, prócz indywidualnego doświadczenia, wielu różnych nadawców¹⁴. Wspomniany wpływ środowiska ściśle wiąże się także z mechanizmem **naśladownictwa** będącym jedną z podstaw funkcjonowania społecznego.

Uczenie się rozwiązywania konfliktów wymaga zatem doświadczenia własnego lub zastępczego (obserwacja) oraz próby imitacji skutecznych modeli rozwiązywania sytuacji konfliktowych.

Otwarty dostęp do mediów masowych i brak selekcji przekazywanych treści, dynamiczne zmiany społeczne w zakresie funkcjonowania rodziny, oświaty, przestrzeni publicznej zaburzają naturalny proces wychowawczy. Odczuwalny jest ponowoczesny kryzys wartości, który sukcesywnie się pogłębia. Rozwiązywanie społecznych konfliktów bywa radykalne i nieczęsto kończy się kompromisem, konflikty wewnętrzne są przemilczane lub uznawane za dowód słabości jednostki. Współczesne warunki życia utrudniają współpracę środowisk wychowawczych: domu, przedszkola/szkoły, instytucji, co często niekorzystanie wpływa na rozwój dzieci. Niezbędne jest zatem stosowanie przystępnych metod oddziaływania, które:

- w sposób klarowny przedstawia modele rozwiązywania konfliktów,
- zachęca do samodzielnego poszukiwania najlepszych rozstrzygnięć,
- powodują synergię środowisk odpowiedzialnych za wychowanie.

Bajkoterapia wobec konfliktów

Jedną z metod oddziaływania, najpopularniejszą odmianą biblioterapii w Polsce w XXI wieku¹⁵ według Wity Szulc, jest bajkoterapia. Polega ona na zastosowaniu odpowiednio wyselekcjonowanych (lub stworzonych na potrzebę konkretnej sytuacji) utworów, bajek terapeutycznych. Mogą one pełnić rozmaite funkcje, za Marią Molicką wyróżnić można:

- funkcję psychoedukacyjną,
- funkcję psychoterapeutyczną,
- funkcję relaksacyjną¹⁶.

Bajkoterapia jest kierowana głównie do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, wówczas jej zastosowanie osiąga największą efektywność (według własnych badań: od 3 do 10 roku życia). Okres dzieciństwa wyróżnia największa chłonność i plastyczność mózgu ludzkiego, wedle Daniela Golemana zwłaszcza doświadczenia z dzieciństwa „rzeźbią”

¹² Bronfenbrenner U. (1979). *The Ecology of Human Development*, Cambridge, Mass: Harvard University, cyt. za Brzezińska A. (2005). *Spółeczna psychologia rozwoju*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 190.

¹³ Łukaszewski W. (2009). Rozdział 7. Relacyjna teoria osobowości - reaktywacja czy galwanizacja zwłok? [w:] *Nowe idee w psychologii* (red. nauk. Koziński J.), Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 164.

¹⁴ Mika S. (1975). *Wstęp do psychologii społecznej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 86.

¹⁵ Szulc W. (2011). *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*, Warszawa: Wydawnictwo Difin, s. 149.

¹⁶ Molicka M. (2011). *Biblioterapia i bajkoterapia*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina, s. 240.

mózg¹⁷. Bajkoterapia służy zarówno profilaktyce (mogą ją stosować nauczyciele, pedagodzy, odpowiednio przeszkoleni rodzice), jak i terapii (oddziaływanie przez terapeutę - specjalistę). Założeniem tej metody jest wyposażanie odbiorcy w pewne umiejętności i modele postępowania wobec sytuacji potencjalnych, możliwych oraz zapewnienie wsparcia w trudnych okolicznościach, które już zaistniały. Zastosowanie bajkoterapii w procesie wychowania może przebiegać w różnych sytuacjach życiowych (problemy adaptacyjne, choroba, śmierć w rodzinie) i obszarach, w którym dziecko się rozwija (w domu, w przedszkolu i szkole, instytucjach kulturalnych, poradniach, placówkach medycznych).

Mechanizmy oddziaływania

Głównym mechanizmem oddziaływania bajki terapeutycznej jest identyfikacja odbiorcy z głównym bohaterem, który znajduje się w podobnej sytuacji trudnej (często także konfliktowej). Postać bajkowa staje w obliczu niełatwych okoliczności, którym towarzyszą negatywne emocje. Odbiorca utożsamia swoje losy z przygodami postaci i przejmuje prezentowane przez nią postawy i zachowania wobec takiej sytuacji. Bajka terapeutyczna doskonale obrazuje możliwy do wystąpienia lub już obecny w życiu dziecka konflikt międzyludzki (spór bohatera z inną postacią lub postaciami ujęty w fabule) i psychiczny (poprzez dialog wewnętrzny). Postępowanie bohatera cechuje najczęściej: odwaga, wytrwałość, mądrość, pomysłowość. Modelowy bohater jest aktywny, nie czeka na szczęśliwy zbieg okoliczności, rozwiązanie problemu przez osoby i rzeczy o nadzwyczajnych właściwościach, co typowe jest dla baśni. Bohater działa w sposób możliwy do naśladowania przez dziecko wobec analogicznej sytuacji w jego życiu.

Ważne miejsce, co zostanie dookreślone przy omówieniu kompozycji, w fabule zajmują także przyjaciele, towarzysze głównego bohatera. Nie wyręczają go oni w podejmowaniu decyzji i działaniu, lecz ukazują problem z innej perspektywy, proponują możliwe do zrealizowania rozwiązania, co nie wpływa to na osłabienie samodzielności.

Prosta kompozycja

Istotą bajki terapeutycznej jest prosty, nieskomplikowany przekaz. Fabuła nie jest wielowątkowa, sporadycznie ubarwiona opisami postaci czy miejsc, gdyż powinna koncentrować się na problemie. Czas i miejsce oraz postaci w bajce terapeutycznej mogą być odrealnione, nawet fantastyczne, dozwolony jest ich opis niemniej charakterystyka nie może dominować, odwracając uwagę odbiorcy od wiodącego problemu. Warunkiem jest także postępowanie niemagiczne bohatera, możliwe do naśladowania przez dziecko wobec własnego, realnego problemu.

Wedle Marii Molickiej konstrukcja utworu powinna opierać się na kilku stałych, kluczowych elementach:

- „główny temat (sytuacja trudna emocjonalnie),
- bohater, który doświadcza sytuacji trudnej emocjonalnie; doświadcza negatywnych emocji (w tym także społecznych), które sterują jego zachowaniem i sposobem rozumienia wydarzeń,
- inne postacie bajkowe, które wspierają bohatera (dają zrozumienie, akceptację, ilustrują inne strategie działania i rozumienia),
- tło opowiadania charakteryzujące się pogodnym, optymistycznym nastrojem”¹⁸.

Wspomniany pogodny, spokojny klimat w utworze jest bardzo ważny, gdyż często odbiorcą bajki terapeutycznej jest dziecko załężnione, nieufne, zamknięte, więc budowanie zbyt silnego napięcia może potęgować negatywne emocje.

¹⁷ Goleman D. (2007). Inteligencja emocjonalna. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina, s. 347.

¹⁸ Molicka M. (2011). Biblioterapia i bajkoterapia. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina, s. 232.

Ewaluacja rezultatów

Zdaniem Anny Bautsz-Sontag działania biblioterapeutyczne, więc również bajkoterapeutyczne, „zaznaczają się jako bezpieczne, niezagrażające i nieinwazyjne doświadczenia przynoszące **świadomość intrapersonalną oraz interpersonalną**”¹⁹. Bajkoterapia zatem sprzyja rozwojowi wewnętrznemu (osobistemu), jak i zewnętrznemu (społecznemu), również w kontekście rozwiązywania konfliktów.

Stale podejmowane są próby ewaluacji rezultatów biblioterapii (w tym także bajkoterapii). Trudno jednak uogólnić rezultaty tej metody, gdyż konteksty zastosowania, jak i charakterystyka odbiorców jest zróżnicowana.

Najbardziej obiektywną formą ujęcia efektywności bajkoterapii jest **case study** czyli studium przypadku, na które składa się:

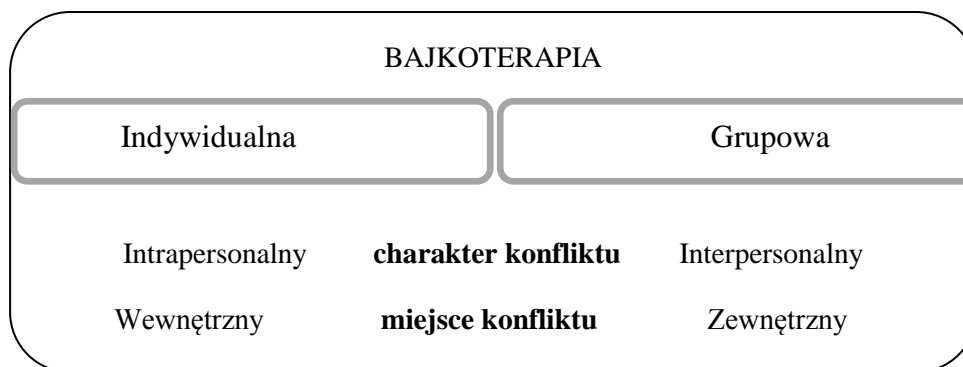
- analiza stanu początkowego,
- relacja z przebiegu oddziaływania (sesji / warsztatu z wykorzystaniem bajkoterapii),
- analiza stanu końcowego.

Bajkoterapia może być realizowana w sposób indywidualny lub/i grupowy.

Pierwsza forma, dzięki dużej swobodzie, szczerości między prowadzącym a odbiorcą, pozwala terapeutce (także nauczycielowi, rodzicowi) w sposób dogłębny poznać zasoby i potrzeby odbiorcy, co umożliwia trafny wybór utworu i osobiste przepracowanie tekstu, sprofilowany przekaz. Rezultaty tej metody można wówczas określić na bazie sądów i postaw w sposób pełny w wymiarze osobistym (wewnętrznym), co może przyczynić się do poprawy funkcjonowania w wymiarze społecznym (zewnętrznym). Wypowiedzi odbiorcy w takiej relacji są na ogół szczerze, bezpośrednio, pozbawione obawy przed krytyką, niemniej nie mają bezpośredniego, natychmiastowego przełożenia na relacje interpersonalne. W postępowaniu indywidualnym bardziej widoczny jest efekt przepracowania konfliktu o charakterze wewnętrznym (osobistym), **konfliktu intrapersonalnego** (czyli wewnętrznego stanu sprzeczności pragnień, przekonań oraz wartości).

Druga forma, grupowa, nie bazuje się na indywidualnym poznaniu każdej jednostki, lecz na wspólnym dla wszystkich uczestników celu. Zajęcia te koncentrują się wokół zagadnienia bliskiego wszystkim odbiorcom, może być nim potencjalny (profilaktyka) lub istniejący (terapia) konflikt między nimi. Przebieg zajęć ukazuje zmianę postaw i relacji pomiędzy uczestnikami zajęć (osoba-osoba, osoba-grupa, rzadziej: grupa-grupa). W oddziaływaniu grupowym wyraźniejszy jest wynik przepracowania **konfliktu interpersonalnego**, który dotyczy relacji jednostek/grup prezentujących sprzeczne racje.

¹⁹ Bautsz-Sontag A. (2013). Literatura w terapii dzieci. Katowice: Uniwersytet Śląski, Oficyna Wydawnicza Wacław Walasek, s. 40-41.



Rys. 3. Modele zastosowania bajkoterapii.

Za pomocą sesji bajkoterapeutycznej można w sposób równoległy wesprzeć **oba obszary**, czemu służy wdrożenie **formuły mieszanej** (zajęcia indywidualne oraz z grupą).

ZAKOŃCZENIE

Konflikty, będące częścią ludzkiego życia, wymagają wykształcenia umiejętności rozwiązywania ich. Wypieranie, bierność wobec sytuacji konfliktowych nie chroni przed ich ujemnymi skutkami, którym można zapobiec jedynie poprzez aktywność i kreatywność jednostki. Wczesne kształtowanie odpowiednich modeli postępowania wobec konfliktu w dzieciństwie ma ogromny wpływ na skuteczne radzenie sobie z takimi okolicznościami w dorosłości. Celem wsparcia środowisk, w których rozwija się dziecko i stymulacji współpracy między nimi, rekomendowane jest wdrożenie klarownych i atrakcyjnych form oddziaływania. Jedną z nich jest bajkoterapia, która wykorzystuje odpowiednio sprofilowany utwór do przekazania istotnych treści, ukazania odbiorcy skutecznych wzorców postępowania wobec sytuacji trudnej (także: konfliktowej). Zajęcia bajkoterapeutyczne mogą mieć charakter indywidualny, grupowy i mieszany. Mogą być realizowane w różnych kontekstach i obszarach funkcjonowania dziecka równocześnie (celem utrwalenia umiejętności) lub w jednym, w sposób rekompensujący (gdy w pozostałych dziecko jest podmiotem/świadkiem nierozwiązanych konfliktów, nie jest mu udzielone właściwe wsparcie).

Bajkoterapia skutkuje pozytywnie, co szczególnie widoczne jest w ujęciu case study. Rezultaty przejawiają się w zmianie sądów, postaw i zachowań. Mają one wymiar głównie jednostkowy (konflikty wewnętrzne jednostki; konflikty zewnętrzne: jednostka-jednostka, jednostka-grupa, rzadziej: grupa-grupa). Metoda stymuluje pozytywne postawy wobec konfliktów intrapersonalnych i interpersonalnych. Jest rekomendowana szczególnie dla dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Dostrzega się ogromny potencjał tej metody zwłaszcza wobec kryzysu wartości i deficytu naturalnej stymulacji rozwiązywania konfliktów.

LITERATURA

Bautsz-Sontag A. (2013). *Literatura w terapii dzieci*. Katowice: Uniwersytet Śląski, Oficyna Wydawnicza Waclaw Walasek.

Bronfenbrenner U. (1979). *The Ecology of Human Development*, Cambridge, Mass: Harvard University.

Brzezińska A. (2005). *Spółeczna psychologia rozwoju*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe

Scholar.

Goleman D. (2007). Inteligencja emocjonalna. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina

Górski S. (1986). Psychoterapia w wychowaniu. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.

Łukaszewski W. (2009). Rozdział 7. Relacyjna teoria osobowości - reaktywacja czy galwanizacja zwłok? [w:] Nowe idee w psychologii (red. nauk. Koziński J.), Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 161-182.

Mika S. (1975). Wstęp do psychologii społecznej. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Molicka M. (2002). Bajkoterapia. O lękach dzieci i nowej metodzie terapii, Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.

Molicka M. (2011). Biblioterapia i bajkoterapia. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.

Szulc W. (2011). Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki, Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Słownik wyrazów obcych (1980.), (red. nauk. Tokarski J.). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

KONTAKT

mgr Dorota Beltkiewicz

Akademia Ignatianum w Krakowie

ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków

telefon: centrala (+48) 123 999 500

e-mail: kontakt@dorotabeltkiewicz.pl

DIAGNOZA I CO DALEJ? FORMY WSPARCIA UCZNIA ZDOLNEGO W ŚRODOWISKU RODZINNYM

Magdalena Gadamska

Abstrakt: Wszyscy uczniowie posiadają swoje mocne strony, zainteresowania i określone predyspozycje. Nie każdego ucznia nazywa się jednak uczniem zdolnym. Temat dotyczący dzieci zdolnych wydaje się więc niezwykle interesujący. Artykuł dotyczy form wsparcia uczniów zdolnych ze strony ich rodzin. Zdefiniowane zostały w nim podstawowe pojęcia dotyczące analizowanego zagadnienia, takie jak: talent, zdolność, uczeń utalentowany oraz uczeń uzdolniony. Poruszone także kwestie związane z diagnozą i identyfikacją uczniów zdolnych. Istotne jest bowiem, by w prawidłowy sposób rozpoznawać, które z dzieci należy uznać za zdolne. Zasadniczą część pracy stanowi jednak refleksja nad tym, w jaki sposób środowisko rodzinne powinno wspierać dzieci zdolne, gdyż ważne jest, aby uczniowie zdolni otrzymywali odpowiednią pomoc ze strony rodziców w swej drodze życiowej.

Słowa kluczowe: diagnoza, rodzina, dziecko, uczeń, zdolności, wsparcie

Abstract: All students have their strengths, interests and certain predispositions. Not every student is called as a gifted student. Topic about gifted children seems to be very interesting. The article is about forms of support gifted children from their families. It were defined the basic concepts of the analyzed topic such as talent, ability, a talented student and gifted student. Also discussed issues related to the diagnosis and identification of gifted students. The important is to correctly identify who of the children should be considered as gifted. The essential part of the article, however, is a reflection on how the family environment should support gifted children, because it is important that students are able to receive help from their parents in their way of life.

Key words: diagnosis, family, child, student, abilities, support

WSTĘP

Dostrzeżenie, iż dziecko jest uczniem zdolnym to dopiero pierwszy etap do dalszej drogi, w której należy towarzyszyć młodemu człowiekowi. Oczywiście ważne jest, by rozpoznać, jakie zdolności, mocne strony i predyspozycje posiada uczeń. Błędem byłoby jednak stwierdzenie, iż uczeń zdolny sam jest w stanie poradzić sobie na ścieżce rozwoju i go nie wspierać, gdyż „na pewno da sobie radę“. Otóż, uczeń zdolny jak każde dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych wymaga indywidualnego podejścia i wsparcia w środowisku szkolnym i rodzinnym.

Nie zawsze jednak dorośli są świadomi zadania i wyzwania, jakie stoi przed nimi w obliczu zdolności dziecka. Niektórzy być może mają mylne przekonanie, iż należy pomagać wyłącznie tym uczniom, którzy przejawiają trudności w nauce, a nie tym, którzy radzą sobie z nią bardzo dobrze. Łatwo jednak doprowadzić do sytuacji, gdy młody człowiek mimo swego potencjału zatraci w sobie pragnienie zdobywania wiedzy i umiejętności, gdy nie ma obok osób, które prawidłowo go ukierunkują. Dziecko zdolne, jak każde dziecko boryka się z różnego rodzaju problemami i zagrożeniami. Jednym z nich może być chociażby

niezrozumienie ze strony innych osób. Wyróżnianie się spośród grupy przyczynić się może niekiedy do braku akceptacji wśród rówieśników. Pojawić się może także presja ze strony otoczenia, by zawsze odnosić sukcesy i nigdy nie doświadczać porażek. Warto pamiętać o tym, że uczniowie zdolni również narażeni są na wiele trudności. Należy więc w odpowiedni sposób dbać o to, by zapewniać im optymalne warunki do prawidłowego rozwoju.

Rodzice uczniów zdolnych z jednej strony mogą być szczęśliwi i dumni ze zdolności swych dzieci, lecz z drugiej strony spoczywa na nich duża odpowiedzialność, by w odpowiedni sposób udzielać im wsparcia. O ile nauczyciele w szkole posiadają określone kompetencje i wykształcenie, o tyle rodzice nierzadko nie mają specjalistycznej wiedzy na temat tego, jak należy wspierać dziecko zdolne. Tak więc w niniejszym artykule postanowiono przybliżyć problematykę dotyczącą sposobów wsparcia ucznia zdolnego w środowisku rodzinnym, gdyż wydaje się to interesującym i przydatnym zagadnieniem. Najpierw, zdefiniowano podstawowe pojęcia dotyczące analizowanej kwestii, kolejno omówiono jedną z teorii dotyczących inteligencji wielorakich, odniesiono się do identyfikacji i diagnozy zdolności u dzieci, następnie zaprezentowano, jak istotna jest współpraca rodziców dziecka zdolnego ze szkołą. Ostatnia część pracy poświęcona została temu, w jaki sposób należy wspierać dziecko zdolne w rodzinie.

Uczeń zdolny w świetle definicyjnych ujęć

Na samym wstępie, warto przybliżyć, jakie jest znaczenie kilku podstawowych pojęć związanych z analizowanym zagadnieniem. Otóż zdolności wedle J. Reykowskiego „to warunki wewnętrzne, dzięki którym ludzie zaangażowani, a więc o tej samej motywacji i jednakowo przygotowani, opanowują daną działalność niejednakowo szybko, a poziom osiągniętych przez nich rezultatów jest różny. O tych, którzy opanowują określoną działalność lepiej, można powiedzieć, że mają wyższe zdolności w danej dziedzinie” (za: <http://www.ore.edu.pl/uczen-zdolny/4275-definicje-zdolnosci-uzdolnien-i-talentow>, s. 2). Natomiast według Wincentego Okonia „zdolność przejawia się w łatwości, szybkości i niezawodności potwierdzenia i przetwarzania informacji, umiejętności podejmowania decyzji oraz w skutecznym samodzielnym i twórczym działaniu” (za: <http://www.ore.edu.pl/uczen-zdolny/4275-definicje-zdolnosci-uzdolnien-i-talentow>, s. 2). Elitarna definicja zdolności podaje, że w populacji jest 3-5% osób zdolnych. Owa definicja dotyczy ludzi o wybitnych zdolnościach, których najczęściej rozpoznaje się biorąc pod uwagę wysoki iloraz inteligencji. W ostatnim czasie coraz częściej jednak uznaje się definicję egalistyczną, gdzie za osoby zdolne uważa się 25-30% populacji. (za: Limont, 2007, s. 110). Zdolności można podzielić na trzy rodzaje: kierunkowe, ogólne i twórcze. Pierwsze z nich dotyczą między innymi zdolności muzycznych czy plastycznych i wiążą się z konkretną sferą działalności. Zdolności ogólne umożliwiają osobom, które je posiadają zdobywanie wiedzy teoretycznej. Występuje tu między innymi lepsza pamięć, dziecko zaczyna wcześniej chodzić, mówić, używać opanowanej wiedzy. Zdolności twórcze natomiast, jak sama nazwa wskazuje, są związane z tworzeniem nowych rzeczy (Borowska, 2009, s. 5). Dziecko zdolne posiada takie cechy, jak m.in.: szybkie zapamiętywanie nowych informacji, dobra pamięć; brak problemów z rozumieniem zadań i poleceń; zainteresowanie światem, zadawanie wielu pytań; ciekawość, chęć zdobywania wiedzy na temat przyczyn różnych zjawisk; duża wiedza oraz wiele informacji na dany temat (więcej od rówieśników); chętnie wykonywanie zadań umysłowych; umiejętność dłuższego skupienia uwagi na danym zadaniu; aktywność podczas lekcji; uważne obserwowanie i spostrzegawczość; kreatywność oraz duża wyobraźnia; bogate słownictwo i poprawność wypowiedzi; preferencja samodzielnej pracy; zdolności przywódcze; dokładność w wykonywaniu prac; samodzielność; czasem pojawiająca się

niegrzeczność (np. w chwili nudy); niecierpliwość, gdy inne dzieci pracują wolniej; dobra koordynacja ruchów; wrażliwość na uczucia swoje i innych. (Borowska, 2009, s. 9-10).

Warto jednak wspomnieć o innych pojęciach używanych często obok terminu „zdolność”. Uzdolnienie „to specyficzna konfiguracja zdolności ogólnych i specjalnych, umożliwiająca bardzo dobre wykonanie określonej, ukierunkowanej treściowo działalności” (<http://www.ore.edu.pl/uczen-zdolny/4275-definicje-zdolnosci-uzdolnien-i-talentow>, s. 4). Uzdolnienia są silnie związane z jakąś konkretną dziedziną, w której występują. Często używa się tu pojęcia „uzdolnień specjalnych” w rozumieniu zdolności kierunkowych, a więc takich, dzięki którym można uzyskać wysokie osiągnięcia w danych dziedzinach. Talent natomiast to najwyższy poziom rozwoju uzdolnień. (za: Chrzanowska, 2015, s. 505) Jest to „zbiór cech indywidualnych, ujawniających się najczęściej już w okresie wczesnego dzieciństwa u niewielu osób, prowadzący do szczególnego mistrzostwa w określonej dziedzinie” (Dąbrowska, Dyndor, Foryś, Gałązka, Kolczyńska, Madziara, Pęczek, Sprawka, Wachowicz, 2013, s. 145). Inteligencja to zdolność, która wykorzystywana jest w sytuacjach wymagających rozwiązania jakiegoś problemu. To pewna ogólna zdolność, którą ma każdy, lecz w różnym stopniu. Potrzebna jest ona, by umiejętnie rozwiązywać problemy (Gardner, 2002, s. 34). Geniusz to człowiek, „którego dzieło okazało się przełomowe dla dalszego rozwoju i postępu cywilizacyjnego – w nauce, technice, kulturze, życiu społecznym” (<http://www.ore.edu.pl/uczen-zdolny/4275-definicje-zdolnosci-uzdolnien-i-talentow>, s. 6). Edward Nęcka posługuje się pojęciem „wybitnych uzdolnień” rozumiejąc przez nie „specyficzny kompleks cech indywidualnych, ujawniający się już w okresie wczesnego dzieciństwa u niewielkiej liczby osób”. (za: Chrzanowska, 2015, s. 505). Kryterium diagnostycznym jest tu wysokie IQ (powyżej 2 odchyżeń standardowych od psychometrycznej normy), szczególne zdolności w określonej dziedzinie oraz twórczość. (za: Chrzanowska 2015, s. 506)

Wszystkie dzieci przychodzą na świat wszechstronnie uzdolnione i mogą rozwijać się w każdym kierunku. Tak naprawdę od dorosłych zależy, czy staną się one dziećmi zdolnymi/ utalentowanymi. Ważne jest, by zapewnić młodemu człowiekowi odpowiednie warunki, tak by mógł on rozwijać swój potencjał. (Borowska, 2009, s. 7). Warto w tym miejscu przybliżyć, kim jest uczeń zdolny, a kim uczeń utalentowany. Otóż uczeń uzdolniony to „uczeń przejawiający wysokie zdolności ogólne” (Dąbrowska, Dyndor, Foryś, Gałązka, Kolczyńska, Madziara, Pęczek, Sprawka, Wachowicz, 2013, s. 145), natomiast uczeń utalentowany to „uczeń, który ma wybitny potencjał w jakiejś dziedzinie” (Dąbrowska, Dyndor, Foryś, Gałązka, Kolczyńska, Madziara, Pęczek, Sprawka, Wachowicz, 2013, s. 145). Dzieci zdolne oraz utalentowane zwykle wyróżniają się w którejś ze sfer. Mówi się więc o zdolnościach i talentach w obszarach: intelektualnym, twórczym, naukowym, kierunkowym, społecznym, fizycznym, artystycznym oraz mechanicznym. (Borowska, 2009, s. 10-11).

Howard Gardner stworzył w 1983 r. Teorię Wielorakich Inteligencji, która była swego rodzaju rewolucją w myśleniu na temat inteligencji oraz uczenia się. Wcześniej opierano się na testach inteligencji IQ, na podstawie których interpretowano, kto jest „mądry”, a kto nie. H. Gardner przedstawił, iż inteligencja jest dynamiczna i ma wiele płaszczyzn oraz wykracza ponad zwykle testowane i oceniane w nauce zdolności lingwistyczno-logiczne. Wedle założeń tej teorii inteligencja to nie jedna właściwość, która opisuje możliwości ludzi w zakresie ich funkcjonowania intelektualnego, lecz wyróżnić można kilka rodzajów inteligencji (<http://www.przedszkole12-krakow.pl/InteligencjeWielorakie.pdf>).

Wedle teorii inteligencji wielorakich, inteligencja (jako jedna z wielu inteligencji) „jest zdolnością rozwiązywania problemów lub tworzenia produktów, które mają konkretne znaczenie w danym środowisku czy też kontekście kulturowym lub społecznym”. (Gardner 2002, s. 36). Koncepcja inteligencji wielorakich przedstawia wszystkie zdolności rozwiązywania problemów w kontekście ich biologicznego pochodzenia, ale zajmuje się

wyłącznie uniwersalnymi zdolnościami, które cechują ludzi. (Gardner, 2002, s. 36-37). Rodzaje inteligencji wyróżniane w ramach wspomnianej teorii, to:

1. **Inteligencja logiczno – matematyczna**
Odwołuje się do myślenia przyczynowo-skutkowego. Świat percypowany jest tu przez bieg zdarzeń, a także logiczne myślenie oraz twórcze rozwiązywanie trudności. Dzieci posiadające w dużym stopniu rozwiniętą inteligencję tego typu dbają o ład, szczegóły, lubią zagadki, gry matematyczne, eksperymenty i łamigłówki. Ich cechą charakterystyczną jest myślenie abstrakcyjne.
2. **Inteligencja językowa (lingwistyczna/ werbalna)**
To zdolność jasnego wyrażania swych myśli w sposób werbalny. Osoby z tym typem inteligencji mają m.in. „bogate” słownictwo, nie sprawia im trudności formułowanie argumentów, lubią książki, przemówienia publiczne oraz kreatywne pisanie. Łatwo przychodzi im np. zapamiętywanie i notowanie informacji oraz nauka języków obcych.
3. **Inteligencja przyrodnicza (naturalistyczna/ środowiskowa)**
Ważne jest tu poznanie, szanowanie oraz rozumienie przyrody. Osoba posiadająca ten typ inteligencji troszczy się o przyrodę, zwierzęta i rośliny. Rozumie i wyciąga wnioski oraz czerpie dobra ze środowiska naturalnego. Dzieci posiadające w dużej mierze rozwiniętą inteligencję przyrodniczą lubią w sposób aktywny przebywać na świeżym powietrzu, opiekować się zwierzętami, zbierać kwiaty, gałązki, itp.
4. **Inteligencja muzyczna (słuchowa/ rytmiczna)**
Oznacza pojmowanie świata przez dźwięki. Ci, którzy odznaczają się owym rodzajem inteligencji posiadają tzw. „słuch muzyczny”, a więc są wrażliwi na dźwięki. Ważne są dla nich muzyka oraz rytm. Potrafią tańczyć, nierzadko śpiewać, odróżniać dźwięk danych instrumentów i odtworzyć melodię, gdy usłyszą ją tylko raz. Mają także zdolności językowe oraz bez trudu uczą się akcentu.
5. **Inteligencja przestrzenna**
Dzięki niej możliwe jest rozumienie świata za pomocą kształtów i wyobrażeń płynących z otoczenia oraz wyobraźni. Ci, którzy mają ten rodzaj inteligencji „myślą obrazami”, a więc ważne są dla nich szczegóły, są wrażliwi na przedmioty, kolory oraz wzory, jakie ich otaczają. Lubią prace plastyczne, puzzle, mapy oraz potrafią w odpowiedni sposób łączyć ze sobą kolory. Nierzadko posługują się wyobraźnią i lubią obrazować zagadnienia (diagramy, schematy, tabele). Dzieci takie, w proces zapamiętywania włączają wszystkie zmysły.
6. **Inteligencja ruchowa (kinestetyczna)**
Dotyczy uczenia się przez działanie, czynności, ruch. Osoby posiadające tę inteligencję lubią taniec i sport. Chętnie przygotowują samodzielnie wykonane prace, np. rzeźby. W ich codziennym funkcjonowaniu duże znaczenie odgrywa język ciała oraz gestykulowanie. Automatycznie umieją wykonywać skomplikowane manewry swym ciałem i przedmiotami. Dzieci takie lubią gry ruchowe, zwłaszcza w grupie. Ponadto cechują się dużym stopniem wrażliwości na dotyk. Szybciej uczą się tego, co zostało wykonane, aniżeli tego, co było tylko omówione.
7. **Inteligencja interpersonalna (społeczna)**
Ma w sobie cechy pozostałych rodzajów inteligencji i w znacznej mierze jest związana z inteligencją emocjonalną. Ważne jest tu rozumienie innych osób oraz empatia, a także umiejętność dostrzegania tego, co różni od siebie ludzi. Osoby ze wspomnianym rodzajem inteligencji lubią spędzać czas wśród ludzi i uczą się poprzez przebywanie w ich towarzystwie. Umieją zarówno słuchać, jak i doradzać. Nie przejawiają trudności w nawiązywaniu relacji z innymi.

8. Inteligencja intrapersonalna (intuicyjna)

Dotyczy wiedzy o samym sobie i umiejętności spoglądania na świat z własnej perspektywy, rozróżniania swych uczuć oraz emocji, co pozwala na samokontrolę. Posiadacze tej inteligencji mają tzw. „mądrość życiową”, intuicję oraz mocne pragnienie działania. Są trochę skryte, a niekiedy wstydlive oraz preferują samodzielną pracę (<http://dziecisawazne.pl/8-inteligencji-wedlug-prof-h-gardnera/>).

9. Inteligencja egzystencjalna

To typ inteligencji, którego Howard Gardner nie dodał do klasyfikacji. Dziecko posiadające tę inteligencję głównie spędza czas na refleksji odnośnie życia, śmierci, jego sensu, itp. (<https://fiskoteka.pl/arttykul/27-typy-inteligencji>).

Jak więc widać, istnieje wiele różnego typu inteligencji. Warto rozpoznawać, którą z nich posiada dziecko, by dzięki temu umiejętnie wzmocnić jego mocne strony i rozwijać jego zainteresowania oraz zdolności.

Identyfikacja i diagnoza uczniów zdolnych

Powszechnie wiadomo, że wszyscy ludzie różnią się od siebie. Każdy ma zarówno swoje słabe, jak i mocne strony. Niestety nie wszyscy potrafią odkrywać i dostrzegać w drugim człowieku to, co w nim dobre i wartościowe. Warto jednak zauważyć, że wszyscy dysponują czymś, co jest niezwykle cenne. Należy więc rozpoznawać, jakie zdolności posiada dziecko, gdyż dzięki temu można wspierać go w rozwijaniu talentów.

Nauczyciel chcąc zacząć pracę z uczniami zdolnymi musi najpierw dokonać ich identyfikacji, a więc rozpoznać, który z uczniów jest zdolny. Na samym początku, najczęściej identyfikuje się uczniów, którzy mieszczą się na dwóch skrajnych biegunach – bycia ponadprzeciętnym i poniżej przeciętnej. Wedle Franza Emanuela Weinerta oraz Michaela R. Waldamanna nie należy jednak mylić identyfikacji z diagnozą, gdyż pierwsza z nich związana jest z rozpoznawaniem kto jest zdolny, lecz nie ma tu głębszej analizy zdolności (Dąbrowska, Dyndor, Foryś, Gałązka, Kolczyńska, Madziara, Pęczek, Sprawka, Wachowicz, 2013, s. 38-39). Można wyróżnić wiele sposobów diagnozy uczniów zdolnych, jednak jak dotąd nie ma unitarnego systemu, dzięki któremu możliwe byłoby ich jednoznaczne rozpoznanie. (Limont, 2005, s. 100). Sposobami identyfikacji mogą być: obserwacja (np. aktywności własnej dziecka), wywiad (np. z uczniem czy rodzicami), testy predyspozycji i zdolności, kwestionariusze, itp., nominacje (np. nauczycieli czy rodziców), wytwory i osiągnięcia (np. prace plastyczne) opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej czy psychologa szkolnego. (<https://www.ore.edu.pl/uczen-zdolny-spe/materialy-do-pobrania/category/88-materialy-edukacyjne-ksztacenia-uczniw-zdolnych?download=1561:ucze-zdolny-w-systemie-edukacji-folder>, s. 4) W tabeli 1. Wymieniono wybrane narzędzia do diagnozy zdolności.

Tab. 1. Wybrane narzędzia do diagnozy zdolności

| Narzędzia przeznaczone do stosowania przez specjalistów | Narzędzia przeznaczone dla nauczycieli |
|---|---|
| Narzędzia do pomiaru inteligencji ogólnej | Zdolności specjalne |
| <ul style="list-style-type: none"> - Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci – WISC – R233, - Test Matryc Ravena, - Test Matryc Ravena w Wersji Standard – forma klasyczna (TMS-K), - Test Matryc Ravena w Wersji Standard – forma Plus (TMS-Plus), - Test Matryc Ravena Wersja Kolorowa (TMK), - Test Matryc Ravena Wersja dla Zaawansowanych (TMZ), - Diagnoza Możliwości Intelktualnych (DMI), - Diagnoza Możliwości Intelktualnych-2 (DMI-2), - Bateria Testów APIS-P(R), - Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia, - Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera, - Test Rozumienia Słów – Wersja dla Zaawansowanych (TRS-Z), - Zestaw Testów Uzdolnień (ZTU), - Test Słów i Test Liczb (WS/ZF-R), - Neutralny Kulturowo Test Inteligencji (CFT 1-R; CFT 20-R; CFT 3), | <ul style="list-style-type: none"> - Skala Postaw Twórczych i Odtwórczych (SPTO): Wersja dla uczniów klas I-II szkoły podstawowej, Wersja dla uczniów klas IV-VI szkoły podstawowej, Wersja dla uczniów szkół gimnazjalnych, Wersja dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, - Test Umiejętności Muzycznych (TUM), - Test Muzycznych Umiejętności Percepcyjnych, - Średnia Miara Słuchu Muzycznego, - Gra edukacyjno-diagnostyczna TalentGame – Tajemnice Aeropolis, |
| | Skale obserwacyjne i arkusze nominacji |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Arkusz Identyfikacji Trzech Składników Talentu, - Narzędzie Rozpoznania w Szkole Podstawowej Eby. Nauczycielski Formularz, - Wskaźnik Eby zachowań znamionujących uzdolnienie. Ogólna lista cech, - Schemat obserwacyjny ogólna, - Test dla rodziców Davida Lewisa, - Nauczycielski kwestionariusz obserwacji umiejętności ucznia Layrocka, - Test do badania poziomu sprawności manualnej i percepcji wzrokowej, - Zestaw kontrolny dla rodziców i nauczycieli „Zdolności dziecka”, - Zestawy kontrolne do rozpoznawania zdolności naukowych, artystycznych, talentu twórczego, talentu językowego, matematycznego, sportowego, przywódczego, - Nauczycielski Formularz Oceny Postawy Twórczej Ucznia, - Arkusz obserwacji dziecka dla nauczycieli i rodziców, - Kwestionariusz obserwacji: Lista kontrolna dla nauczycieli |
| Narzędzia do pomiaru zdolności specjalnych | Narzędzia dla nauczycieli stosowane na świecie |
| <ul style="list-style-type: none"> - Test Językowy Leksykon - Test Zdolności Językowych (TZJ) - Kwestionariusz Twórczego Zachowania (KANH), - Rysunkowy Test Twórczego Myślenia (TCT-DP), - Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINEMO, - Test Rozumienia Emocji (TRE), - Kwestionariusz INTE, - Skala Inteligencji Emocjonalnej – Twarze (SIE-T), - Popularny Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej (PKIE), - Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS) | <ul style="list-style-type: none"> - Torrance Tests of Creative Thinking – Testy Twórczego Myślenia Torrance’a (TTCT), - Profile of Creative Abilities, - Gifted Rating Scales |
| Narzędzia do pomiaru predyspozycji zawodowych | |
| Wielowymiarowy Kwestionariusz Preferencji (WKP) | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Cybis, Drop, Rowiński, Ciecuch, (2013, s. 72-97).

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 1, istnieje wiele narzędzi do diagnozy zdolności u uczniów. W Polsce jednak, nierzadko w praktyce edukacyjnej „mamy do czynienia z diagnozą niesformalizowaną, która wykorzystuje obserwację uczniów, analizę ich aktywności w zakresie pomysłów, wypowiedzi ustnych, prac pisemnych oraz monitorowanie postępów w nauce. Rzadziej wykorzystuje się testy kompetencji i potencjału intelektualnego. Do metod oceny potencjału zaliczają się też rozmowy z rodzicami uczniów,

analiza uczestnictwa wybranych osób w kołach zainteresowań, a także opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej lub psychologa szkolnego. Jednym z systemów identyfikacji uczniów zdolnych jest «selekcja» podczas rekrutacji do klas pierwszych» (Cybis, Drop, Rowiński, Ciecuch, 2013, s. 32).

Rozpoznawanie zdolności powinno zacząć się jak najwcześniej, w okresie wychowania w przedszkolu oraz być podtrzymywane w czasie nauki w szkole, aż do obrania kierunku kształcenia do zawodu. Wczesna identyfikacja osób zdolnych związana jest z przyglądaniem się temu, jak zachowują się małe dzieci. Obserwację taką prowadzą głównie osoby z najbliższego środowiska młodego człowieka (rodzice, wychowawcy, nauczyciele). (Limont, 2005, s. 101). Widać więc, jak ważna już od pierwszych chwil życia w diagnozowaniu uzdolnień dziecka jest rodzina.

Współpraca nauczycieli i rodziców szansą na odpowiednie wsparcie ucznia zdolnego

Powszechnie wiadomo, że dziecko w wieku szkolnym oprócz przebywania w domu rodzinnym, znaczną część dnia poświęca nauce w szkole. Tak więc rodzina i szkoła są dla niego istotnymi środowiskami, w których wzrasta i dojrzewa do pełni człowieczeństwa.

Można postawić więc pytanie, kto jest w większym stopniu odpowiedzialny za wspieranie rozwoju ucznia zdolnego – nauczyciele czy rodzice? Otóż, odpowiedź, która nasuwa się na to pytanie to ta, iż odpowiedzialność ponoszą w tym zakresie zarówno nauczyciele jak i rodzice. Ci pierwsi jednakże powinni być profesjonalnie przygotowani. Nierzadko mogą również obserwować dziecko przez dłuższy czas aniżeli jego rodzice. Sytuacja taka ma miejsce szczególnie w początkowych latach uczęszczania dziecka do szkoły (gdy jest ono w przedszkolu oraz klasach I-III). Rodzice natomiast nie posiadają specjalistycznej wiedzy teoretycznej, a w wychowaniu kierują się przeważnie intuicją, znanymi sobie modelami wychowania, spełniają także osobiste ambicje i dążenia, nierzadko marzenia, których sami nie byli w stanie zrealizować. Mogą jednak obserwować dziecko od początku jego życia i spędzają z nim czas w rozmaitych sytuacjach, co sprawia, że wiele o nim wiedzą. Tak więc, odpowiedzialność za wsparcie dziecka zdolnego ponosi zarówno szkoła jak i rodzina, lecz owa odpowiedzialność nie jest taka sama. Obie strony bowiem odpowiadają za różne sfery wpływu na ucznia i są specjalistami w różnych obszarach wspierania go. (Taraszkiewicz, 2011, s. 16)

Wyróżnić można pięć typów rodziców uczniów zdolnych:

1. megaloman – to rodzic wychowujący dziecko w przekonaniu o swojej niezwykłości. Nierzadko także jest utalentowany, osiąga sukcesy w zawodzie. Co ciekawe, wymaga od dziecka osiągnięć, a za porażki oskarża szkołę. Usiłuje wymusić indywidualny program nauki dla dziecka lub wcześniejsze skończenie szkoły. Warto, by podczas rozmowy ze wspomnianym rodzicem brał także udział pedagog szkolny, który ustali podłoże nieadekwatnych osiągnięć dziecka albo zaproponuje kilka możliwości zaktywizowania jego intelektu.
2. wątpiący – to rodzic, który nie ma przekonania, że istnieje realna wartość talentu, jaki posiada jego dziecko. Szczególnie ma to miejsce, gdy talent ten nie jest w dużym stopniu użyteczny w codzienności, np. gdy chodzi o wybitne uzdolnienia w dziedzinie matematyki. Pomimo tego, że dziecko ma osiągnięcia (np. wygrywa konkursy), rodzic sądzi, że nie ma sensu inwestować w to, by doskonalić jego zdolności. Podczas rozmowy z takim rodzicem można na początek zaprezentować owoce pracy dziecka, przedstawić funkcje jego umiejętności oraz podkreślić, jak niezwykle jest to talent.
3. wieczny marzyciel – oznacza rodzica, który stara się przerzucić na dziecko marzenia, jakich sam nie zdołał spełnić. Uważa, że dziecko posiada całkiem odmienne umiejętności, aniżeli te, które realnie ma. Pragnie (wręcz przymusza je),

- by uczestniczyło w dodatkowych zajęciach czy wybrało określone lekcje, które będą realizowane w stopniu rozszerzonym. W tym przypadku powinno się perswadować takiemu rodzicowi, iż jego dziecko posiada talent w innej dyscyplinie i to ono powinno zdecydować, jaką ścieżkę w życiu wybierze.
4. trener – to rodzic, który jest przeświadczony, że jego dziecko jest wszechstronnie uzdolnione. Nakłania go (a wręcz przymusza), by brało udział w licznych konkursach. Oczekuje, że będzie zdobywać najwyższe oceny prawie z każdego przedmiotu. W rozmowie z takim rodzicem istotne wydaje się uzmysłowienie mu, iż rozdrabnianie talentu skutkować może tym, że realna wiedza będzie pobieżna i niewykluczone, że może okazać się dostateczna, by uzyskiwać dobre oceny, lecz w porównaniu do umiejętności pozostałych uczniów zdolnych, stosunkowo słaba.
 5. szkolny gnostyk – odnosi się do rodzica uznającego szkołę za środowisko niezbędne, aczkolwiek nieprzyjazne dla dziecka. Sądzi, że wyłącznie on oraz instytucje pozaszkolne są w stanie pozytywnie stymulować wrodzone zdolności, jakie ono posiada. Nie przekazuje szkole wiadomości na temat zainteresowań czy osiągnięć ucznia. Nierzadko przyczyną wspomnianej sytuacji jest obojętność albo nieposiadanie zaufania względem szkoły. W trakcie rozmowy z takim rodzicem należałoby zaznajomić go z propozycją dodatkowych zajęć, które oferuje szkoła i przekonywać go, iż należy łączyć starania, by istotnie zwiększyć rozwijanie talentu oraz promować sukcesy dziecka. (Gałązka, Muzioł, 2014, s. 118)

Można wyróżnić kilka ogólnych zaleceń, w jaki sposób należy wspierać dzieci zdolne w ich rozwoju. Istotne jest podejmowanie starań, aby zharmonizować ich rozwój. Zasadnicze znaczenie ma to, by zarówno rozwój społeczny, jak i emocjonalny dziecka przebiegały na podobnym poziomie do rozwoju intelektualno-poznawczego. Ważne więc, by mogło ono spędzać czas z rówieśnikami i rozwiązywać problemy z tym związane, dzięki czemu odbywa cenny trening społeczny. Istotne jest także kształtowanie umiejętności twórczego myślenia u dziecka oraz dbanie o to, by już od pierwszych lat nauki w szkole miało ono zwyczaj systematyczności w swej pracy. Tak więc trafnym pomysłem jest rozwijanie pozaszkolnych pasji ucznia, dzięki którym zda on sobie sprawę, jakie zalety wynikają z regularności w ćwiczeniach. Istnieje wiele rodzajów zajęć, w których kluczowym elementem jest systematyczna praca (np. gra na instrumencie czy uprawianie sportu), lecz niezmiernie istotne, by dziecko chciało podejmować się tych zadań. Nie należy zmuszać go do określonych działań, które uważa się dla niego za słuszne. Ważne jest też, by dawać dziecku możliwość, aby zaspokajało swoją ciekawość poznawczą. Zarówno nauczyciele, jak i rodzice powinni towarzyszyć dziecku w poznawaniu świata, udzielać wskazówek, w jaki sposób zdobywać wiedzę odnośnie danych zagadnień, analizować je wraz z nim, biorąc pod uwagę jego możliwości oraz potrzeby. Niezmiernie istotny jest tu także własny przykład i hobby nauczycieli oraz rodziców, które również mogą przyczyniać się do rozwoju zainteresowań dziecka. (Ratz-Hernik, 2012)

Wsparcie dziecka zdolnego ze strony rodziców

Jak już zostało wspomniane, duże znaczenie dla wsparcia ucznia zdolnego mają jego rodzice. To oni odgrywają istotną rolę w rozwoju zdolności swego dziecka. Mogą bowiem najwcześniej dostrzec, iż w inteligentny sposób obserwuje ono świat, jest energiczne, ciekawe, ma dobrą pamięć i koncentrację. Nie mogą jednak zostawić młodego człowieka bez wsparcia, lecz powinni pomagać mu rozwijać jego talent. Ważne jest, by nie zapominać, iż jest to dziecko i tak jak pozostałe dzieci posiada potrzeby, które należy zaspokoić (np. potrzeba miłości, przynależności oraz akceptacji). Dzięki temu uczeń będzie mógł z przyjemnością rozwijać swój talent. (Borowska, 2009, s. 15). Dziecko zdolne „pracuje

inaczej, nie lubi stereotypów. Potrzebuje zatem innych zadań i propozycji w realizacji swoich zainteresowań. Dlatego decydujące jest wnikliwe rozpoznanie potrzeb uczniów nie tylko przez nauczycieli, ale także rodziców” (Kiedewicz-Nappi, 2005, s. 312). Powinni więc oni w odpowiedni sposób rozpoznawać i zaspokajać potrzeby dziecka. Ważne jest, by potrafili stworzyć mu dom pełen ciepła, miłości i życzliwości, aby tym samym przyczynić się do prawidłowego rozwoju młodego człowieka.

Dzieci przychodzą na świat „z potencjałem do rozwoju. Bardzo dużo zależy od tego, w jaki sposób potencjał ten zostanie rozpoznany i rozwinięty. Uczni są zgodni, że około połowa zdolności dzieci do uczenia rozwija się do 5. roku życia, a następne 30 procent – do 8. roku życia. Oznacza to, że najważniejszymi nauczycielami dziecka są jego rodzice, w największym stopniu oddziaływający na jego rozwój w pierwszych latach życia. Dopiero później pojawiają się nauczyciele i przejmują edukację młodego człowieka. Powinni oni mieć odpowiednie przygotowanie, aby rozpoznać i umiejętnie rozwinać uzdolnienia dziecka, pomóc mu poznawać te zagadnienia, którymi się autentycznie interesuje, towarzyszyć mu w odkrywaniu świata, dyskretnie nim sterując“ (<http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/89/plik/ot-577.pdf>, s. 3). Widać więc, że rodzice są osobami, które towarzyszą dziecku wtedy, gdy najbardziej dynamicznie rozwijają się u niego zdolności. Dopiero później do grona osób, które mogą wpływać na jego edukację dołączają nauczyciele. Rodzice są więc pierwszymi i niezmiernie ważnymi nauczycielami młodego człowieka.

Matka i ojciec powinni zatroszczyć się o właściwe wychowanie dziecka. Powinno ono „polegać wyłącznie na zapewnieniu dziecku otoczenia umożliwiającego mu zbieranie doświadczeń, dzięki którym jak najwięcej istniejących w mózgu połączeń zostanie zachowanych. Musi to być środowisko, w którym odkrywanie, badanie i poznawanie otaczającej rzeczywistości przynosi dziecku radość. Tylko wtedy zdoła ono zachować wrodzoną potrzebę odkrywania i kształtowania świata, swoją otwartość i zdolność nawiązywania kontaktów. Nie utraci zafascynowania bogactwem zmysłowych doświadczeń i zachowa radość życia oraz zdolność kochania” (Hüther, Hauser, 2014, s. 99). Tak więc, bardzo ważne jest, by zapewnić młodemu człowiekowi odpowiednią atmosferę, w której będzie mógł odkrywać świat i rozwijać swoje zdolności.

Bywa tak, że dziecko posiadające ponadprzeciętne zdolności nie odnosi tak dużych sukcesów. Przyczyn takiego stanu rzeczy można dopatrywać się m.in. w sposobach wychowania, funkcjonowaniu w środowisku szkolnym i rodzinnym. Nierzadko rodzice nie mając tego świadomości mogą gasić i dewastować umiejętności swych zdolnych dzieci. Przeważająca część osób pragnie być rodzicami „normalnego”, przeciętnego, nie sprawiającego trudności dziecka. Rezultatem tychże działań jest zablokowanie dociekliwości i chęci rozwiązywania trudności u dziecka, które nie potrafi zaprezentować swej wiedzy. Bywa niekiedy również tak, że rodzice, m.in. pragną przyspieszyć rozwój swego dziecka i przemęczają go. Może także ono stawać się uzależnione od pochlebstw. W dalszych latach życia dziecku może być trudno przebywać wśród rówieśników, gdyż pragnie on przewagi oraz rywalizacji. Z badań wynika, iż wielu uczniów, którzy nie radzą sobie z nauką (ok. 64%) posiada wysoką inteligencję, dużą ciekawość oraz różnego rodzaju pasje. Skutkiem nieprawidłowego nauczania i wychowania u starszych dzieci może być sięgnięcie po różnego rodzaju używki i wchodzenie w nieformalne grupy młodzieżowe. (http://www.sp247.pl/pdf/mgr_Ewa_Mazur/dzieci_zdolne.pdf).

Wskazano już, jak dużą rolę w rozwoju zdolności u zdolnego dziecka odgrywają rodzice. Wspomniano również, iż niezmiernie ważne jest wsparcie tychże uczniów ze strony rodziny. Warto więc przedstawić formy wsparcia dzieci zdolnych w środowisku rodzinnym. Otóż w literaturze przedmiotu wymieniane są różnego rodzaju sposoby wspierania uczniów zdolnych przez rodzinę. Są to głównie wskazówki kierowane do rodziców.

Na jednej ze stron internetowych Anita Janeczek-Romanowska wymienia, jak powinni zachowywać się rodzice uczniów zdolnych, aby wspierać swe dzieci w rozwoju, a także czego powinni unikać. Najważniejsze jest w tym przypadku wsparcie. Nie chodzi jedynie o wsparcie emocjonalne, lecz także informacyjne, które polega na tłumaczeniu wymagań stawianych ze strony otoczenia. Kolejny ważny element to akceptacja dla kreatywnych pomysłów dziecka, gdyż dzięki temu będzie ono przekonane, że ma oparcie w rodzinie, co służyć będzie przystępowaniu przez niego do nowych zadań. Rodzice powinni zachęcać dzieci do aktywności, do tego by pytało i próbowało znajdować odpowiedzi na zadawane pytania. Ważny jest w tym względzie przykład zachowania rodzica. Może on proponować, w jaki sposób spędzać czas, ale i samemu pokazywać, że spędza go w interesujący sposób. Telewizję zastąpić można czytaniem gazet, a zamiast spędzać czas przed komputerem – zagrać w grę planszową. Wymagania w stosunku do dziecka powinny być odpowiednio dobrane do jego możliwości oraz potrzeb. Unikać należy zarówno zbyt wygórowanych, jak i za małych wymagań. Rodzic nie powinien zmuszać dziecka i usiłować, by przyspieszyć jego rozwój czy naukę, np. zapisując je na wiele dodatkowych zajęć. Istotne wydaje się wzmacnianie emocjonalnej odporności dziecka poprzez wskazywanie mu, w jaki sposób należy radzić sobie z problemami, stresem oraz uczenie go jak powinien odpoczywać. Ważne jest także, by zachęcać dziecko do współpracy oraz otwartości na to, co mają do powiedzenia inni ludzie. Jednym z głównych zadań rodzica jest jednak docenianie. Należy pamiętać, że dziecko zdolne także zasługuje na to, by je chwalić. Nie można stwierdzić, że jego sukcesy są czymś naturalnym i nie warto zwracać na nie uwagi. (http://www.dziecirosna.pl/szkola/szkola_podstawowa/jak_byc_dobrym_rodzicem_i_nauczycielem_dla_zdolnego_dziecka.html).

Pojawiają się jednak także inne pomysły w kwestii tego, co mogą zrobić rodzice dla swych zdolnych dzieci. Między innymi warto, by spędzali oni ze swoimi dziećmi czas prowadząc dialog, wspólnie się bawiąc, realizując pasje czy wychodząc na spacer. Prace oraz pomysły młodego człowieka powinny być zauważane przez rodziców. Warto, by wyrażali oni akceptację, a w sytuacji, gdy nie mogą tego zrobić, warto, aby krytyka jakiej się podejmują była konstruktywna. Istotne jest dawanie dziecku możliwości na posiadanie szerokiego grona znajomych i nie izolowanie go od różnego rodzaju trudności, lecz pomaganie mu w ich rozwiązywaniu. Ważne także, by młody człowiek miał okazję do eksperymentowania i rozwijania zamiłowań. Niekiedy bowiem dopiero po spróbowaniu różnych rzeczy można odnaleźć swą pasję. Rodzice powinni uczyć dziecko przebywania z ludźmi, zredukować egoizm i agresję oraz wspierać psychicznie, a także uczyć, w jaki sposób można poradzić sobie z przeciwieństwami. (Ratz-Hernik, 2012) Nawet zdolni uczniowie niekiedy tracą swój czas poświęcony na uczenie się, m.in. czytając czy notując w nieodpowiedni sposób, a jak już zostało wcześniej wspomniane, w nauce ważna jest systematyczność, tak więc warto, by dziecko uczyło się regularnie. (Zimmerman, Bonner, Kovach, 2008, s. 119). Należy zatem, aby rodzic zachęcał je do tejże praktyki.

Współcześnie, istnieje wiele możliwości wsparcia dziecka w rozwoju poprzez dodatkowe zajęcia czy korepetycje. Rodzice korzystają niekiedy z takich form organizowania czasu dzieciom. Z reguły ich troska jest cenną i pomocną. Bywa jednak tak, że rodzice tracą umiar i zapisują dziecko na zbyt wiele zajęć, co nie jest dla niego wsparciem, lecz obciążeniem. Tak więc ważne, by dziecko zdolne również miało możliwość na chwilę nudy. Wiedząc, jak dziecko zagospodarowuje swój czas wolny, w jaki sposób się nudzi, rodzice i nauczyciele mogą zauważyć, jakiego wsparcia im potrzeba. Niekiedy jednak młody człowiek ma potrzebę, by wskazać mu, czym mógłby się zainteresować. Ważne jest także, by dziecko mogło doświadczać samodzielności. (Braun, Mach, 2012, s. 30-34)

W jednej z publikacji powstałej w latach 80-tych ubiegłego wieku, która w głównej mierze została skierowana do rodziców, o czym świadczy już sam jej tytuł „Jak wychować zdolne

dziecko”, odnaleźć można słowa: „Twoje dziecko urodziło się, aby być geniuszem. To, czy jego wrodzony potencjał zostanie urzeczywistniony, będzie zależało od ciebie. Dostrzeżenie prawdziwego potencjału twojego dziecka będzie pierwszym, znaczącym krokiem w kierunku jego urzeczywistnienia. Dostarczenie dziecku środowiska, które umożliwi rozwój jego potencjału i zrealizowanie wybitnej inteligencji, zdolności twórczych i społecznych, jest zarówno wyzwaniem, jak i nagrodą za bycie utalentowanymi rodzicami”. (Lewis, 1988, s. 220). Tak więc już od wielu lat w literaturze przedmiotu widnieją słowa świadczące o tym, jak ważni dla dziecka zdolnego są rodzice. Warto o tym pamiętać i uświadamiać sobie rolę, którą pełni rodzina w wychowaniu dziecka.

ZAMIAST ZAKOŃCZENIA

Rodzina jest podstawowym środowiskiem wychowania dziecka. Jej poprawne funkcjonowanie przyczynia się do właściwego rozwoju każdego z jej członków. Rodzice odrywają dużą rolę już w samym rozpoznaniu zdolności dziecka, gdyż mogą jako pierwsi zauważyć u niego ponadprzeciętne cechy. Matka i ojciec są osobami, których wsparcie w rozwoju zdolności u dziecka ma niemałe znaczenie. Ważne jest, by w odpowiedni sposób rozpoznawali i zaspokajali potrzeby młodego człowieka oraz zapewniali mu optymalne warunki do prawidłowego wzrastania.

Wiedza, iż posiada się w domu uzdolnione dziecko nie powinna przerażać rodzica lub uprawniać go do tego, by sądził, iż nie należy takiemu dziecku pomagać. Wręcz przeciwnie, powinna być to iskra, dzięki której rodzic będzie chciał jeszcze uważniej przyjrzeć się swojemu dziecku i starać się wspierać go w rozwiązywaniu trudności, jakie go spotykają oraz wspólnie z nim cieszyć się z sukcesów, które osiąga. Niezwykle ważne jest, by rodzice znajdowali czas na spędzanie go z dzieckiem. W dzisiejszym świecie, gdzie nierzadko zarówno matka jak i ojciec pracują zawodowo może wydawać się to niełatwym zadaniem. Wspólne przebywanie młodego człowieka z rodzicami jest jednak bardzo istotne. Warto zachęcać dziecko do aktywności i twórczości oraz do tego, by z przyjemnością odkrywało świat. Jak wiadomo, bardzo ważne jest, by rodzic był dla dziecka przykładem oraz by umiejętnie dostosowywał wymagania do dziecka, biorąc pod uwagę jego wiek i możliwości. Rodzina powinna ponadto udzielać dziecku pochwał i cieszyć się wraz z nim z sukcesów, ale wspierać również w chwilach niepowodzeń. Warto też, by zapewniać dziecku możliwość kontaktu z rówieśnikami, uczyć go systematyczności i dawać okazję do bycia samodzielnym. Zapisując dziecko na dodatkowe zajęcia powinno się uwzględniać jego chęci i indywidualne predyspozycje oraz to, by nie obciążać go nadmiernie dodatkowymi zajęciami.

Jak więc widać, w literaturze przedmiotu wymienianych jest wiele sposobów i wskazówek dla rodziców odnośnie tego, jak powinni oni postępować, by odpowiednio wspierać swoje zdolne dziecko. W niniejszym artykule opisano jedynie wybrane z nich. Warto pamiętać, by wspierając dziecko być świadomym, że każde dziecko jest inne, ma własne, indywidualne potrzeby, możliwości i predyspozycje. Rodzice są bardzo ważnymi osobami dla swoich dzieci i już od pierwszych chwil życia odgrywają istotną rolę w rozwoju zainteresowań dzieci. Temat dotyczący wsparcia uczniów zdolnych przez rodziców jest więc niezmiernie interesujący i istotny. Warto poruszać tego rodzaju problematykę, gdyż dzięki temu być może uda się przekazać rodzicom cenną wiedzę na temat uczniów zdolnych oraz możliwości ich wsparcia w środowisku rodzinnym.

LITERATURA

Borowska, A. (2009). Czy moje dziecko jest zdolne? Kielce: Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.

Braun, M., Mach, M. (2012). Jak pracować ze zdolnymi? Poradnik dla nauczycieli i rodziców Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji. http://www.bc.ore.edu.pl/Content/261/jak_pracowac_ze_zdolnymi_m_braun_m_mach.pdf (dostęp: 15.08.2016 r.).

Chrzanowska, I. (2015). Pedagogika specjalna: od tradycji do współczesności. Kraków: Impuls.

Cybis, N., Drop, E., Rowiński, T., Ciecuch J. (2013). Uczeń zdolny – analiza dostępnych narzędzi diagnostycznych, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Dąbrowska, T., Dyndor, L., Foryś, M., Gałązka, K., Kolczyńska, E., Madziara, A., Pęczek, K., Sprawka, E., Wachowicz, E. (2013). Model pracy z uczniem zdolnym w gimnazjum. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Dragan, A. (2010) Pomoc państwa i instytucji pozarządowych dla dzieci zdolnych. Warszawa: Kancelaria Senatu. <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/89/plik/ot-577.pdf> (dostęp: 15.08.2016 r.)

Gałązka, K., Muzioł, E.A. (2014). Model pracy z uczniem zdolnym w szkole ponadgimnazjalnej. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji. http://www.edu.bydgoszcz.pl/pages/download/zal_00000940_01_001.pdf (dostęp: 9.08.2016 r.).

Gardner, H. (2002). Inteligencje wielorakie. Teoria w praktyce. Poznań: Media Rodzina.

Hünter, G., Hauser, U. (2014). Wszystkie dzieci są zdolne. Jak marnujemy wrodzone talenty. Słupsk: Dobra Literatura.

Janeczek-Romanowska, A. Jak być dobrym rodzicem i nauczycielem dla zdolnego dziecka? http://www.dziecirosna.pl/szkola/szkola_podstawowa/jak_byc_dobrym_rodzicem_i_nauczyciel_dla_zdolnego_dziecka.html (dostęp: 9.08.2016 r.).

Kiedewicz-Nappi, H. (2005). Zaspokajanie potrzeb uczniów szczególnie uzdolnionych. w: Teoria i praktyka edukacji uczniów zdolnych. red. Limont, W. Kraków: Impuls. s. 309-313.

Lewis, D. (1988). Jak wychować zdolne dziecko. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Limont, W. (2005). Uczeń zdolny. Jak go rozpoznać i jak z nim pracować. Gdańsk: GWP.

Limont, W. (2007). „Stań na ramionach gigantów”, czyli uczeń zdolny jako problem wychowawczy. w: Wychowanie. Pojęcia. Procesy. Konteksty. Interdyscyplinarne ujęcie, t. 3, red. Dudzikowa, M., Czerepaniak-Walczak, M. Gdańsk: GWP. s. 109-127.

Mazur, E. Dziecko zdolne. http://www.sp247.pl/pdf/mgr_Ewa_Mazur/dzieci_zdolne.pdf (dostęp: 13.08.2016 r.).

Ratz–Hernik, M. (2012). Dlaczego dzieci zdolne są dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych? <http://zpppblonie.pl/2012/03/dlaczego-dzieci-zdolne-sa-dziecmi-o-specjalnych-potrzebach-edukacyjnych/> (dostęp: 10.08.2016 r.).

Szustakiewicz, M., Inteligencje wielorakie wg Howarda Gardniera. <http://www.przedszkole12-krakow.pl/InteligencjeWielorakie.pdf> (dostęp: 22.05.2016 r.).

Taraszkiewicz, M. (2011). Współpraca szkoły i rodziców na rzecz dziecka zdolnego. „Trendy“ nr 3. s. 15-24. http://www.ko.poznan.pl/pub/ftp/kazdy_jest_wychowawca/Trendy_nr3_2011_MTaraszkiewicz.pdf (dostęp: 11.08.2016 r.).

Typy inteligencji. 8 inteligencji według prof. Gardnera. <http://dziecisawazne.pl/8-inteligencji-wedlug-prof-h-gardnera/> (dostęp: 22.05.2016 r.).

Typy inteligencji. <https://fiskoteka.pl/arttykul/27-typy-inteligencji> (dostęp: 23.05.2016 r.).

Uczeń zdolny w systemie edukacji. bmw. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ośrodek Rozwoju Edukacji. <https://www.ore.edu.pl/uczen-zdolny-spe/materialy-do-pobrania/category/88-materiay-edukacyjne-ksztacenia-uczniw-zdolnych?download=1561:ucze-zdolny-w-systemie-edukacji-folder> (dostęp: 15.08.2016 r.).

Wybrane definicje zdolności, uzdolnień, talentów. <http://www.ore.edu.pl/uczen-zdolny/4275-definicje-zdolnosci-uzdolnien-i-talentow> (dostęp: 21.05.2016 r.).

Zimmerman, B.J., Bonner, S., Kovach, R. (2008). Zdolny uczeń. Metody planowania samodzielnej nauki, Gdańsk: GWP.

KONTAKT

Magdalena Gadamska, mgr

Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Rzeszowski

ul. ks. J. Jałowego 24, 35-959 Rzeszów

e-mail: gadamska.magdalena@gmail.com

NIEPOMYŚLNA DIAGNOZA- ROLA RODZICÓW WE WSPIERANIU ROZWOJU DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

UNSUCCESSFUL DIAGNOSIS- THE ROLE OF PARENTS IN SUPPORTING THE DEVELOPMENT OF A CHILD WITH A DISABILITY

Iwona Karnas

Streszczenie: Przyjście na świat dziecka z niepełnosprawnością jest dla jego rodziców i najbliższej rodziny ciężkim przeżyciem, z którym muszą niestety się zmierzyć. Sytuacja każdej rodziny, w której zdiagnozowano u dziecka niepełnosprawność jest wyjątkowa i niepowtarzalna. W związku z tym, to na rodzicach dziecka z dysfunkcjami spoczywa ogromny ciężar wychowania i opieki. Dla rodzin zmagających się z niepełnosprawnością dziecka sprawą problematyczną staje się nie tylko wkład finansowy, dezorganizacja dotychczasowego życia, ale przede wszystkim wybór odpowiednich metod pracy, rehabilitacji, specjalistów oraz innych form wsparcia rozwoju dziecka. Ważne jest zatem, aby jak najszybciej poinformować rodziców o możliwości skorzystania ze wsparcia instytucjonalnego i pozainstytucjonalnego, a także pokazać im metody pracy z dzieckiem, sposoby nawiązywania z nim kontaktu, aby dziecko jak najlepiej mogło funkcjonować w rodzinie i społeczeństwie.

Słowa kluczowe: diagnoza, rodzina, dziecko, uczeń, niepełnosprawność, wsparcie.

Abstrakt: The birth of a child with a disability is for his parents and immediate family difficult experience, which, unfortunately, have to face. The situation of each family, where the child was diagnosed with a disability is unique and unrepeatably. Therefore, it is with the parents of a child with disabilities lies a huge burden of education and care. For families struggling with child's disability problematic becomes not only a financial contribution, disorganization past life, but above all the choice of appropriate methods of work, rehabilitation specialists and other forms of support the child's development. It is important, therefore, that as soon as possible to inform parents about the possibility of support from the institutional and outside the institutional and show them how to work with your child, ways to establish contact with him, that the child how best to function in the family and society.

Keywords: diagnosis, family, child, student, disability, support.

WPROWADZENIE

Obserwując współczesny świat można dostrzec, iż coraz częściej przychodzą na niego dzieci o zagrożonym rozwoju, chore bądź niepełnosprawne. Wielość zagrożeń współczesnego świata, skutki cywilizacyjne o negatywnym zabarwieniu, a jednocześnie liczne osiągnięcia w zakresie medycyny, techniki, genetyki, przyczyniają się do ratowania życia i zdrowia ale i również do poszerzenia liczby osób chorych i niepełnosprawnych, w tym przede wszystkim dzieci. Często pomimo tego, że udają się podtrzymać ciążę, czy uratować dziecko podczas porodu, później jednak okazuje się, że będzie ono niepełnosprawne i będzie wymagało dużej uwagi ze strony rodziców. Pojawienie się w rodzinie dziecka z niepełnosprawnością stwarza dla jego najbliższych sytuację trudną, z którą rodzina będzie musiała się zmierzyć i pogodzić, aby móc dalej funkcjonować i przede wszystkim, prawidłowo zajmować się niepełnosprawnym dzieckiem, gdyż to na rodzicach spoczywa odpowiedzialność za dalsze jego losy.

Rola rodziców jest niezmiernie istotna w procesie rozwoju dziecka w tym przede wszystkim z niepełnosprawnością, dlatego bardzo ważne jest jak najszybsze podjęcie kroków w celu jego wspierania. Im wcześniej wykryte zaburzenia, im szybciej podjęta rehabilitacja tym, większe szanse na lepsze funkcjonowanie dziecka w środowisku.

Często brak dostatecznych informacji o chorobie dziecka, brak odpowiedniego wsparcia rodziców i zbyt długo trwający szok, okres buntu i przystosowania się do niepełnosprawności dziecka, prowadzi do opóźnienia w podjęciu racjonalnej decyzji dotyczącej leczenia i rehabilitacji dziecka, a co działa na jego niekorzyść. Za tym, ważne jest aby takie rodziny nie pozostawały bez należytego wsparcia ze strony specjalistów, państwa i lokalnej społeczności²⁰.

Przeżycia emocjonalne rodziców po uzyskaniu informacji o niepomysłnej diagnozie dziecka

Przyjście na świat dziecka to moment bardzo ważny w życiu rodziców. To sytuacja, do której rodzice przygotowują się podczas ciąży, a często nawet jeszcze przed nią. Często oczekując nowego członka rodziny z niecierpliwością, zastanawiają się do kogo z rodziny będzie podobne, kim zostanie jak dorośnie, równie często towarzyszą temu obawy, jak sobie poradzą w roli rodziców. Jednakże, niezależnie od tego, z jakimi uczuciami oczekuje się na dziecko, rzadko kiedy myśli się o tym, że może urodzić się zagrożone bądź obciążone niepełnosprawnością. Obawy te nie są obce jedynie u rodziców, u których problem niepełnosprawności dziecka już istnieje (np. niepełnosprawność występuje u starszych dzieci) bądź wówczas, gdy ciąża czy poród przebiegają z dużymi komplikacjami. W tym przypadku czy w innych, jednak zazwyczaj wszyscy do końca wierzą, że dziecko urodzi się zdrowe, pełnosprawne i nie będzie stwarzać większych trosk niż inne dzieci²¹. Jednakże czasami te nadzieje zostają utracone, gdy rodzice po raz pierwszy dowiadują się, że ich dziecko będzie niewidome, niesłyszące czy będzie miało jakieś inne schorzenie, doznają szoku emocjonalnego. W momencie otrzymania diagnozy o niepełnosprawności dziecka wszelkie plany i marzenia zostają zachwiane bądź zniweczone. Nie przeżywają więc szczęścia i euforii spowodowanej przyjściem na świat ich dziecka, tylko złość, smutek i żal²².

²⁰ J. Miluska, *Spoleczny obraz osób niepełnosprawnych i jego uwarunkowania*, [w:] *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju*, (red.) H. Liberska, Warszawa 2011, s. 17.

²¹ *Wczesne wspomaganie. Wsparcie psychologiczno-pedagogiczne*, Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego Kraków 2009, http://www.firr.org.pl/uploads/PUB/wsparcie_psychologiczno-pedagogiczne.pdf, [dostęp: 8.08.2016 r.]

²² E. Wawrowska, *W rodzinie niewidomego dziecka*, [w:] *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju*, (red.) H. Liberska, Warszawa 2011 r., s. 120.

Wszyscy rodzice, oczekują zdrowego i w pełni zdolnego do gromadzenia wiadomości i umiejętności małego dziecka, tymczasem okazują się, że będzie niepełnosprawne, że nie będzie miało takich samych możliwości fizycznych czy intelektualnych jak jego rówieśnicy, wszystko to wywołuje u opiekunów bardzo silne emocje, z którymi często nie potrafią sobie poradzić. Dodatkowo przekazywanie przez personel medyczny informacji o diagnozie wyrażane jest często w mało empatyczny i delikatny sposób, co dodatkowo potęguje negatywne odczucia rodziców. Niestety podczas przekazywania rodzicom wiadomości o chorobie, niepełnosprawności dziecka, rzadko kiedy udziela się im w szpitalu lub innej placówce diagnostycznej szczegółowych informacji. Często nie wyjaśnia się dokładnie diagnozy, nie wskazuje się jakie dokładnie kroki podjąć i nie udziela dostatecznego wsparcia psychicznego. Dodatkowo, dla większości rodziców, jest to pierwszy w życiu kontakt z niepełnosprawnością, zatem nie wiedzą i nie rozumieją co oznacza dla ich dziecka postawiona diagnoza, czują się w związku z tym zagubieni i rozbici emocjonalnie²³. Rodzice po uzyskaniu diagnozy przechodzą przez cztery fazy adaptacji do niepełnosprawności dziecka, tj.:

- faza szoku- rodzice nie dowierzają temu co się stało, odpierają od siebie fakt o niepełnosprawności dziecka;
- faza rozpacz – nazywana również jest okresem depresji, rodzice buntują się, pytają – dlaczego to właśnie nas spotkało?, obwiniają się nawzajem doszukując się uwarunkowań genetycznych u któryś ze stron rodziny;
- faza pozornego przystosowania – na tym etapie, wydają się, że rodzice akceptują zaistniałą sytuację, zaczynają podejmować pewne kroki aby pomóc dziecku, jednakże często te działania są nieracjonalne, wierząc w to, że daną sytuację da się zmienić, poszukując cudownego środka który uzdrowi ich dziecko (akupunktura, ziołolecznictwo, bioenergoterapia, itp.);
- faza konstruktywnego przystosowania się – następuje gdy rodzina w pełni akceptuje niepełnosprawność dziecka, przyjmuje go takim jaki jest, ze wszystkimi zaletami i wadami oraz stosuje racjonalne sposoby radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Podejmują właściwe kroki w kierunku wspomagania rozwoju dziecka²⁴.

Każda rodzina w biegu swego funkcjonowania doświadcza rozmaitych trudności. Jednakże, pojawienie się w rodzinie dziecka z niepełnosprawnością stanowi szczególne wyzwanie dla całego systemu rodzinnego. Zatem w jaki sposób rodzina będzie sobie radziła z sytuacją trudną zależy od więzi rodzinnych, cech osobowości poszczególnych jej członków, ich wykształcenia czy umiejętności przystosowawczych. Towarzyszący owej sytuacji długotrwały stres, prowadzi często u członków rodziny do wypalenia sił, chwiejności emocjonalnej, rozdrażnienia, a w związku z tym do częstych kłótni czy depresji. Rodziny takie często mają problemy materialne, jeden z rodziców musi zrezygnować z pracy na rzecz opieki nad dzieckiem, również wizyty u specjalistów, rehabilitacja nie polepszają sytuacji ekonomicznej rodziny. Zaś aby dziecko niepełnosprawne mogło w miarę możliwości funkcjonować w środowisku rodzinnym, szkolnym i w pozostałych środowiskach społecznych, wymaga od najmłodszych lat wspomagania rozwoju, różnego rodzaju terapii, rehabilitacji. W związku z powyższym bardzo ważne jest wsparcie emocjonalne, informacyjne, psychologiczne, specjalistyczne i materialne, zarówno instytucjonalne, jak i pozainstytucjonalne rodziny i dziecka²⁵.

²³ Tamże.

²⁴ D. Ochojska, *Formy wspierania systemu rodzinnego z dzieckiem z niepełnosprawnością*, [w:] *Wsparcie wczesnorozwojowe dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych*, (red.) K. Barłóg, Rzeszów 2015 r., s. 76 – 78.

²⁵ Tamże.

Znaczenie rodziny w rewalidacji, terapii i w całym procesie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka z niepełnosprawnością

Dokonując przeglądu literatury z zakresu pedagogiki czy psychologii, można dostrzec doniesienia, iż pierwsze lata życia dziecka mają szczególne znaczenie dla całego jego rozwoju, dlatego jest niezmiernie ważne, by ten czas został jak najwłaściwiej wykorzystany. Najbliższa rodzina powinna poświęcić go przede wszystkim na tworzeniu takich warunków, by dziecko mogło jak najlepiej wykorzystać swój potencjał rozwojowy. Jeżeli ma ono zdiagnozowaną niepełnosprawność bądź jest nią zagrożone, potrzebne są takie działania, które pomogą mu pokonywać trudności w komunikacji, poznawaniu świata, uczestniczeniu w życiu społecznym i przede wszystkim, osiągnięciu samodzielności w czynnościach codziennych. Dzięki tym wszystkim staraniom, w dużej mierze udaje się zapobiegać negatywnym skutkom niepełnosprawności. Nawet w przypadkach, gdy nie da się całkowicie jej wyeliminować, to jednak można sprawić, aby dziecko funkcjonowało jak najlepiej pomimo istniejących ograniczeń. W przypadku bardzo małego dziecka wspomaganie rozwoju wymaga sporego zaangażowania opiekunów, ponieważ odbywa się ono w toku codziennych czynności, takich jak pielęgnacja, jedzenie, wspólna zabawa czy spacer. Oznacza to, iż nie tylko dziecko, ale również cała rodzina, potrzebuje odpowiedniego wsparcia, które może otrzymać w ramach nurtu wczesnej interwencji, zarówno w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, jak też w specjalistycznych placówkach prowadzonych przez stowarzyszenia działające na rzecz osób z niepełnosprawnością. Owe poradnie zajmują się udzielaniem wielospecjalistycznej pomocy o charakterze psychologicznym, pedagogicznym i logopedycznym, a często także, w zakresie rehabilitacji ruchowej. Dzięki współpracy specjalistów z różnych dziedzin, możliwe jest tworzenie zintegrowanych programów wspomagania rozwoju, dostosowanych do indywidualnych potrzeb dziecka. Kontakt z psychologiem ma duże znaczenie także dla rodziców, gdyż muszą jak najszybciej przezwyciężyć poczucie zagubienia oraz zdobyć doświadczenie, jak radzić sobie w nowej sytuacji życiowej²⁶.

Czasami rozumienie potrzeb rehabilitacyjnych dziecka przez jego rodziców jest słabe, ograniczone tylko do aspektów medycznych. Dążą oni do otrzymania pomocy socjalnej dla dzieci, nie interesując się rehabilitacją psychiczną i pedagogiczną. W tym przypadku, istnieje zatem konieczność, wypracowania form docierania do wszystkich rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi oraz ich aktywizowania. Rodzice prowadzący rehabilitację dziecka w domu, powinni otrzymać od lekarzy oraz psychopedagogów dokładne wskazówki odnośnie postępowania z dzieckiem. Bardzo cenne są również konsultacje zespołu rehabilitacyjnego w domu pacjenta, w obecności rodziców.

Szczególnym zadaniem rodziców jest również, przygotowanie dziecka i środowiska społecznego do jego pobytu w szkole. Czasem rodzice muszą walczyć o dostanie się dziecka do szkoły masowej, gdyż niektóre placówki nie są przygotowane do przyjmowania dzieci z niepełnosprawnością. Czasami również, inni rodzice pragną pozbyć się ze szkoły ucznia wymagającego zwiększonej uwagi i specjalnych umiejętności pedagogicznych, uważając, iż przeszkadza on innym dzieciom i dezorganizuje zajęcia. Zdając sobie sprawę z funkcji rehabilitacyjnej wychowania i nauczania dziecka niepełnosprawnego wśród rówieśników pełnosprawnych, znamy też trudności związane z jego integracją. W związku z tym, rodzice powinni przygotować dziecko do akceptacji i współpracy z kolegami, a także przygotować nauczycieli, przekazując im informacje na temat możliwości ucznia o specjalnych potrzebach edukacyjnych, zachęcając jednocześnie do zrozumienia i serdeczności dla niego z ich strony. Dziecko po pójściu do szkoły powinno być także, otoczone przez klasę pomocą, zwłaszcza w czynnościach, które są dla niego szczególnie trudne. Trudności te są zróżnicowane

²⁶ K. Barłóg, *Teoretyczne uzasadnienia wczesnego wspomagania rozwoju*, [w:] *Wsparcie wczesnorozwojowe dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych*, (red.) K. Barłóg, Rzeszów 2015, s. 33 – 47.

w zależności od rodzaju niepełnosprawności i poziomu zrehabilitowania dziecka. Gotowość dziecka do ich przewycięzania zależna jest w dużym stopniu od rozumnej miłości i umiejętności pedagogicznych rodziców²⁷.

Na prawidłowy rozwój dziecka decydujący wpływ ma również ufna więź pomiędzy nim a rodzicami i postawy jakie najbliżsi prezentują względem niego²⁸.

Niekiedy zdarza się, że rodzice zaniedbują dziecko, nie wspierają należycie rozwoju dziecka i prezentują względem niego negatywne postawy (nie akceptują go takim jakim jest, stawiają mu nadmierne wymagania, odtrącają go, bądź są nadmiernie opiekuńczy, wyręczając go we wszystkim, co niestety, też nie ma dobrego wpływu na jego rozwój). Negatywnym postawą rodzicielskim przeciwstawne są zaś te dobre. Pozytywne postawy sprawiają, że dziecko czuje się potrzebne, akceptowane i kochane, a ponadto rodzice poprzez rozumną swobodę uczą dziecka samodzielności i zaradności na miarę jego możliwości, przez co wspierają jego rozwój. Opiekunowie stają się partnerami dziecka niepełnosprawnego w całym procesie jego chorowania, leczenia i rewalidacji. Można wtedy powiedzieć, iż odpowiedzialność za wyniki leczenia usprawniającego ponoszą rodzice w analogicznym stopniu co lekarze. Rodzice są bowiem kontynuatorami leczenia w warunkach domowych. Jest ono tym cenniejsze, im częściej obok stosowania środków farmaceutycznych oraz leczenia fizykalnego dziecko jest wspierane miłością, zaufaniem i autorytetem rodziców²⁹.

Więź zaufania dziecka do rodziców tworzy się w toku codziennych interakcji, podczas których dziecko czuje się rozumiane, wspierane i akceptowane przez najbliższych. Takie doświadczenia sprawiają, że staje się ono otwarte na kontakty z innymi ludźmi oraz ciekawe świata. Udane interakcje z opiekunami rozwijają przede wszystkim u dziecka, umiejętność komunikowania się z otoczeniem. Jeżeli rodzice potrafią odczytywać sygnały dziecka i odpowiednio na nie reagować, ma ono poczucie, że może skutecznie porozumiewać się z innymi na długo przedtem zanim zacznie mówić. Z dotychczasowej wiedzy pedagogicznej i psychologicznej wynika, że dla tworzenia się kompetencji komunikacyjnych oraz rozwoju ufnej więzi dziecka z rodzicami najważniejsze są pierwsze dwa lata jego życia. W przypadku gdy dzieci rozwijają się nieprawidłowo jest to też czas, w którym rodzice muszą poradzić sobie z własnymi trudnymi uczuciami – lękiem, poczuciem winy i krzywdy, rozpaczą, złością, a nawet depresją, w związku z czym bardzo trudno jest im skupiać się na sygnałach płynących od dziecka. Na dodatek, sygnały te dość często są dla nich niezrozumiałe. O ile prawidłowo rozwijające się niemowlę szybko daje do zrozumienia w czytelny sposób co mu się podoba, a co nie (sygnalizując to ruchami całego ciała, płaczem lub śmiechem, przyspieszonym tempem ssania, czy też znieruchomieniem), o tyle dziecko z problemami rozwojowymi bywa bardzo trudnym partnerem interakcji – jego reakcje są często niejasne i wymagają znacznie większej uwagi ze strony opiekunów. Brak właściwego porozumienia pomiędzy niepełnosprawnym dzieckiem i jego rodzicami utrudnia rozwój wzajemnego zaufania, dlatego czuwanie nad udaną komunikacją oraz budowaniem satysfakcjonujących interakcji jest jednym z istotniejszych zadań psychologa pracującego w systemie wczesnej interwencji. Psycholog powinien z jednej strony wspierać rodziców w radzeniu sobie z trudnymi uczuciami, utrudniającymi im pełne zaangażowanie w kontakty z dzieckiem, zaś z drugiej uczyć ich uważnego obserwowania malucha i jego zachowań³⁰.

²⁷ D. Osik – Chudowska, *Rola rodziców w rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych – słabowidzących*, [w:] *Rodzicielstwo w obliczu niepełnosprawności i zaniedbania*, (red.) J. Brągiel B. Górnicka, Opole 2014, s. 100 - 107.

²⁸ Tamże.

²⁹ Tamże.

³⁰ I. Nawrot, B. Wolnowska, *Rola rodziny w kształtowaniu dziecka niepełnosprawnego*, www.edukator.org.pl, [dostęp: 12.08.2016r.].

Zaakceptowanie trudnego rodzicielstwa nie jest łatwe, jednak następuje szybciej, jeśli rodzice nabierają poczucia, że potrafią zrozumieć swoje niepełnosprawne dziecko. Nawiązywaniu interakcji pomiędzy rodzicem i dzieckiem, powinno odbywać się nawet podczas codziennych sytuacji jak pielęgnacja czy zabawa. Gdy interakcje nie przebiegają pomyślnie warto zwrócić się o pomoc do specjalisty. Podczas wizyty w gabinecie psycholog pomaga opiekunom nadawać właściwe znaczenie zachowaniom malucha i odpowiednio reagować na jego komunikaty. Najlepszym sposobem są wspólne zabawy podczas wizyty u psychologa, terapeuty, ale zdarza się też, że maluch wymaga nakarmienia, przewinięcia czy przebrania. W tym czasie specjalista powinien zachęcać rodziców do tego, by z jego pomocą starali się zrozumieć, czego dziecko w danym momencie oczekuje. Dzięki temu udaje się wyjaśnić zazwyczaj sens wielu zachowań, które budziły wcześniej duży niepokój rodziców, np.: dlaczego dziecko denerwuje się w sytuacjach, które innym dzieciom sprawiają zazwyczaj radość, czy dlaczego nie zwraca uwagi na to, co mu się proponuje itp. Poprawa relacji pomiędzy rodzicami a dzieckiem sprawia, iż często udaje się uniknąć wielu zaburzeń rozwojowych, które są konsekwencją raczej braku ufnej więzi niż samej niepełnosprawności. Można zaliczyć do nich takie zaburzenia zachowania jak: agresja i autoagresja, unikanie kontaktu oraz problemy emocjonalne w postaci lęków bądź dziecięcej depresji³¹.

W środowisku rodzinnym oprócz budowania więzi pomiędzy rodzicami a dzieckiem z niepełnosprawnością, ważne są także, prawidłowe więzi pomiędzy pozostałymi członkami rodziny (np. zdrowym rodzeństwem) a dzieckiem z niepełnosprawnością oraz pomiędzy rodzicami i pozostałymi dziećmi.

Opieka nad dzieckiem z problemami rozwojowymi wymaga zazwyczaj wprowadzenia do życia rodzinnego wielu zmian, z którymi wiążą się różnego rodzaju dylematy, tj. np.: Jak zaspokajać potrzeby niepełnosprawnego dziecka, nie zaniedbując tym samym potrzeb jego zdrowego rodzeństwa?, Kto powinien wziąć na swoje barki główny ciężar utrzymania rodziny?, Jak dzielić się obowiązkami rodzicielskimi? Kogo i w jakim zakresie warto włączyć do pomocy?, itp. Znalezienie właściwych rozwiązań bardzo wzmacnia więzi rodzinne, jednakże gdy się to nie udaje, często dochodzi do wielu komplikacji. Jeśli na przykład jeden z rodziców wyłącznie pracuje, a drugi z nich zajmuje się niepełnosprawnym dzieckiem, więź emocjonalna pomiędzy partnerami może się stopniowo rozluźniać. Każdy z nich czuje się wówczas samotny i nierozumiany, co może stanowić zagrożenie dla spójności owej rodziny³².

Następnie nadmierna koncentracja uwagi na dziecku z problemami rozwojowymi może prowadzić do tego, że pozostałe dzieci w rodzinie czują się zaniedbane i nie kochane. Bywa, że na każdym kroku muszą ustępować choremu bratu bądź siostrze lub ciągle pomagać, a nawet wyręczać rodziców w sprawowaniu opieki nad chorym, niepełnosprawnym rodzeństwem. Taka sytuacja, zamiast rozwijać ich empatię oraz poczucie odpowiedzialności, powoduje wręcz odwrotne skutki, wywołując wrogość wobec najbliższych.

Czasami też, zdrowe dzieci chcąc zwrócić na siebie uwagę, oderwać na chwilę zaabsorbowanych chorym rodzeństwem rodziców, zaczynają stwarzać problemy: skarżą się na różnego rodzaju dolegliwości natury zdrowotnej, przestają się uczyć bądź niewłaściwie zachowują się w przedszkolu czy szkole. W rezultacie i tak już niełatwa sytuacja rodzinna ulega pogorszeniu. W niektórych rodzinach problemy mogą się pojawiać wraz z włączaniem się do pomocy osób, które zamiast rodziców decydują o losach dziecka, a nawet całej rodziny. Z reguły, są to osoby opiekujące się niepełnosprawnym dzieckiem, bądź pomagające materialnie. Rodzice, chociaż czują się wówczas częściowo odciążeni ze swoich obowiązków, czasami tracą jednak kontrolę nad tym, co się dzieje w rodzinie. Podjęcie optymalnych decyzji dotyczących organizacji codziennego życia ma ogromny wpływ na przyszłość, tak więc pomoc psychologiczna może mieć tu duże znaczenie. Rodzice wspólnie z psychologiem

³¹ Tamże.

³² Tamże.

mogą zastanawiać się nad plusami i minusami różnych rozwiązań. Poprzez to, często udaje się uniknąć niekorzystnych skutków decyzji, które na pierwszy rzut oka nie budzą zastrzeżeń. Jeśli na przykład rodzice są przekonani, iż muszą każdą wolną chwilę przeznaczać na rehabilitację dziecka, psycholog zapewne zwróci ich uwagę na to, co stanie się, gdy będą ciągle przemęczeni. Wspólnie z nimi może zastanawiać się nad podziałem obowiązków w domu, dzieleniem uwagi pomiędzy wszystkie dzieci, znajdowaniem czasu na pracę ale i odpoczynek i rekreację, tak aby rodzina funkcjonowała jak najlepiej, gdyż tylko wtedy jest w stanie zapewnić niepełnosprawnemu dziecku właściwe warunki rozwoju. Gdyż, dla kształtowania się prawidłowych relacji w rodzeństwie szczególnie istotne jest nie tylko zauważanie przez rodziców potrzeb zdrowych, pełnosprawnych dzieci, ale także, rozmawianie z nimi o niepełnosprawności ich brata bądź siostry. Opiekunowie potrzebują zazwyczaj emocjonalnego wsparcia w tym zakresie i wiedzy, jak prowadzić takie rozmowy z przedszkolakiem, a jak z nastolatkiem. Poruszanie trudnych tematów połączone z otwartością na pytania, jakie może zadać zdrowe dziecko, są dla niego szczególnie ważne, gdyż z jednej strony rozwijają w nim zaufanie do najbliższych osób, zaś z drugiej strony przygotowują do podjęcia tematu w kontakcie z sąsiadami bądź rówieśnikami pytającymi o niepełnosprawne rodzeństwo.

Problem niepełnosprawności dziecka prędzej czy później wyływa również w kontaktach z dalszą rodziną i zazwyczaj budzi sporo zdziwienia i innych emocji. Nierzadko wzbudza lęk po obydwu stronach czy też, prowadzi do wzajemnego obwiniania się, a wówczas relacje rodzinne mogą zostać zagrożone. Tymczasem rodzina wychowująca niepełnosprawne dziecko bardzo potrzebuje zrozumienia i emocjonalnego wsparcia ze strony najbliższych krewnych, więc często istnieje potrzeba rozmawiania z psychologiem o tym, jak budować bądź naprawiać kontakty rodzinne³³.

PODSUMOWANIE

Na zakończenie warto podkreślić, że chociaż wspomaganie rozwoju małego dziecka z niepełnosprawnością stanowi wyzwanie dla jego bliskich i specjalistów pomagających rodzinie, to jednak może być źródłem ogromnej satysfakcji dla wszystkich osób w to zaangażowanych, a przede wszystkim dawać dziecku radość z poznawania świata, nabywania nowych umiejętności i uczestniczenia w życiu społecznym na miarę swoich możliwości. Diagnoza stanu i sytuacji dziecka musi być punktem wyjścia współpracy rodziców oraz planowania jego przyszłości adekwatnie do możliwości, potrzeb i motywacji wychowanka. Bardzo ważne jest aby zaburzenie, niepełnosprawność dziecka była jak najszybciej zdiagnozowana i aby rodzice starali się jak najwięcej zdobyć informacji o chorobie dziecka i potrafili jak najszybciej podjąć decyzję o leczeniu i rehabilitacji, gdyż poprzez racjonalne podejście do sytuacji, można prawidłowo wspierać rozwój dziecka, umożliwiając mu na miarę jego możliwości godne i szczęśliwe życie, z którego będzie mógł jak najwięcej korzystać.

Ponadto, funkcja rodziny w procesie rehabilitacji dzieci powinna być uwarunkowana częstą współpracą z lekarzem, psychologiem oraz pedagogiem. Pomoc w rehabilitacji medycznej zależy od zorientowania rodziców w zakresie objawów i skutków schorzenia, znajomości rokowania odnośnie do rozwoju dziecka oraz akceptacji metod terapii i rehabilitacji. To z kolei uzależnione jest od zaufania do specjalistów. Współdziałanie z nimi rokuje skuteczne usprawnianie dziecka, jego leczenie, a następnie nauczanie. W związku z tym, bardzo ważne jest, aby rodzice współpracowali ze specjalistami aby wspierać rozwój dziecka, a także oprócz zaoferowaniu mu najlepszej pomocy medycznej i psychologicznej, potrafili stworzyć

³³ Tamże.

mu środowisko w którym panowała by ciepła atmosfera, przepelniona miłością, akceptacją i wzajemną pomocą.

BIBLIOGRAFIA

Barłóg K., *Teoretyczne uzasadnienia wczesnego wspomaganie rozwoju*, [w:] *Wsparcie wczesnorozwojowe dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych*, (red.) Barłóg K., Rzeszów 2015, s. 33 – 47.

Miluska J., *Spoleczny obraz osób niepełnosprawnych i jego uwarunkowania*, [w:] *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju*, (red.) Liberska H., Warszawa 2011, s. 17.

Nawrot I., Wolnowska B., *Rola rodziny w kształtowaniu dziecka niepełnosprawnego*, www.edukator.org.pl, [dostęp: 12.08.2016r.].

Osik – Chudowska D., *Rola rodziców w rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych – słabowidzących*, [w:] *Rodzicielstwo w obliczu niepełnosprawności i zaniedbania*, (red.) Brągiel J. Górnicka B., Opole 2014, s. 100 -107

Wawrowska E., *W rodzinie niewidomego dziecka*, [w:] *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju*, (red.) Liberska H., Warszawa 2011 r., s. 120.

Wczesne wspomaganie. Wsparcie psychologiczno-pedagogiczne, Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego Kraków 2009, http://www.firr.org.pl/uploadns/PUB/wsparcie_psychologiczno-pedagogiczne.pdf, [dostęp: 8.08.2016 r.].

KONTAKT

Iwona Karnas, mgr

Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Rzeszowski
ul. ks. J. Jałowego 24, 35-959 Rzeszów
e-mail: iwonakarnas17@interia.pl

OCENIANIE SZKOLNE WSPIERAJĄCE NAUKĘ JĘZYKA OBCEGO DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI

Werona Król-Gierat

Resume / Abstrakt: Ocenianie szkolne nieodłącznie towarzyszy procesowi dydaktyczno-wychowawczemu. Ewaluacja postępów dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE) w obszarze nauki języka obcego na etapie wczesnoszkolnym pełni wielorakie funkcje, jednak zawsze powinna być ukierunkowana na możliwie najpełniejsze wspieranie rozwoju dziecka w zakresie indywidualnych potrzeb rozwojowo-edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych. Uczeń posiadający orzeczenie o potrzebie do kształcenia specjalnego lub opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej o specyficznych trudnościach w uczeniu się ma prawo do rzetelniej i konstruktywnej oceny, która z jednej strony da mu obiektywną informację zwrotną dotyczącą postępów językowych, a z drugiej przyczyni się do wzrostu motywacji do nauki języka obcego poprzez mobilizację do przezwyciężania napotykanymi trudnościami.

W niniejszym artykule podjęto próbę omówienia najważniejszych założeń oceniania w klasach I-III szkoły podstawowej w zakresie nauczania języka obcego nowożytnego dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Wstęp teoretyczny został wzbogacony o przykłady dostosowań sposobów oceniania konkretnych przypadków uczniów ze SPE zebranych na podstawie analizy dokumentacji szkolnej, tj. indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych (IPET).

Klíčová slova: ocenianie szkolne, nauka języka obcego, dzieci w wieku wczesnoszkolnym, specjalne potrzeby edukacyjne

Abstract: School assessment is inherent in the instructional-educational process. The evaluation of the progress made by children with Special Educational Needs (SEN) when learning a foreign language at the lower-primary level plays multiple roles, but it should always be directed at supporting pupils' development with regard to their individual needs and psycho-physical capabilities. A pupil with a certificate of the need for special education, or an assessment issued by a psychological-pedagogical counselling centre, has the right to reliable and constructive continuous appraisal, which can give him/her objective feedback, and also boost his/her motivation to overcome encountered difficulties.

The present paper discusses the main principles of the lower-primary assessment of children with Special Educational Needs when learning a foreign language. The theoretical introduction has been enriched with several examples of adjustments to the methods of assessing children with SEN compiled from school documentation, in particular from individual educational-therapeutic programmes.

Key words: educational assessment, foreign-language learning, lower-primary children, young learners, Special Educational Needs

1. Wprowadzenie

Główną rolą szkolnego systemu oceniania ucznia jest przekazanie mu oraz jego rodzicom informacji o wynikach uczenia się wraz z dodatkowym komentarzem – uzasadnieniem oceny, udzieleniem wskazówek na dalsze etapy pracy. Podobnie jak wszystkie inne działania edukacyjne, ewaluacja powinna być ukierunkowana na wspieranie wszechstronnego rozwoju dziecka. Niezależnie od uregulowań prawnych i zmieniających się rozporządzeń, czy też wewnętrznych dokumentów danej szkoły, świadoma postawa nauczyciela powinna przejawiać się w dążeniu do stymulowania kształtowania się poczucia własnej wartości u podopiecznych poprzez wytrwale pokonywanie codziennych trudności i docenianie nawet najmniejszych sukcesów wychowawczo-edukacyjnych. Rzetelna informacja zwrotna wyrażona komunikatami skoncentrowanymi na indywidualnym tempie rozwoju i możliwościach uczenia się jest nieoceniona dla każdego dziecka, ale podkreślenie jej roli wydaje się być szczególnie istotne w przypadku uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE). U dzieci ze SPE, w zależności od typu zaburzenia, rozwój może przebiegać nieharmonijnie. Niejednokrotnie doświadczają oni trudności w prawidłowym rozwoju języka pierwszego – ojczystego, który ma ogromne znaczenie w nabywaniu kompetencji w językach kolejnych. W związku z powyższym, nauczyciel języka obcego (JO) powinien być szczególnie wyczulony na potrzeby uczniów, dostrzegać ich wysiłek, wzmacniać pozytywny stosunek do nauki oraz nieustannie motywować do pracy nad własnym rozwojem językowym.

2. Ocenianie wspierające

Uwzględniając indywidualne potrzeby uczniów, ocenianie na lekcji języka obcego powinno w znacznej mierze uwzględniać wysiłek dziecka włożony w wykonywanie zadań, nastawienie do nauki JO oraz postęp w stosunku do stanu wyjściowego. Jak sugeruje Skibska (2014, s. 26), nauczyciel winien pamiętać o następujących zasadach w celu pobudzenia dziecka, podtrzymywania jego zaangażowania i zapewnienia ustawicznego rozwoju :

- oceniam ucznia - uwzględniam diagnozę jego indywidualnych możliwości;
- oceniam ucznia - uwzględniam jego mocne strony;
- oceniam ucznia - informuję go o tym, co już umie a nad czym musi jeszcze popracować;
- oceniam ucznia - uwzględniam jego zaangażowanie, samodzielność oraz włożony wysiłek;
- oceniam ucznia - motywuję go do dalszej pracy;
- oceniam ucznia - rozbudzam jego intelektualną ciekawość;
- oceniam ucznia - wskazuję drogi nabywania wiedzy i umiejętności;
- oceniam ucznia - podnoszę jego poczucie wartości;
- oceniam ucznia - traktuję go jako podmiot procesu nauczania i uczenia się;
- oceniam ucznia - uwzględniam jego rozwój oraz pełnienie przyszłych ról społecznych.

Również Misiorna i Michalik (2011, s. 436-437) zwracają uwagę na rolę nauczyciela, poddając analizie kompetencje, które wydają się być niezbędne w procesie dokonywania oceny wspierającej holistyczny rozwój dziecka, a mianowicie:

- kompetencje w zakresie planowania procedury oceniania w kontekście rozwoju dziecka;
- kompetencje w zakresie diagnozowania i monitorowania aktualnego rozwoju dziecka;
- kompetencje w zakresie projektowania strefy najbliższego rozwoju dziecka;

- kompetencje w zakresie komunikowania wspierającego rozwój.

Szczegółowe umiejętności nauczyciela w obrębie danych kompetencji – niezależnie od nauczanego przedmiotu - zostały ujęte w tabeli poniżej.

Tab. 2. Kompetencje nauczyciela niezbędne w procesie oceniania wspierającego rozwój dziecka.

| | |
|---|---|
| <p>Kompetencje w zakresie planowania procedury oceniania w kontekście rozwoju dziecka:</p> | <ul style="list-style-type: none"> - planowanie celów oceniania poprzez określenie zmian w wiedzy, umiejętnościach i postawach dzieci w kontekście prognozowania ich rozwoju, a także odniesionych do Podstawy programowej; - planowanie sytuacji sprzyjających ocenianiu dziecka; - planowanie strategii oceniania poprzez dobór odpowiednich metod, form i narzędzi rejestrowania danych; - planowanie procedury opracowania i wykorzystania zdobytych informacji. |
| <p>Kompetencje w zakresie diagnozowania i monitorowania aktualnego rozwoju dziecka:</p> | <ul style="list-style-type: none"> - prowadzenie wrażliwej i systematycznej obserwacji zmian zachodzących w indywidualnym uczniu, grupie oraz klasie, w różnych sytuacjach życia szkolnego oraz w różnych fazach procesu kształcenia; - odbieranie i reagowanie na płynące od uczniów sygnały; - rejestrowanie danych za pomocą odpowiednio dobranych metod i narzędzi; - zwracanie uwagi na zachowanie dzieci w kontekście przyczyn, specyfiki rozwojowej i szerokim spektrum uwarunkowań sytuacyjnych; - zogniskowanie obserwacji diagnozującej na procesie nabywania kompetencji, a nie jedynie efekcie końcowym; - stymulowanie dzieci do autokontroli i samooceny. |
| <p>Kompetencje w zakresie projektowania strefy najbliższego rozwoju dziecka:</p> | <ul style="list-style-type: none"> - opracowanie danych w kontekście konstruowania programów indywidualnego rozwoju dziecka; - wyznaczenie celów rozwoju dziecka w perspektywie „tu i teraz” oraz „tam i potem”; - skonfrontowanie osobistych wymagań i standardów zewnętrznych z możliwościami, potrzebami i zainteresowaniami uczniów; - opracowanie oferty różnorodnych |

| | |
|--|--|
| | <p>sposobów organizowania aktywności dzieci w celu stymulowania, podtrzymywania i ukierunkowywania ich zaangażowania oraz zwiększenia atrakcyjności i efektywności proponowanych zadań, sprzyjających osiągnięciu wewnętrznych i zewnętrznych standardów;</p> <ul style="list-style-type: none"> - stymulowanie indywidualnego rozwoju każdego dziecka; - aktywizowanie społecznego wsparcia rozwoju dziecka (organizowanie współpracy z uczniowskim środowiskiem rodzinnym i lokalnym); - tworzenie przyjaznej dla każdego ucznia przestrzeni edukacyjnej; - uruchamianie autorefleksji i oceny własnej praktyki w kontekście użyteczności, funkcjonalności, celowości i efektywności. |
| <p>Kompetencje w zakresie komunikowania wspierającego rozwój:</p> | <ul style="list-style-type: none"> - empatyczne informowanie dziecka oraz jego rodziców o zakresie i jakości zmian rozwojowych; - wyrażanie ocen konstruktywnych, wspierających, motywujących do dalszego doskonalenia własnej pracy i siebie; - wzmacnianie uczniów do wysiłku poprzez wskazywanie drogowskazów do dalszej pracy; - koncentrowanie się na mocnych stronach osobowości dziecka, jego postępach i sukcesach w procesie wyrażania ocen; - formułowanie ocen nieetykietyzujących uczniów; - wskazywanie i wyjaśnianie braków oraz popełnionych błędów w celu nakreślenia możliwych dróg ich zmian; - konstruowanie komunikatów oceniających dostosowanych do możliwości percepcyjnych odbiorców; - wzbogacanie form przekazu ocen o alternatywne rozwiązania; - przekazywanie informacji oceniających w warunkach intymnych, bezpiecznych, a także wyrażających szacunek wobec odbiorcy. |

(Ujęcie tabelaryczne. Źródło: Misiorna i Michalik: 2011, s. 436-437).

Jak można wnioskować z wyżej wymienionych pożądaných kompetencji nauczyciela, ocenianie ujmowane jako proces, w którym dostrzega się postęp dziecka w stosunku do stanu wyjściowego, najlepiej służy rozwojowi. Wraz z pójściem dziecka do szkoły, ocenianie przez „osoby znaczące” nabiera wymiaru społeczno-emocjonalnego, na podstawie którego najmłodszy dokonują samooceny. W połączeniu z dużą wrażliwością i reaktywnością, którymi często charakteryzują się dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, sposoby oceniania już na tak wczesnym etapie mogą przekładać się na dalsze funkcjonowanie uczniów w środowisku szkolno-wychowawczym. Z uwagi na te aspekty, w pierwszej kolejności należy zapewnić każdemu dziecku poczucie bezpieczeństwa, bez którego nie ma mowy stworzeniu atmosfery życzliwości i akceptacji. Zaspokojenie tej potrzeby ma szczególny związek z sytuacjami szkolnego oceniania. Choroszczyńska, Dotka, Konopka i Zwierzyńska (2015, s.25) podkreślają, że „każde ocenianie powoduje stres, tym większy, gdy nauczyciel musi zakomunikować dziecku, że jego osiągnięcia są niewystarczające. W tym przypadku najlepiej sprawdza się ocenianie kształtujące, czyli odnoszące się do działań dziecka, a nie jego osoby, z uwzględnieniem pozytywnych aspektów jego pracy, poczynionego postępu i wskazujące na możliwość pokonania trudności.” Krauze-Sikorska (2011) zauważa, że „złe” ocenianie i lęk szkolny może u dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi ukształtowanie się postawy „wyuczonej bezradności”.

W procesie planowania zajęć z języka obcego, a więc również sposobów ewaluacji postępów uczniów ze w wieku wczesnoszkolnym, wskazane jest pamiętanie o najważniejszych funkcjach, jakie oceny szkolne spełniają w przypadku dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Andrzejewska i Sitarczyk (2012, s. 24-25), wskazują na:

- funkcję psychologiczną – wpływającą na motywację i zainteresowania edukacyjne ucznia oraz kształtująca niektóre cechy osobowościowe;
- funkcję dydaktyczną – informującą o tym, w jakim stopniu treści nauczania zostały przez ucznia opanowane;
- funkcję dydaktyczno-prognostyczną – informującą o stopniu znajomości zagadnienia nie tylko w oparciu o program szkolny i pozwalającą przewidywać dalsze postępy lub trudności ucznia;
- funkcję sterująco-metodyczną – informującą o konieczności zmiany lub kontynuowania określonych metod pracy z uczniem;
- funkcję wychowawczą – wpływającą na kształtowanie postaw ucznia wobec szkoły i nauki, poprzez uwzględnianie zaangażowania, wkładu, pracy, postępu;
- funkcję społeczną – służącą kształtowaniu stosunków w klasie oraz przygotowaniu uczniów do dalszej nauki i pracy.

Podsumowując, ocenianie wspierające naukę szkolną (w tym naukę języka obcego) oraz wieloaspektowy rozwój dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi to szereg działań uzupełniających się wzajemnie, skoncentrowanych na indywidualnych możliwościach psychofizycznych uczniów i mających na celu umożliwienie im nabywania sprawności językowych w granicach własnego potencjału jak również we własnym, niewymuszonym tempie.

3. Dostosowanie sposobów oceniania uczniów ze SPE na lekcji języka obcego

W niniejszej sekcji artykułu zostaną zaprezentowane przykłady dostosowań sposobów oceniania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi na I etapie edukacyjnym. Materiał badawczy został zebrany na podstawie analizy dokumentacji szkolnej, tj. indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych (IPET). Exempla stanowią

zestaw wskazań nakierowanych na niwelowanie trudności rozwojowych i edukacyjnych sześciu konkretnych przypadków uczniów.

Na podstawie orzeczenia o potrzebie do kształcenia specjalnego wydanego przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną oraz własnych obserwacji ucznia, zespół wszystkich nauczycieli i specjalistów pracujących z danym dzieckiem w szkole opracowuje IPET, który składa się z części terapeutycznej i edukacyjnej. Nauczyciele języków obcych zobowiązani są do współtworzenia części edukacyjnej, w odniesieniu do edukacji w zakresie języka obcego nowożytnego. Wkład nauczyciela JO powinien obejmować następujące elementy: zakres dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia, w oparciu o podstawę programową; dostosowanie sposobu sprawdzania wiadomości i oceniania; formy i metody pracy z uczniem (Skibska: 2012, s. 166). Poniższa tabela ujmuje przykłady dostosowań sposobu sprawdzania wiadomości i oceniania w zakresie języka angielskiego uczniów z diagnozą: upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim (n=2), autyzmu (n=2), niepełnosprawności ruchowej (n=2).

Tab. 2. Dostosowanie sposobu sprawdzania wiadomości i oceniania ucznia ze SPE.

| DIAGNOZA | OCENIANIE WSPIERAJĄCE NAUKĘ JĘZYKA OBCEGO |
|--|---|
| <p>Upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim - przypadek 1</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wspieranie wysiłków ucznia poprzez wzmocnianie najmniejszych osiągnięć i starań. 2. Indywidualne podejście do ucznia, nie porównując go z innymi. 3. Przyglądanie się postępom, a nie wyłącznie efektom. 4. Stosowanie arkuszy obserwacji, na podstawie których można wprowadzić korekty do programu. 5. Oceniając ucznia należy brać pod uwagę jego motywację do pracy, systematyczność i postępy w rozwoju na miarę indywidualnych możliwości. 6. Natychmiastowe nagradzanie. 7. Metody oceniania powinny być ukierunkowane na dostarczenie informacji o „wartości dodanej” dotyczącej postępów w nauce dziecka i jego rozwoju, a nie jedynie wyrywkowej informacji. 8. Ocenianie powinno mieć zawsze na celu wzmocnienie uczennicy, której dotyczy, poprzez dostarczenie jej wglądu we własny proces nauczania i motywację do dalszej nauki. |
| <p>Upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim – przypadek 2</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dostosowanie kryteriów oceny do poziomu wiadomości i umiejętności ucznia. 2. Błędy ocenianie w zakresie utrwalonych wiadomości. 3. Zadawanie pytań pomocniczych. 4. Modyfikowanie kartkówek, sprawdzianów. 5. Odczytywanie tekstów i poleceń. 6. Umożliwienie działania na konkretach. 7. Stosowanie zasad oceniania włączającego i kształtującego. 8. Zapewnienie atmosfery akceptacji i życzliwości. |

| | |
|---|---|
| <p>Autyzm - przypadek 1</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sprawdziany dostosowane do możliwości ucznia – odczytywanie poleceń przez nauczyciela, dodatkowe wyjaśnianie, naprowadzanie pytaniami pomocniczymi. 2. Przygotowywanie indywidualnych sprawdzianów i kartkówek. 3. Sprawdzanie wiadomości w formie pisemnej – testy wyborów, zaznaczanie właściwej odpowiedzi, wykonywanie zadań pisemnie. 4. Stosowanie komputerowych programów edukacyjnych. 5. Ocenianie w celu motywowania. 6. Ocenianie zgodne z zasadami obowiązującymi w szkole z uwzględnieniem specyfiki niepełnosprawności w ocenie opisowej śródrocznej i rocznej. 7. Ocena osiągnięć uczenia powinna uwzględniać nie tyle efekt, ile wkład, wysiłek, zaangażowanie, przygotowanie do lekcji. |
| <p>Autyzm – przypadek 2</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Chwalenie za każdą próbę podejmowania działań. 2. Ocenianie przygotowania do zajęć, zaangażowanie i chęć do działania. 3. Wydłużenie czasu na wypowiedzi ustne i prace pisemne. 4. Wymagania w wypowiedzianiu się na określony temat ograniczone do kilku krótkich, prostych słówek i zwrotów. 5. Jasne określenie zakresu ocenianej wiedzy lub umiejętności. |
| <p>Niepełnosprawność ruchowa – afazja</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wydłużenie czasu odpowiedzi w formie ustnej i pisemnej. 2. Wydłużenie czasu trwania sprawdzianu. 3. Czytanie poleceń i tekstów przez nauczyciela. 4. Stosowanie krótkich, pojedynczych poleceń. 5. Sprawdzanie zrozumienia poleceń. 6. Częste powtarzanie. |
| <p>Niepełnosprawność ruchowa (nadpobudliwość ruchowa z deficytami uwagi, zaburzenia motoryki małej, koordynacji ruchów, męczliwość i impulsywność)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Język ucznia ma być komunikatywny – zrozumiały, na temat. 2. Stosowanie pytań naprowadzających. 3. Zastosowanie specjalnych, dostosowanych testów, 4. Stosowanie krótkich poleceń. 5. Konstrukttywne ukierunkowanie aktywności. |

(Opracowanie własne na podstawie analizy wybranych indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych sformułowanych przez zespoły szkolne na I etap edukacyjny).

W powyższych przykładach zaobserwować można zastosowanie reguły wzmocnienia pozytywnego w ocenianiu dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (Andrzejewska i Sitarczyk: 2012, s. 26), która polega na: ekspozycji mocnych stron ucznia i jego osiągnięć (np. chwalenie za każdą próbę podejmowania działań); postępów w stosunku do stanu wyjściowego (np. dostarczenie informacji o „wartości dodanej” dotyczącej postępów w nauce dziecka i jego rozwoju); podkreślanu konieczności wielokrotnego powtórzenia strategii wykonywanej czynności (np. konstruktywne ukierunkowanie aktywności).

4. Konkluzje

W nauczaniu języków obcych dzieci w wieku wczesnoszkolnym, i nie tylko, powinno funkcjonować ocenianie wspierające, kształtujące pozytywne nastawienie do sytuacji szkolnej oraz samego siebie, wiarę we własne siły i możliwości. Rolą nauczyciela jest zapewnienie realizacji wszystkich najważniejszych funkcji szkolnego oceniania: psychologicznej, dydaktycznej, dydaktyczno-prognostycznej, sterująco-metodycznej, wychowawczej, społecznej. Takie ocenianie może pełnić również dodatkowe funkcje kompensacyjne oraz proterapeutyczne, na które zwraca uwagę Karpińska-Szaj (2013). Systematycznie poszerzana wiedza w procesie przyswajania nowego systemu językowego i jego pragmatyczne użycie niewątpliwie pociągają za sobą wartości motywacyjne i ogólnorozwojowe. Ważne jest, by nie zniechęcić młodego człowieka na nauki języka obcego, która niewątpliwie wymaga od niego włożenia wiele trudu i wytrwałości.

LITERATURA

- Andrzejewska, J., & Sitarczyk, M. (2012). Specjalne potrzeby edukacyjne w przestrzeni systemu oświaty. Teoretyczne i metodologiczne założenia projektu: „Praca z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – wsparcie kadry nauczycielskiej”. Lublin: Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
- Choroszczyńska, M., Dotka, M., Konopka, I. & Zwierzyńska, I. (2015). Ocenianie w klasach I-III. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji
- Karpińska-Szaj, K. (2013). Nauczanie języków obcych uczniów z niepełnosprawnością w szkołach ogólnodostępnych. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM
- Krauze-Sikorska, H. (2011). Praca z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych i jej implikacje dla ich rozwoju. W: Sowińska, H, (red). Dziecko w szkolnej rzeczywistości. Złożony a rzeczywisty obraz edukacji elementarnej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM
- Misiorna, E. & Michalik, R. (2011). Ocenianie jako mechanizm wspierania rozwoju dziecka. Mit czy rzeczywistość. W: Sowińska, H, (red). Dziecko w szkolnej rzeczywistości. Złożony a rzeczywisty obraz edukacji elementarnej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych
- Skibska, J. (2012). Model kształcenia dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE) w placówkach oświatowych ogólnodostępnych. W: Denek, K., Kamińska, A., Łuszczuk, W. & Oleśniewicz, P., (red.). Edukacja jutra : uczeń i nauczyciel jako główne podmioty edukacji jutra. Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza "Humanitas"

Skibska, J. (2014). Ocenianie włączające w praktyce edukacyjnej jako szansa zaspokojenia zróżnicowanych potrzeb uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W: Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej Nr 14/2014.

KONTAKT

Werona Król-Gierat

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

Instytut Neofilologii

ul. Karmelicka 41

31-128 Kraków, Polska

werona@krol-gierat.pl

POCZUCIE JAKOŚCI ŻYCIA W KONTEKŚCIE INDYWIDUALNEGO WSPARCIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ. PRZYKŁAD KONCEPTUALIZACJI BADAŃ

Teresa Żółkowska

Streszczenie: W Polsce odczuwa się brak badań na temat wsparcia społecznego rozpatrywanego w kontekście potrzeb wsparcia osób z niepełnosprawnością. Najczęściej możemy się zapoznać z analizą powiązań pomiędzy jakością życia a efektywnością działań pomocy społecznej lub innych sieci wsparcia. Szczególnie odczuwa się brak badań dotyczących subiektywnej oceny dostarczanego wsparcia. A to z kolei powoduje, że w naszym kraju mamy trudności w wypracowaniu adekwatnego do potrzeb systemu wspierania osób z niepełnosprawnością. W mojej ocenie istnieje więc uzasadniona potrzeba prowadzenia badań na temat związku pomiędzy poczuciem jakości życia a poziomem potrzeb indywidualnego wsparcia u osób z niepełnosprawnością intelektualną. W celu konceptualizacji badań można wykorzystać proponowaną przez Schalocka definicję jakości życia, teoretyczny model analizy tego konstruktów oraz koncepcję potrzeb wsparcia społecznego (Schalock, 2010).

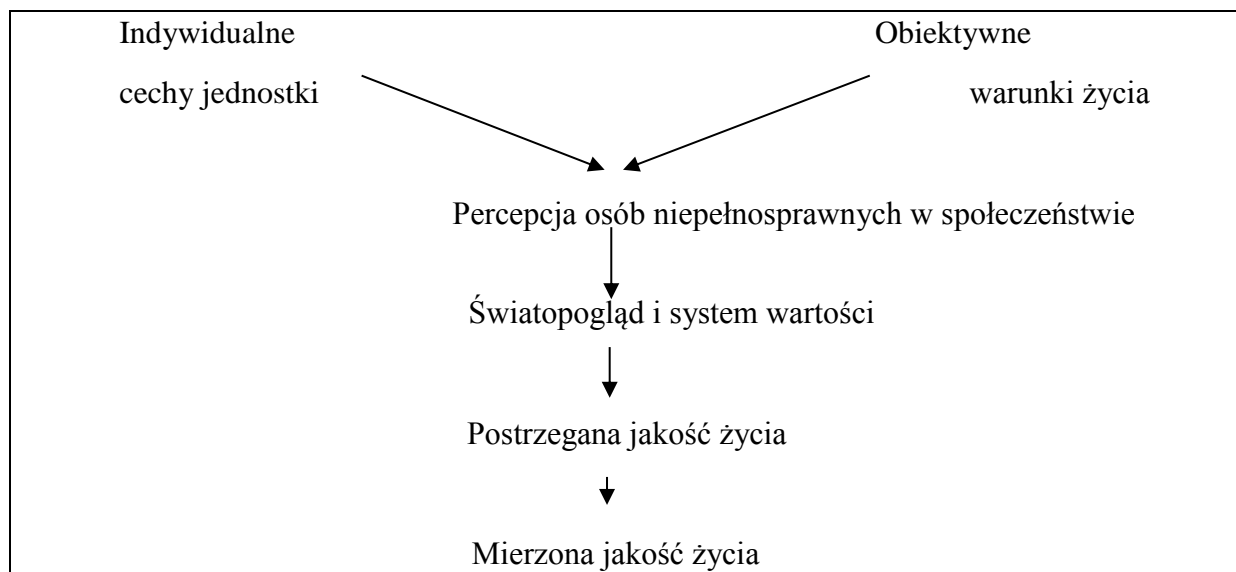
Słowa kluczowe: niepełnosprawność, jakość życia, potrzeby wsparcia społecznego

Keywords: Disability, quality of life, the need of social support

W okresie ostatnich kilkunastu lat jakość życia stała się ważnym interdyscyplinarnym zagadnieniem. Można tę problematykę odnaleźć w analizach prowadzonych w obszarze medycyny, ekonomii, socjologii, psychologii czy pedagogiki. Zainteresowanie jakością życia ma wieloletnią historię. Pierwsze prace powstałe w latach 50-tych XX wieku przygotowywane były przez ekonomistów (Wachowiak, 2001) oraz reprezentantów nauk medycznych i psychologicznych (Czapiński, 2002). W przypadku medycyny i psychologii zainteresowanie jakością życia spowodowane było narastającym rozdzwieniem pomiędzy potrzebami ludzi w zakresie opieki lekarskiej a dostarczanymi usługami z tego zakresu (Kowalik, 1995; Jaracz, 2001). W pedagogice specjalnej omawiane pojęcie pojawiło się jako konsekwencja zmian postrzegania niepełnosprawności i dialogu na temat praw osób z niepełnosprawnością (Błeszyńska, 2001; Mercer, 2014; Żółkowska, 2004). Największy wzrost zainteresowania problematyką jakości życia można dostrzec w latach 90-tych XX wieku. Pojawiło się wówczas wiele badań związanych z pomiarem jakości życia oraz prac o charakterze teoretycznym stanowiących próbę uporządkowania chaosu terminologicznego i poszukiwania ram badawczych. Na przestrzeni lat zmieniało się samo pojęcie oraz wskaźniki jakości życia. Jako pierwsze zostały wypracowane kryteria ekonomiczne, w których jakość wiązana była z pomiarem dochodów, stanem zaspokojenia potrzeb materialnych (Borys, 2001). W naukach medycznych jakość życia łączono z kategoriami stanu zdrowia i zmian występujących w sytuacji choroby (Kasprzyk, 2001). Natomiast w naukach społecznych za podstawowe przyjęto subiektywne miary jakości życia.

Prekursorem społecznego podejścia do jakości życia był A. Campbell, który założył, że jakość życia to doświadczanie życia przejawiające się w poziomie satysfakcji życiowej i poczucia szczęścia (Dziurawicz-Kozłowska, 2002, s.81). Jak zauważa A. Dziurawicz-Kozłowska w tak zdefiniowanej jakości życia podstawowym wskaźnikiem może być zadowolenie z życia. Bowiem satysfakcja to stabilna jakość doświadczenia, natomiast szczęście jest w większym stopniu uzależnione od zmiennego nastroju (Dziurawicz-Kozłowska, 2002). Zadowolenie z życia może być związane z zaspokojeniem potrzeb, osobistymi celami i wartościami. Campbell za ważne sfery życia uznawał między innymi: małżeństwo, rodzinę, zdrowie, sąsiadów, relacje przyjacielskie, pracę w domu i pracę zawodową, życie w mieście (na wsi), czas wolny, mieszkanie, wykształcenie, standard życia, posiadane oszczędności (Kowalik, 1995). W Polsce najbardziej znaną jest koncepcja opracowana przez J. Czapińskiego i G. Petersa, zwana cebulową teorią szczęścia (Czapiński, 1991, 2004). Jest to teoria o warstwowej konstrukcji stąd odwołanie do metafory cebuli. Rdzeniem w cebulowej teorii szczęścia jest wola życia. Kolejną warstwę stanowią przeżycia emocjonalne i ogólny stan dobrobytu (poczucie szczęścia). Trzecia warstwa (najbardziej wrażliwa) to cząstkowe zadowolenie z poszczególnych obszarów życia. Prezentowana teoria była weryfikowana w badaniach (Czapiński, Panek, 2000-2005). Analizując sposoby definiowania jakości życia w literaturze dostrzega się pewne utrudnienia w powiązaniu obiektywnych i subiektywnych kategorii (Kowalik, 1995). Obiektywna płaszczyzna jakości życia to zespół warunków życia człowieka, obiektywne atrybuty świata przyrody, przedmiotów i kultury oraz obiektywnie oceniane atrybuty człowieka związane z poziomem życia i pozycją społeczną. Wśród tych obiektywnych wyznaczników mieści się także struktura organizmu człowieka i poziom jego zdrowia. Natomiast jakość życia ujmowana subiektywnie to rezultat wewnętrznych procesów wartościowania różnych sfer życia i życia jako całości. Jest to więc kategoria poznawczo-emocjonalna, a podmiot jest najważniejszym, jeżeli nie jedynym źródłem danych, na podstawie których wnioskuje się o poziomie jakości życia (Sęk, 1993). Odnosząc się do relacji pomiędzy wymienionymi płaszczyznami (obiektywną i subiektywną) jakości życia należy też podkreślić, że jakkolwiek poczucie jakości życia jest sprawą indywidualną, to jednak ma on swoje odniesienie społeczne. Struktura społeczna (i stosunki społeczne), struktura gospodarcza (i stosunki ekonomiczne), struktura polityczna (i stosunki polityczne) stwarzają mniej lub bardziej korzystne warunki dla kształtowania się poczucia jakości życia (Kasprzyk, 2001). Na jakość życia jednostki w konkretnym otoczeniu ma wpływ rola społeczna, w jakiej ona występuje, cechy jej osobowości oraz aktualne potrzeby i dążenia samorealizacyjne w zakresie wartości instrumentalnych, sytuacyjnych i egzystencjalnych, jakie prezentuje dla niej określona przestrzeń. Poznawanie, wartościowanie, kształtowanie otoczenia oraz sposób użytkowania przestrzeni społecznej nabierają szczególnego znaczenia w sytuacji człowieka niepełnosprawnego (Kowalik, 1998, 2000).

W ostatnich latach jakość życia stała się ważnym obszarem badań w pedagogice specjalnej. Szczególną rolę odegrała tu koncepcja jakości życia osób z niepełnosprawnością autorstwa Schalocka i współpracowników, która wskazuje na ważne związki jakie zachodzą pomiędzy zapotrzebowaniem i efektywnością wsparcia społecznego i bierze pod uwagę szeroko rozumiany kontekst życia danej jednostki i jej cechy indywidualne (Schalock, Keith, Hoffman, 1990; Firkowska-Mankiewicz, 1999, s. 16-17). Proponowane przez autorów wymiary jakości życia prezentuje rys. 1.



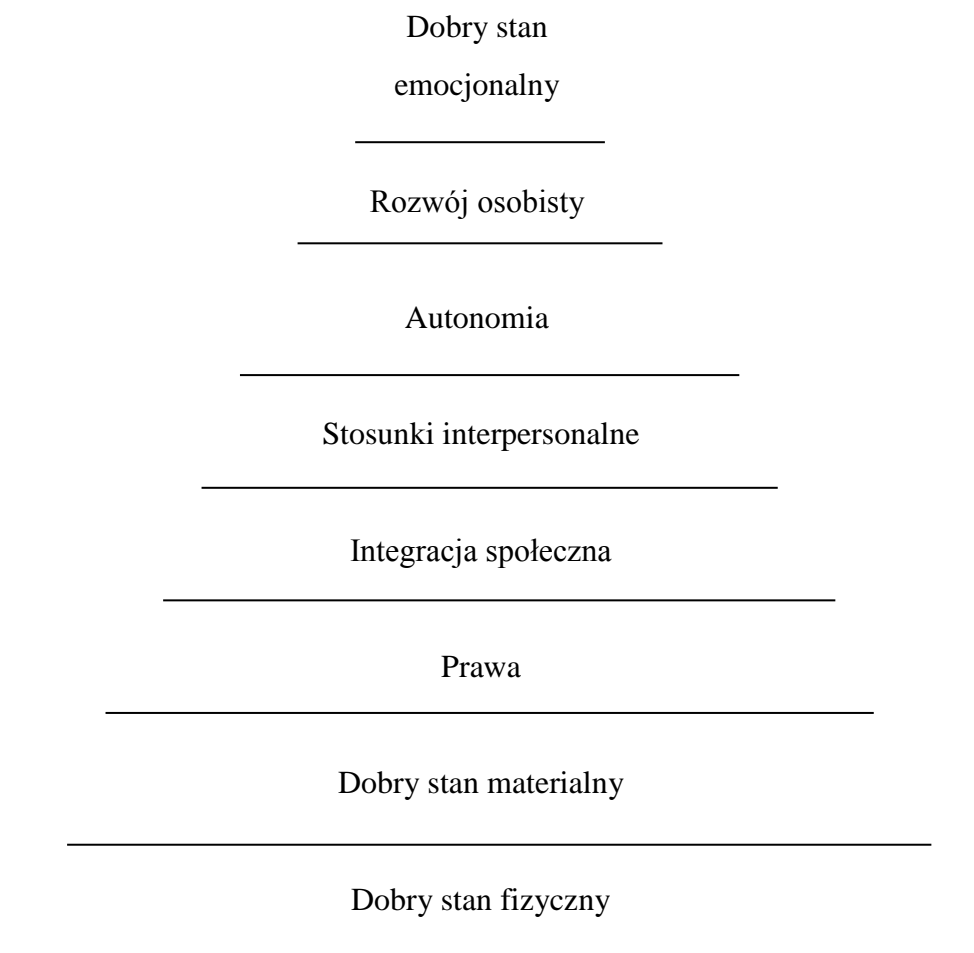
Rys. 1. Jakości życia w ujęciu Schalocka, Keitha & Hoffmana (1990)
(źródło: Firkowska-Mankiewicz, 1999, s.17)

Schalock przyjmuje, że koncepcja jakości życia powinna oddawać kondycję życiową danej osoby w ośmiu zakresach: stanie emocjonalnym, stosunkach interpersonalnych, stanie materialnym, rozwoju osobistym, dobrym stanie fizycznym, autonomii, integracji społecznej i praw jednostki (Schalock, 2000, s. 122). Wskaźniki jakości życia ilustruje tabela 2.

Tab. 2 Wskaźniki jakości życia według Schalocka (2000, s.122)

| Zakresy | Wskaźniki |
|--------------------------|--|
| Dobry stan emocjonalny | bezpieczeństwo, duchowość, poczucie szczęścia, swoboda od stresów, myślenie o sobie, zadowolenie |
| Stosunki interpersonalne | relacje zażyłości, przywiązanie, relacje rodzinne, interakcje z innymi, przyjaźń, wsparcie |
| Dobry stan materialny | posiadanie własności, finanse, bezpieczeństwo, posiadanie żywności, zatrudnienie, dorobek, status społecznoekonomiczny, mieszkanie |
| Rozwój osobisty | edukacja, umiejętności, samorealizacja, kompetencje osobiste, ukierunkowana aktywność, rozwój |
| Dobry stan fizyczny | zdrowie, prawidłowe odżywianie, odpoczynek, mobilność, opieka zdrowotna, ubezpieczenie zdrowotne, czas wolny, aktywność w ciągu dnia |
| Autonomia | samostanowienie, decyzje, samokontrola, samosterowność, cele osobiste, wartości |
| Integracja społeczna | akceptacja, status, wsparcie, środowisko pracy, aktywność społeczna, role społeczne, działalność społeczna, środowisko zamieszkania |
| Prawa | do prywatności, prawo głosu, dostępność, posiadanie, odpowiedzialność obywatelska |

Zdaniem Schalocka wymienione w definicji wymiary jakości życia nie są równoważne i należy im nadać strukturę hierarchiczną. Przy ocenie jakości życia według autora należy też uwzględnić następujące trzy warunki: naturalny, subiektywny charakter jakości życia, - różnorodność wartościowania wymiarów jakości życia przez ludzi, - wartości nadawane wymiarom jakości życia są różne w różnych okresach życia człowieka (Schalock, 2000, s.118-119).



Rys.2. Jakość życia według Schalocka. Struktura hierarchiczna wymiarów (2000, s.119)

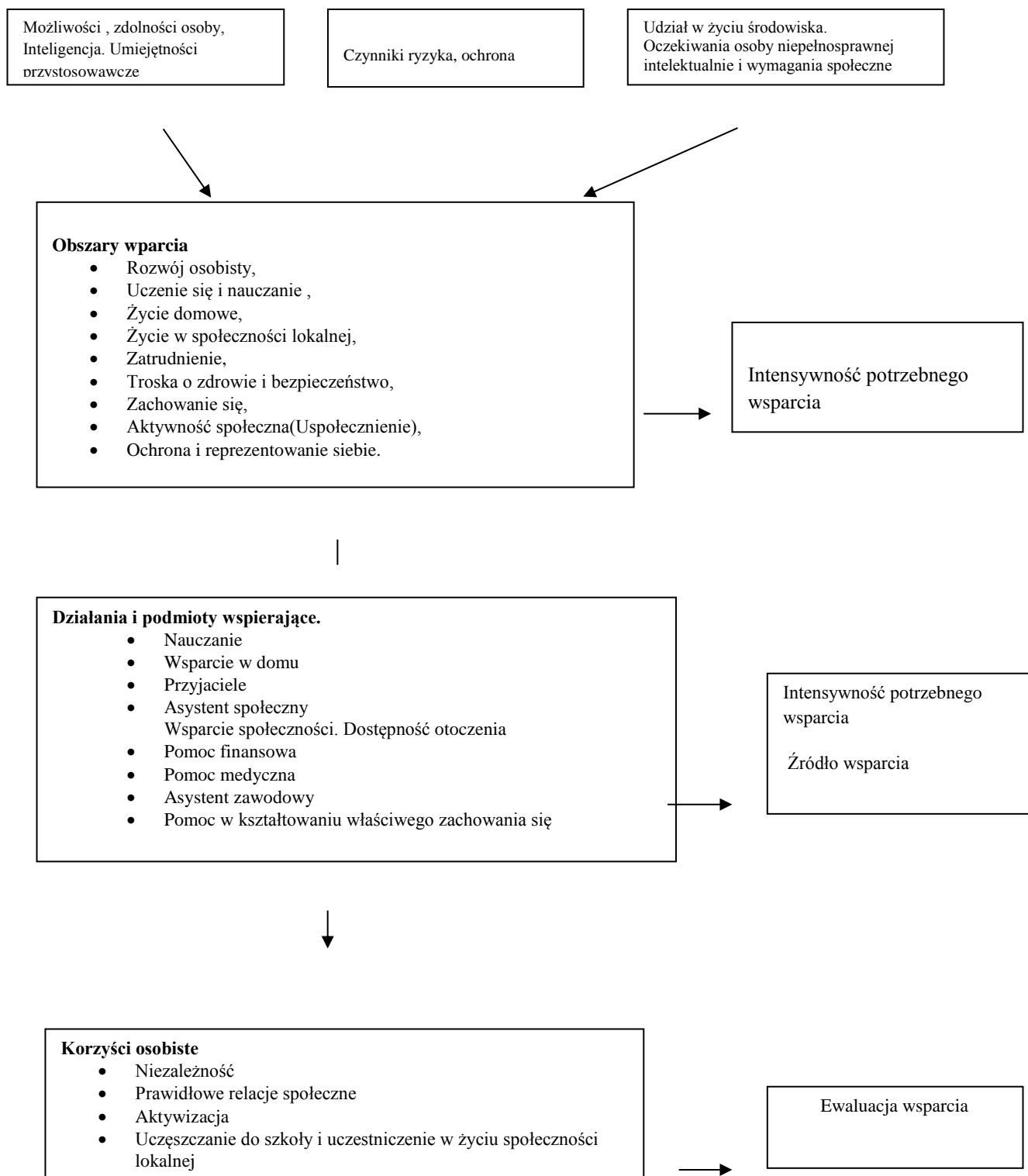
Schalock wraz ze współpracownikami przygotował interesującą propozycję pomiaru jakości życia w postaci *Kwestionariusza Jakości Życia* (Quality of Life Questionnaire – QOLQ). *Kwestionariusz* pozwala na ocenę czterech wymiarów jakości życia to jest: zadowolenie, kompetencje/produktywność, niezależność, integrację społeczną (Firkowska-Mankiewicz, 1999; Juros, 1997).

Jak wynika z prezentowanych treści proponowana przez Schalocka koncepcja ujmuje jakość życia jako złożone i wielopłaszczyznowe zjawisko. Podstawą są tu relacje człowieka z niepełnosprawnością z jego środowiskiem. W tych relacjach ogromną uwagę przypisuje się potrzebom wsparcia oraz szeroko rozumianemu systemowi wspierania tych osób (Schalock, 2000, s. 124).

Pojęcie wsparcia zostało zaprezentowane początkowo w 9 edycji podręcznika *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (9th ed.)* AAMR z 1992 a następnie w kolejnej 10 edycji *Mental retardation: Definition, classification, and systems*

of supports z 2002 r. (Luckasson i wsp., 2002). W 2002 r., termin ten uległ pewnym modyfikacjom spowodowanym między innymi zmianą paradygmatu badań to znaczy przejściem od biologicznego do społecznego modelu niepełnosprawności (Luckasson i wsp., 2002). Przyjęcie nowego podejścia uwzględniającego potrzeby i prawa osób z niepełnosprawnością, (Thompson i wsp., 2002) w tym prawa do bycia aktywnym, czy samostanowienia (Guscia i wsp., 2006, str. 148) stało się podstawą wypracowania nowej systemowej koncepcji wsparcia. Koncepcji mającej na uwadze zapotrzebowanie osoby z niepełnosprawnością na zasoby i usługi, takie, które będą pomocne w podnoszeniu ogólnego poziomu funkcjonowania, poprawy jakości jej życia (Thompson i wsp. 2002). Połączenie omawianych dwóch zmiennych to znaczy jakości życia i potrzeb wsparcia wydaje się być bardzo interesujące i potrzebne. Może bowiem być pomocne w próbach dokonywania zmian w edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. Wskazywania na to, że ogólne funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością, jej potrzeby, możliwości, warunki, w jakich funkcjonuje są dynamiczne, zróżnicowane i wieloaspektowe. Podkreślanie znaczenia indywidualnej diagnozy, oceny specyficznych potrzeb danej osoby oraz roli strategii, usług, mających na celu optymalizację funkcjonowania. W najnowszej 11 edycji podręcznika *Intellectual Disability. Definition, Classification and System Supports*, AAIDD (2010) wsparcie jest definiowane jako zasoby oraz usługi, których celem jest promowanie rozwoju, wykształcenia, zainteresowań, osobistego dobrego samopoczucia i polepszenie indywidualnego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej (Schalock i in., 2010, p. 109; AAMR, 2002, p. 151). Jak pokazuje rysunek 3, według Schalocka i wsp. (2010, s. 110 i nast.) zasoby to różne dobra naturalne, publiczne, osobiste w tym na przykład: warunki materialne środowiska, informacje, technologie, prawo, finanse, usługi, a przede wszystkim osoby udzielające wsparcia. Wsparcie może być udzielane przez rodziców, przyjaciół, psychologów, nauczycieli, lekarzy i inne osoby czy agencje, instytucje lub stowarzyszenia. Celem udzielania wsparcia, jak pisze Schalock i wsp., jest przede wszystkim polepszenie jakości funkcjonowania (w obszarze osobistym i społecznym). Doprowadzenie do rozwoju sprawności osobistych, zdolności do samostanowienia, kierowania swoim rozwojem, decydowania o sobie, uzyskiwania akceptacji ze strony innych i polepszania samopoczucia. Z kolei system wsparcia jest traktowany jako sposób na podnoszenie skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych, edukacyjnych, organizacji czasu wolnego osób z niepełnosprawnością (Schalock i wsp., 2010; AAMR, 2002, 2008; Luckasson, Reeve, 2001, s. 47-52; Stodden, Jones, Chang, 2002).

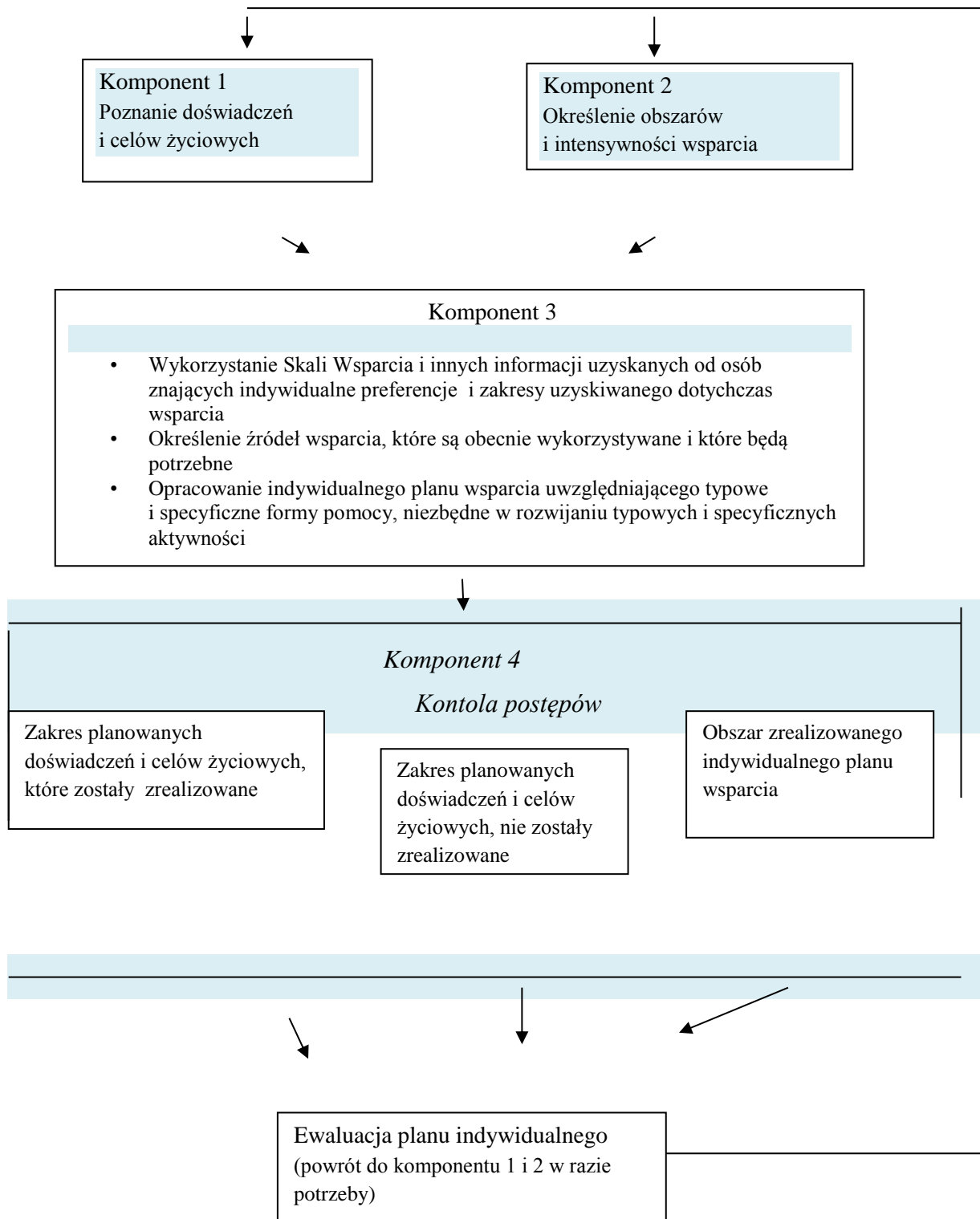
Rys. 3. Model wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną (Trevor R. Parmenter, Vivienne C. Riches, 2002)



W ukazanym na rysunku 3 modelu wsparcia, opracowanym w oparciu o koncepcję Schalocka i wsp. (2010) zostały ujęte relacje pomiędzy obszarami wsparcia, różnymi rodzajami dostarczanej pomocy, możliwościami i osiąganymi przez daną osobę rezultatami w wybranych obszarach jej życia. Zdaniem autorów omawianej koncepcji właściwe realizowanie wsparcie polega na: a) rozpoznaniu doświadczeń oraz celów życiowych osoby

niepełnosprawnej, b) ustaleniu obszarów i intensywności wsparcia, c) opracowaniu i realizacji indywidualnego planu wsparcia d) kontroli oraz ewaluacji postępów. Wymienione etapy procesu wsparcia ilustruje wykres 1.

Wykres 1. Komponenty procesu wsparcia (2002)



Zdaniem Schalocka i wsp. (2010) w koncepcji wsparcia ważne jest włączanie osoby z niepełnosprawnością do planowania, określania celów, rozwijania u niej umiejętności dokonywania wyborów, samodzielnego podejmowania decyzji, planowania swojej działalności. Chodzi o to, aby wdrażać człowieka z niepełnosprawnością do wykorzystywania różnych sposobów radzenia sobie z problemami, w różnych sytuacjach oraz uczyć ją oceny własnych osiągnięć. Podejście takie, według Schalocka i wsp., może podnieść skuteczność procesu między innymi dlatego, że nabyte umiejętności, poczucie sprawczości i podniesienie ogólnego dobrego samopoczucia może skutkować większą aktywnością osoby z niepełnosprawnością (Parmenter, Riches 2002; Buntinx, Cobigo, McLaughlin, Morin, Tassé, Thompson, 2008; Tassé, Thompson, McLaughlin, 2006; Thompson, Bryant, Campbell, Craig, Hughes, Rotholz, et al., 2004).

Do pomiaru zapotrzebowania na indywidualne wsparcie wykorzystywana jest *Supports Intensity Scale (Skala Intensywności Wsparcia)* opracowana przez ekspertów AAMR (AAMR, 2002) a następnie przyjęta i rozpowszechniona w 11 edycji podręcznika *Intellectual Disability. Definition, Classification and System Supports*, AAIDD (Schalock i in., 2010).

Supports Intensity Scale SIS to wielowymiarowe narzędzie pomiaru poziomu zaspokojenia potrzeb indywidualnego wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną. *SIS* to narzędzie służące do oszacowania ile, jak często i jakiego wsparcia potrzebuje człowiek, aby mógł pomyślnie zrealizować daną aktywność. Dla przykładu, przy ocenie sposobu przygotowania posiłku, w typowych skalach mierzących przystosowanie, ocenia się konkretne umiejętności takie jak: cięcie żywności nożem, przygotowanie kanapki, itd.). *SIS* natomiast polega na ocenie poziomu zapotrzebowania na dany rodzaj, nasilenie i częstość wsparcia, taki aby dana osoba mogła przygotować posiłek (Luckasson i wsp., 2002; Thompson i wsp., 2004).

Biorąc pod uwagę opisywane wyżej znaczenie wsparcia społecznego, szczególnie rozpatrywanego w kontekście potrzeb osób z niepełnosprawnością wydaje się, że interesującym przedmiotem badań można uczynić próbę określenia związku pomiędzy poczuciem jakości życia a poziomem zaspokojenia potrzeb indywidualnego wsparcia u osób z niepełnosprawnością. Proponowana przez Schalocka definicja jakości życia, teoretyczny model analizy tego konstruktów oraz koncepcja potrzeb wsparcia społecznego mogą się stać podstawą wspomnianych poszukiwań (Schalock, 2010)

W Polsce odczuwa się brak analiz prowadzonych z perspektywy omawianego wyżej podejścia do problematyki jakości życia i wsparcia. Najczęściej możemy się zapoznać z analizą powiązań pomiędzy jakością życia a efektywnością działań pomocy społecznej lub innych sieci wsparcia (Juros, 1997; Kowalik, Janecka, 1998; Otrębski, 2001; Otrębski, Konefał, Mariańczyk, Kulik, 2011; Żółkowska, 2004). Szczególnie odczuwa się brak badań dotyczących subiektywnej oceny dostarczanego wsparcia. A to z kolei powoduje, że w naszym kraju mamy trudności w wypracowaniu adekwatnego do potrzeb systemu wspierania osób z niepełnosprawnością. W mojej ocenie istnieje więc uzasadniona potrzeba prowadzenia badań w tym zakresie. Uważam, że są one potrzebne, ważne i interesujące z punktu widzenia teorii i praktyki pedagogiki specjalnej.

SUMMARY

In Poland there is lack of researches concerning social support in the context of the need of people with disability. Very often we may get to know the analysis of the links between the quality of life and the effectiveness of social welfare actions or other net of support. Especially, we may feel the lack of researches concerning the subjective assessment of received support. This, in turn lead to the difficulties of forming the adequate system of supporting the disabled. In my opinion there is a reliable need of conducting such

researches that aim at revealing the link between the quality of life and the level of a need of individual support intellectually disabled persons. As an aim of research conceptualizations we may use proposed by Schalock definition of the quality of life, theoretical model of analysis of this construct and the conception of the need of social support (Schalock, 2010).

BIBLIOGRAFIA

American Association on Mental Retardation, (AAMR). (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*. 10th Edition. Washington: DC. American Association on Mental Retardation.

American Association on Mental Retardation, (AAMR). (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*. 10th Edition. Washington: DC. American Association on Mental Retardation.

Buntinx, W., Cobigo, V., McLaughlin, C., Morin, D., Tassé, M.J., & Thompson, J.R. (2008). *Psychometric Properties of the Supports Intensity Scale*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Washington: DC. American Association on Mental Retardation.

Błęzyńska, K. (2001). *Niepelnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*. Warszawa: Żak.

Borys, T. (2001) Jakość życia jako kategoria badawcza i cel nadrzędny. W: A. Wachowiak (Red.), *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia* (s. 17-41). Poznań: Wyd. Humaniora.

Czapiński, J. (1991). *Psychologia szczęścia*. Poznań: Akademos.

Czapiński, J. (2002). Szczęśliwy człowiek w szczęśliwym społeczeństwie? *Psychologia Jakości Życia*, 1, 1-39.

Czapiński, J., Panek, T. (Red.). (2000). *Diagnoza społeczna 2000. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: WFiZ.

Czapiński, J., Panek, T. (Red.). (2003). *Diagnoza społeczna 2003. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: WFiZ.

Czapiński, J., & Panek, T. (Red.). (2004). *Diagnoza społeczna 2003. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: WSiFZ.

Czapiński, J., Panek, T. (Red.). (2005). *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: WfiZ

Czapiński, J. (2004). Psychologiczne teorie szczęścia. W: J. Czapiński (Red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 51-102). Warszawa: PWN.

Firkowska-Mankiewicz, A. (1999). Jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie – prezentacja QOL-Kwestionariusza Jakości Życia. *Sztuka leczenia*, 5(3), 15-21.

Guscia, R., Harries, J., Kirby, N., Nettelbeck, T., & Taplin, J., Construct and criterion validity of the service need assessment profile: a measure of support for people with disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2006, 31, 148–155.

Dziurawicz-Kozłowska, A. (2002). Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 2, 77-99.

- IASSID, (2000). *Quality of life. Its conceptualization, measurement, and application. A consensus document prepared by: The Special Interest Research Group on Quality of Life.* International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. WHO-IASSID work plan.
- Jaracz, K.(2001). Jakość życia w naukach medycznych. W: Z. Melosik (Red.), *Młodość, styl życia i zdrowie.* Poznań: Wolumin.
- Kowalik, S. (1995). Pomiar jakości życia. W: A. Bańka, R. Derbis (Red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo.* Poznań: Wyd. UAM.
- Kane, R. A.(2002). Quality of life. In: L. Breslow (Ed.) *Encyclopaedia of Public Health.* Vol.3 (pp. 1003-1006). New York: Macmillan Reference USA.
- Kasprzyk, M. (2001). Środowiskowe uwarunkowania jakości życia osób z chorobą Alzheimera. W: E. Syrek (Red.). *Jakość życia w chorobie – społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków.* Kraków: Impuls.
- Kowalik, S. (1995). Pomiar jakości życia. W: A. Bańka, R. Derbis (Red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo.* Poznań: Wyd. UAM.
- Kowalik, S. (1998). Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. W: *Rozwiązywanie problemów życiowych mieszkańców domów pomocy społecznej.* Jarogniewice: Materiały Stowarzyszenia Przyjaciół i Sympatyków Domu Pomocy Społecznej w Jarogniewicach i Katedry Kultury Fizycznej Osób Niepełnosprawnych AWF w Poznaniu, Zeszyt 3, 9-29.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.E., Coulter, D.L., Craig, E.L., Reeve, A., et al. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports.* 10. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson R., Reeve, A.,(2001). Naming, defining, and classifying in mental retardation. *Mental Retardation*, 39 (1), 47-52,
- Luckasson R., Reeve, A.,(2001), Naming, defining, and classifying in mental retardation. *Mental Retardation*, 39 (1), 47-52,
- Mercer, G., Barnes, C., (2014). *Niepełnosprawność.* Warszawa. Wyd. Sic!
- Otrębski,W., Konefał, R., , Mariańczyk,K., Kulik, M.M. (2011). *Wspieranie rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem wyzwaniem dla pracy socjalnej,* Lublin: Europerspektywa Beata Romejko.
- Parmenter, T.R., Riches, V.C.(2002). *Assessment and Classification of Support Needs.* Sydney: Centre for Developmental Disability Studies,
- Sęk, H. (1993). Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny, Socjologiczny*, z. 2, 110-117.
- Schalock , R. L., Keith K. D., Hoffman K. (1990). *Quality of Life Questionnaire. Standardization Manual.* Mid-Nebraska Mental Retardation Services Inc., Hastings.
- Schalock, R. L. (2000).Three decades of quality of life. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*,15(2), 116-127.
- Schalock R.L., et al. (2010) *Intellectual Disability. Definition, Classification and System Supports,* Washington: AAIDD
- Stodden, R.A., Jones, M.A., Chang, K. (2002). *Services, supports and accommodations for individuals with disabilities: An analysis across secondary education, post secondary*

education and employment. Unpublished paper. University of Hawaii. Centre for Disability Studies.

Tassé, M. J., Thompson, J. R., McLaughlin, C. (2006). *Inter-interviewer and interrespondent concordance on the Supports Intensity Scale*. Poster presentation at the International Summit for the Alliance on Social Inclusion. May 3–5. Montreal, Canada.

Thompson, J.R., Hughes, C., Schalock, R.L., Silverman, R.L., Tassé, M.J., Bryant B., et al. (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental Retardation*, 40, 390–405.

Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. M., Rotholz, et al. (2004). *Supports Intensity Scale Users Manual*. Washington: DC, American Association on Mental Retardation.

Wachowiak, A. (2001). *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*. Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.

Żółkowska, T. (2004) *Wyrównywanie szans społecznych osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Szczecin: Inplus.

KONTAKT

dr hab. Teresa Żółkowska, prof. US

Uniwersytet Szczeciński
Wydział Humanistyczny
Instytut Pedagogiki
Szczecin, ul. Ogińskiego 16/17
71-431 Szczecin

Sborník příspěvků z XII. ročníku mezinárodní konference Pedagogická diagnostika a evaluace 2016 v sekci Speciálněpedagogická diagnostika

Speciálněpedagogická diagnostika v inkluzivním vzdělávání

Vydala Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta

| | |
|--------------|-----------------------------------|
| Editor: | doc. PaedDr. Petr Franiok, Ph.D. |
| Recenzoval: | doc. PhDr. Jaroslav Kysučan, CSc. |
| Vydání: | první, 2016 |
| Počet stran: | 130 |
| Náklad: | 120 |
| Tisk: | REPRONIS s. r. o., Ostrava |
| Cena: | neprodejné |

© Ostravská univerzita

ISBN 978-80-7464-862-5