

Monatová, Lili

Metodologické otázky speciální pedagogiky

In: Monatová, Lili. *Problémy speciální pedagogiky*. Vyd. 1. V Brně: Universita J.E. Purkyně, c1984, pp. 7-38

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/122073>

Access Date: 28. 11. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

I. METODOLOGICKÉ OTÁZKY SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Pro speciální pedagogiku, která prochází intenzívním rozvojem, má řešení metodologických problémů prvořadý význam. Základní teoreticko-metodologické východisko přitom zaujímá vztah mezi speciální i obecnou pedagogikou. Speciální pedagogika zahrnuje jednak obecné otázky, jednak jednotlivé druhy defektů, které mají řadu společných, ale i specifických rysů. V obecné rovině tvoří základ speciální pedagogiky definice a pojetí defektů, jejich cíle, úkoly, obsah, metody i formy. Přes mnohé styčné body se zde projevují odlišnosti mezi jednotlivými defekty, které je třeba brát v úvahu při konkrétním výchovném působení.

Metody speciální pedagogiky se opírají o obecnou metodologii věd i o metodologii obecné pedagogiky. Jeden ze základních metodologických problémů je postavení a uplatnění vědeckých speciálně pedagogických metod při stanovení diagnózy, prognózy a terapie sledovaných defektů. Tento postup napomáhá teoretickému výzkumu i praktickém uplatnění jeho závěrů ve výchovně vzdělávací práci s defektními dětmi, mládeží, dospělými i starými lidmi.

Významný je rovněž vztah metodologických otázek ke klasifikaci speciální pedagogiky. Přístupy autorů k řešení tohoto klíčového problému jsou ve své podstatě poměrně blízké a liší se spíše v některých jednotlivostech. To se týká zařazování toho kterého defektu do příslušné skupiny defektů, volby určité terminologie a rozhodnutí, které defekty patří do tohoto pedagogického oboru.

Celkově lze konstatovat, že v poslední době vystupují do popředí metodologické problémy speciální pedagogiky. Je to významné zjištění, které přispívá k dalšímu uplatnění výsledků vědy v této rozsáhlé aplikované disciplíně.

1. OBECNÉ OTÁZKY SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Speciální pedagogiku je možno definovat jako vědu o zákonitostech speciální výchovy a speciálního vzdělávání člověka, který trpí defektem a vyžaduje proto zvláštní přístup. Do této disciplíny patří odlišnosti, které jsou již takového rázu, že mají charakter *závady, poruchy, vady, defektu*. Proto je nelze řešit v rámci obecné pedagogiky, i když umožňuje aplikovat tvořivě obecné informace na jednotlivé odchylky ve vývoji a ve výchově jedince.

V Sovětském svazu se po dlouhou dobu podřazovala speciální pedagogika do vědního oboru defektologie. V současné době se prosazuje termín speciální pedagogika defektologická (A. I. Kairov—Ludvík Edesberger 1978).¹ Označení tohoto vědního oboru není dosud na celém světě jednotné, takže se užívají i jiné termíny jako pedopatologie, pedagogika nápravná, pedagogika léčebná, pedagogika defektních, pedagogika handicapovaných, pedagogická defektologie, speciální výchova.² U nás se ustálil od počátku sedmdesátých let termín speciální pedagogika.³ Jistěže lze předpokládat další změny ve vývoji těchto terminologických problémů.

Naše současné pojetí vychází z marxisticko-leninské koncepce vztahu obecné a speciální pedagogiky. Zabývá se *cílem, úkoly, obsahem, metodami*, a *formami* výchovy defektních a rovněž uplatněním všech výchovných složek s přihlédnutím ke specifickým jednotlivých defektů. Dále pak možnostmi *vzdělání*, využíváním pedagogických *principů, metod* výchovně vzdělávací práce i *speciálních postupů* u postižených. V neposlední řadě řeší *profesionální orientaci* defektních i problémy *výchovy rodinné, školní a mimoškolní* a *začlenění* do stylu *života* ve společnosti *zdravých* spoluobčanů. Také problematika *dospělých* a *starých lidí* trpících různými defekty je součástí speciální pedagogiky.

Každý člověk má určité vlastnosti somatické, psychické a sociální. Jedinec, u něhož jsou tyto vlastnosti přibližně stejné jako u většiny ostatních lidí, je průměrný, normální a je také schopen průměrných studijních či pracovních výkonů po delší dobu. Jsou-li jeho schopnosti sníženy nebo nejsou-li vytvořeny či zachovány, jedná se o podprůměrnost, o defekt. Pojem defekt, vada, porucha znamená nejčastěji *chybění* nebo *nedostatek* nějakého *orgánu, části těla*, někdy i dlouhodobou *chorobu*, či *chybu* nebo *odchylku* v oblasti *duševní* či *společenské*. Přitom je třeba si uvědomit, že každý defekt nemusí vést k tomu, aby byl postižený pokládán za defektního člověka. Pokud se dovede se svým nedostatkem sám vyrovnat, je odchylka jeho osobní věcí a do speciální pedagogiky nepatří. Projevuje-li se defekt navenek tak, že jedinec jej není schopen sám řešit, stává se postižený společenským problémem a je sociálním případem, který potřebuje zvláštní pomoc, speciální péči.

Zhodnocení vyžaduje naprosto individuální posuzování, protože někdy je nesnadné určit hranici mezi normálem a vadou. Koriguje-li jedinec např. své vidění brýlemi nelze o něm říci, že je defektní, pokud na tento svůj stav nereaguje nepřiměřeně a nestává se neurotickým případně až podivinským. Ze subjektivního hlediska se defektem stává určitá zvlášť-

¹ Defektologický slovník, SPN, Praha 1978, str. 268–269.

² Srovnej: Josef Zeman, Črty z pedopatologie, Praha 1928; Jan Mauer, Duševně úchylné děti, Praha 1929; Helene Löw-Beer, Milan Morgenstern, Heilpädagogische Praxis, Sensen Verlag, Wien—Leipzig 1936; Miloš Sovák, Defektologie obecná, SPN, Praha 1954; Hans Asperger, Heilpädagogik, 2. vyd., Springer Verlag, Wien 1956; H. Hanselmann, Einführung in die Heilpädagogik, Zürich—Stuttgart 1963; J. D. Kershaw, Handicapped Children, W. Heinemann, London 1966; Norris G. Haring, Richard L. Schiefelbusch, Methods in special Education, Mc. Graw-Hill Comp., New York—San Francisco—London 1967.

³ Miloš Sovák, Nárys speciální pedagogiky, SPN, 1972, 1. vyd.; Gabriel Rehuš a kol., K aktuálním otázkám speciální pedagogiky, SPN, Praha 1972; Lili Monatová, Úvod do speciální pedagogiky, SPN, Praha 1973.

nost tehdy, když ji postižený sám jako nedostatek pocituje a když mu z objektivního hlediska činí potíže uplatnit se ve společnosti stejně dobře jak se to daří ostatním lidem. Především speciální pedagogiky je tedy *komplexní péče* o defektní všech věkových skupin.

Tyto otázky jsou velice široké a týkají se všech, kteří utrpí nějaký fyzický nebo psychický defekt, který je buď vrozený případně dědičný, nebo získaný v různém věku od narození až do vysokého stáří. Z těchto důvodů je také nutno zamýšlet se nad příčinami vzniku jednotlivých odchylek, jejich projevů a průběhem, aby bylo možno stanovit optimální výchovné působení, zařazení do pracovního procesu a do společnosti. Současně je nutno věnovat se i prostředí, v němž postižený žije a navázat kladný kontakt s jeho rodinou, s učiteli a spolužáky, s vedoucími pracovníky i se spolupracovníky, s jeho přáteli atd.

Reakce na defekt a jeho prožívání závisí na celé řadě faktorů, k nimž patří jeho *hloubka a rozsah, věk a typ vyšší nervové činnosti* postiženého, *podmínky rodinné, sociální, pracovní, učební, studijní*, ale též *oblast tělesná, duševní i společenská, dosavadní zkušenosti a prožitky, celkové zaměření a postoje, důvěra ve vlastní síly a přístup jedince k ostatním lidem*. Proto je zapotřebí se zabývat stránkou *medicínskou, psychologickou, sociální a pedagogickou*. Každý defekt, ať má svou příčinu v kterékoli oblasti (např. záškoláctví či huhňavost), promítá se vždy do celé osobnosti, zasazuje všechny její složky, postihuje člověka jako celek. U jednotlivých defektů rozlišujeme různé *druhy, formy, a stupně poškození*. Nestačí konstatovat, že dítě nebo dospělý má určitý defekt, ale je nutno určit blíže, v které oblasti a do jaké míry se projevuje. Existují vady, poruchy, odchylky, které jsou za určitých okolností považovány za nedostatek, jindy takto hodnoceny nejsou. (Tak tomu je např. u vad výslovnosti, kdy ráčkované hrdelní „r“ je vadné v českém jazyce, avšak náležité pro jazyk francouzský).

I když určité defekty omezují některé orgány v jejich funkci, nemusí ovlivňovat negativně osobnost jedince. Pokud se konkrétní defekt neodráží svými důsledky v psychice osobnosti, nelze pokládat postiženého za defektního člověka. Jakmile však narušuje jeho vztahy ke společnosti, k výchově, ke vzdělání nebo k pracovní činnosti, stává se jedinec složitým problémem. V takovém případě nejsou v rovnováze základní tři komponenty osobnosti, a to *složka tělesná* (biologická, somatická), *složka duševní* (psychická) a *složka společenská* (sociální). Primární defekt, který zasáhl některou z uvedených stránek, způsobuje následné nedostatky v ostatních složkách, které jsou postižené nepřímou. Je pak nutno konstatovat, že vada se neprojevuje pouze v některé oblasti, že postihuje v různém stupni celou osobnost.

Z celkového životního prostředí jsou nejdůležitější vzájemné *vztahy společenské*, které se vytvářejí výchovou a vzděláváním a zařazením do pracovní činnosti. Je-li omezena existence člověka jako samostatného individua ve společenských vztazích, potom nastává porušení celistvosti osobnosti, vyvíjí se defektní jedinec. Objevuje se *defektivita*⁴ jako dlouhodobá porucha vztahů k ostatním lidem, která vzniká jako

⁴ Miloš Sovák, *Nárys speciální pedagogiky*, SPN, Praha 1972, str. 10–11.

důsledek defektu. Porucha sociálních vztahů se vyvíjí z neschopnosti postiženého adaptovat se na podmínky prostředí zdravých lidí. Zvláště nápadné je to u dětí a u mládeže, protože se nedovedou přizpůsobit normálnímu výchovnému prostředí. Proto jsou v některých zemích (např. ve Francii) označovány defektní děti za nepřizpůsobivé (*inadaptní*). Kolektiv zdravých dětí reaguje na sníženou adaptační schopnost defektního záporně a často dává výsměchem nebo vyloučením ze hry najevo jeho odchylku. Dítě se srovnává s normálními vrstevníky, uvědomuje si svou odlišnost, která ovlivňuje nepříznivě jeho city a myšlení, začíná se u něho vytvářet pocit méněcennosti a postupně také záporné charakterové rysy. Tento stav může nastat i u dospělého a starého člověka s podobnými negativními projevy.

Defektivita jako porucha vztahů ke společnosti, souvisí s jejich dynamičností a měnlivostí. Je dlouhodobá, ale není neměnná a nemusí být trvalá. Její příčinou je *orgánový* nebo *funkční* defekt promítající se ve vyšší nervové činnosti. V defektivitu se změní pouze ty orgánové nebo funkční vady, které narostou do společenských dimenzí. Projevují se v nedostatečné nebo odchýlné adaptaci na prostředí. Pokud se defekt odráží ve vyšší nervové činnosti, odráží se také ve společenských vztazích, zvláště ve vztazích k výchově, k vzdělávání a k pracovní činnosti. Pokud se tak nestane, zůstává defekt pouze vnitřní záležitostí jedince, nenarůstá do společenských dimenzí — to znamená, že defektivita nenastane.

Etiologie defektivity má často svou základnu v lékařských vědách, její hodnocení a její úprava se většinou řeší ve vědách společenských. Konkrétní péče o defektní děti, mládež, dospělé i staré lidi zahrnuje oblast medicínskou, psychologickou a pedagogickou, sociální a etickou, právní a ekonomickou. Veškerá náprava, zmírnění nedostatků začíná *lékařskou diagnózou*, která je důležitá zejména u organického postižení. Je podstatné zjistit, zda jde o poruchu či vadu dědičnou, vrozenou nebo získanou, je-li zapříčiněna nějakým chorobným procesem organismu či úrazem, a zda si ji zavinil postižený sám nebo mu ji někdo způsobil. Neméně závažná je *prognóza*, vyjádření, zda nedostatek se bude zmírňovat, dá-li se vyléčit, nebo bude stejný, případně se projeví tendence k jeho zhoršování. V mnoha případech jsou tyto problémy vázány na věk, v němž defekt nastal, poněvadž čím dříve se objeví, tím bývá u progresivních onemocnění méně příznivá prognóza. K medicínské diagnóze se úzce přimyká terapie operativní, medikamentózní, fyzikální, vodoléčba, léčebná tělesná výchova atd.

Úkolem *psychologie* je co nejpřesněji stanovit úroveň a projevy jednotlivých psychických funkcí zejména poznávacích schopností, citových prožitků, volných procesů, ale i temperamentu, potřeb, motivů, postojů, zájmů a charakterových vlastností. Současně je úkolem psychologů seznámit se s prožíváním defektu a s prostředím, v němž postižený žije, se vztahem členů rodiny, školy nebo pracoviště k jeho defektu.

Po stanovení těchto specifických zvláštností je úkolem *pedagogické diagnózy* postihnout úroveň vědomostí, dovedností a návyků defektního jedince, jeho přístup ke vzdělání, vztah k vrstevníkům, k učitelům i k vychovatelům a na tomto základě určit blíže jaké výchovy a vzdělávání se má dítěti nebo dospívajícímu dostat. U dospělých je třeba

posoudit možnosti uplatnění v pracovním procesu s velmi jasnou konkretizací úkolů, které má zaměstnanec se změněnou pracovní schopností plnit. Na komplexní a detailní diagnózu navazuje *pedagogická terapie*, jejímž prvořadým úkolem je zlepšit postoj daného jedince k defektu a k okolí, v němž žije. Úspěch je do značné míry závislý na průběhu primárního postižení, na tom, zda se defekt upravuje nebo naopak zhoršuje, zda jedince omezuje, neurotizuje nebo vede k větší sebekázni, k intenzivní aktivitě a k systematické činnosti. Dosažení pozitivního cíle vyžaduje dlouhodobé a systematické působení na postiženého, ovlivňování jeho rodiny a všech osob, se kterými se stýká. Dále zahrnuje využití obecných a speciálních pedagogických metod včetně *prevence*, jež má čelit prohloubení nebo vytvoření dalších sekundárních defektů.

Podstatné je rovněž vyřešení sociální situace, která souvisí úzce se stránkou etickou, právní a ekonomickou. Uvedené oblasti mají velký vliv na prožitky, náladu, postoje a vztahy defektního k jeho rodině a přátelům, ke spolužákům či spolupracovníkům i k širší společnosti. Jde o celou řadu vážných rozhodnutí, na nichž závisí jeho další život — zda bude dítě žít se svými rodiči nebo v dětském domově, učit se v základní či speciální škole; zda dospělý prožije svůj další život ve své rodině s manželkou a dětmi nebo v ústavu sociálního zabezpečení; zda bude nutné přeškolení a přerazení na jiné pracoviště nebo bude moci pokračovat v původní profesi; jaké bude finanční odškodnění úrazu; zda bude i nadále jedinec soběstačný apod.

V této souvislosti je důležitá charakteristika defektních ve vztahu k věku v době vzniku postižení.

U *děti* je bezesporu nejsložitější situace těch, které mají nějaký defekt od narození. Celá řada nedostatků (např. těžké vady sluchu, zraku...) má vliv na zpomalení vývoje, poněvadž dítě je odkázáno při orientaci na okolí, v němž žije, nemůže navazovat kontakt v té míře, jak by bylo pro jeho optimální rozvoj žádoucí. Tím, že mu vychovatelé často správně nerozumějí, a je proto omezeno ve svých základních potřebách, dochází u něho k afektům a negativním citovým projevům, takže se postupně stává defekt komplikovaným.

U defektů, které vznikají *po šestém roce života*, je jistý klad v tom, že celý předškolní věk se mohlo dítě rozvíjet normálně. Nastane-li odchylka přibližně do devíti až do desíti let, vyrovná se většina jedinců se svým postižením po určité době celkem úspěšně. Postupně se přizpůsobí novým podmínkám a možnostem. Je to samozřejmě náročné období pro dítě i pro vychovatele, od nichž se požaduje rozumný, citlivý a současně přiměřeně náročný přístup.

Defekty, které postihují mládež v období středního školního věku, tzn. *v pubertě*, kdy dochází k výrazným změnám ve vývoji člověka, jsou náročné na správné řešení všemi dospělými, kteří přicházejí s dorůstajícími do kontaktu. Větší citlivost pubescenta, úroveň jeho abstraktního myšlení, úvahy o sobě, o dalším životě atd. tvoří značné úskalí pro další správný a příznivý vývoj. Dospívající si uvědomuje již příliš dobře o co byl připraven, a to zvláště tehdy, nastane-li komplikovaný defekt, který přivede např. třináctiletého do školy pro nevidomé. Také následující ob-

dobí od čtrnácti či patnácti do osmnácti let, které je posledním stupněm na cestě k dospělosti, skrývá mnoho problémů pro vyrovnání se s nově vzniklou vadou.

Celkově však vyplývá z dlouhodobého pozorování, že defektivita bývá o to hlubší, čím dříve postižení nastalo. Dítě, které má nějaký složitější defekt od narození, si postupně začíná uvědomovat svou odlišnost a je vystaveno stále dalším a novým psychickým nárazům ze strany zdravých lidí. Nemá dost zkušeností, aby jim dovedlo čelit a ani dost možností reagovat správně a tím u něho vznikají a pozvolna se prohlubují odchylky od normálního jednání a chování. Takto se může ve složitých podmínkách vyvinout řada problematických charakterových rysů, které jsou důsledkem dlouhodobého nevhodného výchovného působení, ovšem nesnáze má defektní jedinec.

Nejdůležitější je proto správné a optimální řešení každého případu s komplexním posouzením, zda rodina a normální základní škola, či naopak internátní zařízení usnadní dítěti, později pak dospívajícímu začlenit se do života a přizpůsobit se kolektivu normálních lidí. Nezbytný je však individuální přístup, speciální výchova, případně i některé specifčnosti při vzdělávání dítěte. Někdy proto nelze ponechat v rodinném prostředí a běžné škole dítě s lehkou vadou, jindy i středně těžce postižený jedinec překoná svůj nedostatek a je pro něho právě tato možnost výhodná a přiměřená.

Defektní *dospělé* je možno rozdělit do tří diametrálně odlišných skupin: na ty, kteří mají nějaký defekt od narození nebo z raného dětství, dále na postižené z mládí a na jedince, kteří se stali defektními až v dospělosti nebo dokonce v pozdějším věku.

První skupina prošla speciální výchovou, vykazuje ovšem zpravidla ve svém chování, jednání, postojích a reakcích určité odchylky, které vznikly srovnáváním se zdravými vrstevníky a nemožností vyrovnat se jim plně a také působením rodičů, učitelů, širší veřejnosti. Na druhé straně jsou přece jen se svým nedostatkem vyrovnání nebo aspoň smíření, zvláště ti, kteří se mohou zapojit běžně do společnosti.

Větší problémy lze konstatovat u těch, kteří zažili normální způsob života (např. ti, kteří pozbyli sluch až po desátém roce) a pamatují si svou dřívější situaci. Je třeba velmi systematické výchovy, porozumění, ale současně náročnosti, aby si mohli uvědomit zbývající, případně i nové možnosti. (Např. příležitost dokončit vzdělání po úrazu se zařazením na kvalifikovanější práci.) Dosažení tohoto cíle vyžaduje spolupráci nejen postiženého, ale i jeho rodiny, zdravotníků, případně i dalšího okruhu dospělých, se kterými přichází defektní do častějšího kontaktu.

Dospělí tj. třetí skupina, mají již určitý životní plán, profesi, ustálenější názory, projevují se u nich závazky k rodině, hlavně k dětem, takže řešení těchto otázek bývá složité a náročné. Jedinec, který byl aktivně činný, úspěšný, plný elánu, společenský atd. se nesmíruje lehce se změnami, kterým se musí přizpůsobit. Tato skutečnost se netýká jen všech druhů defektů, ale i chronických chorob, zvláště takových, které jsou progresivní a proto ovlivňují celý psychický život. Člověk postižený v produktivním věku, potřebuje nutně výchovné působení zaměřené na vyrovnání se s danou situací, dále na zachování aktivity a na její zaměření

novým směrem. Vhodné zázemí může usnadnit adaptaci a přispět i k sociální integraci.

Pro splnění těchto náročných úkolů je třeba, aby se odborní pedagogové zabývali výchovou defektních dospělých, a to nejen v léčebných ústavech, v rodinách, na pracovištích, ale i ve Svazu invalidů i jinde. Jde o působení extenzivní a současně intenzivní vyžadující úzkou spolupráci s lékaři, se středními zdravotními pracovníky, s pedagogy, s psychology, s psychiatry, se sociálními pracovníky, s řídicími pracovníky nejrůznějších pracovišť a s dalšími odborníky.

Do zvláštní skupiny dospělých patří *starší lidé*, u nichž vystupují různé zdravotní obtíže a defekty zřetelně do popředí a kde je úkolem pedagoga působit na postižené tak, aby mohli prožívat klidně a optimisticky své stáří. Lze toho dosáhnout tím, že se zvýší jejich pocit užitečnosti, potřebnosti a že objektivní neduhy jim nebudou připomínat jejich věk a snižovat perspektivy pro další život.

Celkově lze konstatovat, že se *staršími a starými lidmi*, kteří jsou již v důchodovém věku, je dosti často obtížnější práce, protože se hůře přizpůsobují změnám. Jejich adaptační schopnosti jsou snižené, mají strach z bolestí, ze zhoršení defektu, brání se někdy samostatnosti atd. Často je snížena jejich ochota spolupracovat se zdravotníkem, lékařem, sociálním pracovníkem, pedagogem. Někteří nedůvěřují diagnóze a terapii a vyhledávají případně i nekvalifikovanou radu. Takovým projevům lze většinou předejít zabezpečením taktního jednání, porozuměním, zvýšenou trpělivostí, vhodným povzbuzením a doceněním jejich snahy při různé činnosti.

U těch, u nichž je zachováno *činné stáří*, aktivita, kteří jsou plně integrováni ve společnosti a mají optimistický přístup k nápravně pedagogickému působení, jsou výsledky mnohem pozitivnější. Hluboké studium *gerontologických otázek* může výrazně přispět i ke kvalitnější spolupráci s nejstaršími spoluobčany a vést k efektivnějšímu řešení jejich problémů.

2. METODY SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Úspěšné a efektivní řešení speciálně pedagogických problémů závisí na výzkumu jednotlivých druhů defektů, na komplexním posouzení osobnosti z hlediska somatického, psychického a sociálního. Jak výstižně uvádí Vladimír Jůva zahrnuje zkoumání jednak kritické zhodnocení historického dědictví pedagogiky, jednak shrnutí současných pedagogických zkušeností výchovných a vzdělávacích institucí, pracovišť, organizací, hromadných sdělovacích prostředků, rodiny a širšího prostředí. Analýza uvedených dvou oblastí vyúsťuje v experimentální ověřování nových koncepcí, prostředků i metod výchovy.⁵ Přístupy obecné pedagogiky jsou významným teoreticko-metodologickým východiskem pro pedagogiku speciální, kde jde v souvislosti s prudkým rozvojem vědy a techniky

⁵ Vladimír Jůva, *Pedagogika jako věda*, UJEP, Brno 1977, str. 18.

o trvalé hodnocení výsledků výzkumů zaměřených na výchovně vzdělávací práci s defektními dětmi, dospívajícími, dospělými i starými lidmi.

Speciálně pedagogické metody se opírají o obecnou metodologii, kterou je marxisticko-leninská filozofie.⁶ Obecná metodologie klade požadavek zkoumat předměty, jevy, procesy důkladně a všestranně v jejich rozmanitosti a vývoji, protože pouze takto lze odhalovat jejich podstatu. Metodologickým základem každého konkrétního pedagogického výzkumu je dialektický a historický materialismus jako věda o nejobecnějším pohybu a rozvoji v přírodě, ve společnosti a v myšlení člověka, protože přírodní, společenské i pedagogické jevy a procesy podléhají neustálým změnám a trvalému rozvoji.

Metodologickým východiskem materialistické dialektiky je *princip všeobecné vzájemné souvislosti* mezi všemi předměty a jevy materiálního světa, který umožňuje jejich kauzální interpretaci. Dále je to *princip vývoje* týkající se všech forem pohybu hmoty. Vývoj znamená přirozenou změnu určité části hmoty na různé úrovni postupně od vývoje fyzikálního k biologickému, dále k psychickému až k sociálnímu vývoji.

Pro vědecké poznání mají velký význam obecné *zákony dialektiky*. Zákon jednoty a boje protikladů poukazuje na předpoklady a zdroje vývoje, zákon přechodu kvantity v kvalitu naznačuje způsob vývoje a zákon negace negace určuje směr a celkovou tendenci vývoje jevů.

Historický materialismus zdůrazňuje *princip objektivního materialistického a historického přístupu* ke skutečnosti, *princip posuzování společnosti* jako specifického společenského organismu, *princip třídního přístupu* k sociálním jevům a *princip vzájemného těsného sepětí teorie a praxe*.⁷

Uplatnění dialektického zřetele umožňuje postupovat při zkoumání systematicky, respektovat všechny okolnosti a souvislosti a pronikat do jejich základů. Dialektická metoda vyžaduje řídit se při výzkumu místem a časem, odhalovat podstatné vztahy mezi jevy, hledat hlavní příčiny, vidět perspektivu, objevovat vše, co je nové, respektovat změnu a vývojové zákonitosti, opírat se o soustavu faktů a teprve potom dospívat ke zobecnění.

Pedagogická metodologie se zabývá zkoumáním metod pedagogického výzkumu a řídí se požadavky a zákony dialektického a historického materialismu. Speciálně pedagogické metody mohou takto pronikat hlouběji do podstaty pedagogických jevů a procesů a objevovat zákonitosti v pedagogické realitě. Vědecký výzkum lze charakterizovat jako cílevědomý, záměrný proces s přesně vymezeným plánem a úkolem, který systematicky sleduje tak, aby dosažené výsledky byly objektivní a nosné.

Na řešení problémů speciální pedagogiky se podílejí metody diagnostické a prognostické v těsném sepětí se zkoumáním efektivity terapeutických metod. Uvedené skupiny metod slouží

⁶ František Čížek a kolektiv, *Filosofie, metodologie, věda*, Svoboda, Praha 1969, str. 46–63. Radislav Ničkovíč, *Metodológia pedagogického výzkumu*, SPN, Bratislava 1968, str. 9–10.

⁷ Srovnej: S. M. Kovaljov, *Základy marxisticko-leninské filosofie*, Svoboda Praha 1975, str. 60–107.

speciálně pedagogické praxi při řešení konkrétních případů, ale současně také teoretickému výzkumu. Výsledky poskytují cenný materiál, který se stává zdrojem informací pro stanovení komplexní péče a výchovných postupů, ale i pro další bádání. Současně potřebuje celkové řešení, stále efektivnější a dokonalejší charakter vědecko-výzkumné činnosti. Speciálně pedagogický výzkum se opírá o *vstupní, průběžnou a o výstupní* neboli *kontrolní diagnózu*, která napomáhá objektivnímu objasnění dané problematiky a přispívá k další prognóze a ke stanovení terapie.

K výzkumným speciálně pedagogickým metodám patří metoda historickosrovnávací, metoda anamnestická, metoda pozorování, metoda pedagogického experimentu, metoda rozhovoru, metoda dotazníková, metoda analýzy výsledků činnosti, metoda studia školní i jiné dokumentace a metody měření výkonů. Uvedené metody se nepoužívají zpravidla jednotlivě, ale v určité sestavě, v komplexu, systémově, aby bylo možno získat hodnotné a věrohodné podklady, užitečné pro teoretickou a praktickou činnost.

K vyhodnocení získaných materiálů slouží metody matematicko-statistické analýzy, komparace výsledků zkoumání a kvalitativní analýza. Tyto postupy dovolují utřídit a vyhodnotit nashromážděné podklady, interpretovat je, odhalit kauzální vztahy a dospět k celkovým výsledkům. Dosažené závěry jsou cenným přínosem pro teorii i pro konkrétní aplikaci a mohou ovlivnit významně inovaci další speciálně pedagogické práce.

Výchozí metodou speciální pedagogiky je metoda historickosrovnávací, jejíž podstatou je shrnutí dosavadních informací o sledovaném problému. Opírá se o speciálně pedagogickou literaturu, která je podstatným zdrojem pro hodnocení dosažených poznatků.

Volba výzkumu určuje výběr literárních pramenů, které mohou být zaměřené na ideje teoretiků a na vývoj pojetí speciální pedagogiky. Hodnocení se může zabývat vývojem speciální péče o defektní a nemocné jedince se zvláštním zřetelem na oblast zdravotní a léčebnou, na úsek sociální či proces výchovně vzdělávací. Měřítkem pro posouzení druhu, stupně a typu postižení je přitom možnost začlenění defektního do společnosti, jeho vychovatelnost, vzdělatelnost a pracovní způsobilost. Dalším úsekem výzkumné práce při užití historickosrovnávací metody je vývoj speciálních institucí včetně pracovišť, na nichž se postižení uplatňovali v dřívější době.

Užití této metody dovoluje analyzovat na základě komparace různé výchovné postupy a modely z minulosti i současnosti, názory na péči o defektní, rozvoj speciálního školství, začlenění do pracovního procesu i do společnosti v různých obdobích rozvoje speciální pedagogiky.

Jednou z důležitých metod je *anamnestická metoda*, kterou lze nazvat také životopisnou nebo biografickou metodou.⁸ Jejím podstatným úkolem je sbírat údaje o vyšetřovaném a jeho předcích se zřetelem na patologické úchylnky, dále zjišťovat podmínky a okolnosti jeho vývoje. Skládá se ze tří částí: první je *osobní anamnéza*, která zkoumá dosavadní

⁸ Srovnej: S. L. Rubinštejn, *Základy obecné psychologie*, SPN, Praha 1964, str. 190, 595, 722–725; Günter Clauss a kol., *Wörterbuch der Psychologie*, VEB Bibliographisches Institut, Leipzig 1976, str. 27–28. Ibid. 1981, str. 29.

vývoj defektního od narození do současnosti. Průběh jednotlivých věkových období může poskytnout vzhled do odchylek v některých tělesných, duševních i společenských projevech, zda vývoj byl od počátku porušený nebo omezený, nebo zda byl zpočátku normální a teprve později byl zpomalen či zastaven. Je žádoucí získat co nejkomplexnější obraz o celkovém fyzickém vývoji, tzn. o růstu, chorobách, úrazech, dále pak o rozvoji všech psychických funkcí, k nimž patří funkce rozumové, citové, volní i vlastnosti osobnosti jako je temperament, schopnosti, zájmy, charakterové rysy. Je zaměřen na všechny vývojové zvláštnosti tak, aby bylo možno obdržet co nejpresnější informace o jejich změnách. Vznik a vývoj chorobných stavů zhodnotí odborní lékaři (pediatr, chirurg, ortopéd, oftamolog, otolog, laryngolog, neurolog, psychiatr . . .), celkový, zvláště pak duševní a sociální vývoj posoudí psycholog, pedagog, praktičtí výchovní pracovníci a učitelé, nadřízení i spolupracovníci.

Cílem druhé části je postihnout na základě *rodinné anamnézy* příčiny tělesných nebo duševních defektů, které mohly ovlivnit jedince dědičně. Je významné je odlišit od vrozených, případně získaných vlivů. Takto lze odhalit příčiny odchylek v činnostech, jednání a chování, protože mnohé nedostatky se přenášejí i napodobováním. Na jejich vzniku se může podílet celá řada faktorů, které je potřebné detailně analyzovat a zhodnotit. Rodinná anamnéza poskytuje údaje o rodičích a sourozencích, dále o předcích, případně závažnější data o širším příbuzenstvu. Je třeba zjišťovat, zda rodiče žijí, jaký je jejich věk, případně kdy zemřeli, zda se vyskytovaly v rodině zvláštní choroby nervové, tělesné, duševní, zachvatovitá onemocnění, zda se objevovaly povahové úchytky, podivínství, výstřednosti, zvláštní záliby, sklony, speciální dovednosti, schopnosti, nadání, poruchy zraku, sluchu, řeči, intelektu, tělesné vady apod. Je nutno se také informovat, zda nejde o příbuzenský sňatek a zda v jednom nebo obou rodech nebyly některé výraznější vady. Je potřebné zvážit dědičné vlivy, nepřeceňovat je, ale nelze je také opomíjet. Pokud možno, je na místě odlišit je od vrozených defektů.

Úkolem třetí části je proniknout do *podmínek životního prostředí* se zaměřením na vytváření a upevňování sociálních vztahů defektního. Posuzuje se celková situace v rodině — rodinné poměry, vztahy mezi rodiči, mezi rodiči a dětmi, mezi sourozenci i mezi ostatními členy rodiny a jejich působení na postiženého. Pokud jde o výchovné instituce, jsou zajímavé vlivy prostředí v jeslích, mateřské škole, družině, dětských domovech, internátech pro mládež i dospělé, v domovech důchodců, v léčebnách, ozdravovnách a v ústavech sociální péče.

Je nutné sledovat rovněž činnost všech typů škol, jak hodnotí defektního žáka učitelé, jaké má postavení mezi spolužáky, jeho školní výsledky, prospěch se zaměřením na mimořádné výkony, ale i na nedostatky, zda se u něho projevují zvláštní zájmy, schopnosti, nadání nebo naopak odchylky ve vývoji. U dospělých lze hodnotit atmosféru na pracovišti, vztah nadřízených, spolupracovníků i podřízených, jejich účinek na postiženého, pracovní aktivitu, charakterové vlastnosti. V každém z daných prostředí je potřebné zjišťovat jeho úspěchy či neúspěchy, jeho zvláštní zážitky, specifičnosti chování, aby o něm mohl vzniknout co nejkomplexnější obraz. Materiál o životních podmínkách a životním stylu shromaž-

dují sociální pracovníci ve spolupráci s ostatními odborníky tak, aby podklady pro vyhodnocení byly co nejúplnější.

Anamnéza má poskytovat možnost odhalit *životní historii jedince*, objasnit všechny významné okolnosti současného stavu, osvětlit vývoj jeho osobnosti.



Obr. 1. Metoda pozorování dětí při hře

Pozorování je metoda systematického, plánovitého, bezprostředního sledování defektních.⁹ Jde o úmyslné vnímání určité situace, činnosti, jednání, jehož cílem je proniknout do příčin a souvislostí daného projevu. Úkolem vědeckého pozorování je zaznamenat jev co nej přesněji a nejúplněji, aby mohl být detailně analyzován. Takto získaný faktický materiál dovoluje stanovit hodnotné závěry. Při užití této metody je možno volit pozorování krátkodobé nebo dlouhodobé. *Krátkodobé pozorování* má své uplatnění při sledování jednorázových situací, které se neopakují, dále při zaměření na jednodušší krátkodobé jevy, které lze snadno vyhodnocovat. Speciálněpedagogické situace vyžadují zpravidla *dlouhodobé, opakované pozorování*, které může především poskytnout hlubší vhled do všech jednotlivostí a dovoluje dospět k potřebnému zobecnění. Při pozorování lze použít např. fotografický, filmový, zvukový, magnetofonový či videomagnetofonový záznam, též lze využít jednosměrné průhledné zrcadlové stěny, nebo průmyslovou televizi. Tyto moderní po-

⁹ Vladimír Václavík, K otázce výzkumných metod v pedagogice, *Jednotná škola* 1965, str. 598–610, 1966, str. 209–225; Ludovít Januška, *Metodika pozorovania žiakov*, VÚP, Bratislava 1966, str. 15–64.

můcky mohou upřesnit analýzu získaného materiálu a usnadnit celý výzkum.

Další metodou je pedagogický experiment (pokus), který se rea-



Obr. 2. Pedagogický experiment v mateřské škole

lizuje v přesně zvolených podmínkách a umožňuje zasahovat cílevědomě do zkoumaného jevu.¹⁰ Pro potřebu speciální pedagogiky je zvláště cenný *terenní* neboli *přirozený experiment*. Jeho specifičností je, že se koná přímo v terénu, tzn. v rodině, ve škole, v dětském domově, v internátě, na hřišti, na pracovišti, v ozdravovně či léčebně, tam, kde se zkoumané jevy obvykle vyskytují. Je výhodný proto, poněvadž se neporušují přirozené podmínky průběhu řešeného problému. Naproti tomu se koná *laboratorní experiment* v záměrně vytvořených podmínkách, ve vědeckých laboratořích, které jsou zvlášť pro experimentální zkoumání upravené a umožňují sledovat postiženého lépe a detailněji zaměřit se na určitý zvolený celek, nebo na jeho jednotlivé části a komponenty. *Laborator* má stálé technické vybavení s řadou pomůcek a aparatur, kterými lze registrovat přesně vybrané projevy, měřit jejich průběh, časové trvání apod. Škýtá proto stálou kontrolu všech okolností, za nichž se zkoumaný jev uskutečňuje.

Podle sledovaného cíle se rozlišuje *experiment zjišťovací*, který usnadňuje vstupní diagnózu a *experiment ověřovací*, jenž poskytuje materiál

¹⁰ Ferdinand Toman, *Experimentální pedagogika po stránce formální a věcné*, Alois Šašek, Velké Meziříčí 1925; Tobie Jonckheere, *Experimentální pedagogika*, Dědictví Komenského, Praha 1938, str. 12–102.

pro diagnózu výstupní. Oba druhy mají své uplatnění ve speciálně pedagogické diagnostice i v teoretickém výzkumu, protože podávají přehled o pokroku, pozitivních i negativních změnách určitého projevu. Usnadňují a precizují prognózu a naznačují postup další práce s defektním.

Výhodou pedagogického experimentu je možnost vyvolat záměrně potřebnou situaci a měnit jednotlivé stránky i okolnosti, za nichž nastává a ovlivňovat podmínky jejího průběhu. Všechny hlavní faktory, které se v experimentu projeví, je nutno přesně zaznamenat a vyhodnotit, současně sledovat jejich vliv na proces a výsledky výchovy, vzdělávání, pracovní činnosti, výkonnosti, začleňování do společnosti apod.

Cenné informace skýtá metoda *rozhovoru* (interview), kterou lze charakterizovat jako zkoumání určité oblasti pomocí otázek a odpovědí.¹¹ Základní podmínkou úspěšného rozhovoru je vytvořit ovzduší vzájemné *důvěry* a *úcty*, kladných společenských vztahů, hlubokého zájmu, aby bylo možno získat upřímné a pravdivé odpovědi. Defektní děti jsou často plaché a je obtížnější s nimi navázat kontakt. Dospívající a dospělí bývají přecitlivělí, je proto nutno formulovat otázky šetrně a přizpůsobit je individuálně celkovému tělesnému i duševnímu stavu postiženého. Metoda rozhovoru umožňuje důvěrnou rozmluvu, v níž defektní sděluje tomu, komu věří, své nesnáze, pocity, starosti, problémy, zážitky, pohnutky, zkušenosti či vědomosti. Rozhovor vyžaduje vždy předem promyšlený plán a důkladně uvážené otázky. Soustavu dotazů je třeba volit tak, aby objasnily zkoumaný jev, situaci z různých stránek. Na začátek rozhovoru se zařazují otázky obecnějšího charakteru, speciálnější až na druhé místo a intimní dotazy pokud možno až na konec. Je třeba je vyjádřit tak, aby byly srozumitelné, obsahově výstižné, jednoznačné, věcně správné, přesné, úplné a aby nebyly sugestivní.

Rozlišujeme dva druhy rozhovoru, a to rozhovor řízený a rozhovor improvizovaný. Při *improvizovaném rozhovoru* lze dosáhnout hlubšího sblížení se zkoumaným jedincem, takže je ochoten odpovědět na položené otázky. Tento typ rozhovoru je volen často při řešení problémů speciální pedagogiky, protože poskytuje velmi cenný zdroj informací pro diagnostiku i pro stanovení dalšího postupu práce s defektním. Téma rozhovoru musí být předem přesně připravené a důkladně promyšlené, konkrétní znění otázek však vyplývá z celkové situace a bezprostředního průběhu. Je důležité neodbočit od stanoveného tématu, správně rozhovor usměrňovat a mít na zřeteli vytčený cíl.

Naproti tomu při volbě *řízeného rozhovoru* je zapotřebí připravit otázky předem, dodržovat jejich přesné formulace a sled, aby byly pro všechny zkoumané vytvořeny tytéž podmínky. Nejčastěji jde v obou případech o *individuální rozhovor*, při němž rozmlouváme pouze s jednotlivcem. Někdy však má přednost *rozhovor skupinový, kolektivní*, který má charakter besedy. Většinou se koná v malé dvou až tříčlenné skupince, maximálně se sedmi až deseti jedinci.

Podle charakteru úkolu je nutno stanovit ještě před výzkumem, který typ rozhovoru bude zvolen. Je třeba sledovat každou odpověď, zapisovat

¹¹ Gyuláné Illyés a kol., Špeciálnopedagogická psychológia, SPN, Bratislava 1978, str. 356–359.

ji buď bezprostředně, nebo nahrávat na magnetofon (případně i ukrytý), za určitých okolností zaznamenat obsah nebo i formulace až dodatečně. Kromě výpovědí registrujeme i chování defektního, protože poskytuje často cenné další informace. Výsledky rozhovoru mohou být efektivní jen při navázání kladného kontaktu s dotazovaným, je-li získána jeho důvěra. Odpovědi je nutno ověřit, aby byla zajištěna jejich maximální hodnověrnost. Vést úspěšně rozhovor vyžaduje takt, přátelský kontakt, poctivost; lze jej charakterizovat jako pedagogické mistrovství, pedagogické umění.

Potřebám speciální pedagogiky slouží také *dotazníková metoda*, kterou se shromažďují písemné odpovědi na písemné otázky od většího počtu sledovaných jedinců současně. Většinou je tato metoda volena pouze jako *doplňková metoda*. Má své uplatnění zejména tehdy, je-li potřeba zjistit některé konkrétní údaje od většího počtu defektních se stejným postižením, kteří mají různé bydliště. V těchto případech vyžaduje dotazník úvodem bližší zdůvodnění směřující k získání ochoty a spolupráce respondentů. Zvláště je velice důležitá *jasná a srozumitelná instrukce*, aby dotazník mohli náležitě vyplnit. Pochopí-li, že správné a pravdivé odpovědi jsou hlavně v jejich vlastním zájmu, je dotazník cenným zdrojem zpráv.

Výhodou dotazníku je, že si lze otázky v klidu promyslet a nerušeně na ně odpovědět. Nikdo neovlivňuje volbu odpovědi, zda bude kladná, záporná nebo neurčitá. Touto metodou je možno obdržet mnoho materiálu v krátké době. Možnost zachování anonymity při vyplňování dotazníku může mít své klady v tom, že defektní zodpoví i ty dotazy, které by jinak vynechal, nebo zodpověděl nepravdivě. Záporom je, že nelze požádat dodatečně o zpřesnění nebo rozvedení odpovědí. Rozhodnutí, zda dotazovaný má uvést svoje nacionále, záleží na charakteru výzkumu. Dotazník má však i řadu nevýhod souvisejících s věrohodností odpovědí. Problémem je omezení na dané otázky, nejistota ve vlastních pocitech a postojích, neporozumění daným otázkám, neochota odpovídat správně, případně snaha přerušovat a klamat.

Má-li být dotazník užitečný, upotřebitelný a spolehlivý, musí být dobře sestaven a obezřetně použit, je nutné, aby otázky byly formulovány stručně, srozumitelně, aby nedovolovaly dvojí výklad a nebyly sugestivní ani příliš složité. Je nezbytné, aby smysl všech otázek byl jednoznačný a aby je všichni respondenti chápali stejně. Forma *odpovědi* může být různá, buď *slovní*, kdy zkoumaný sám odpověď tvoří, nebo může volit z více možností (např. ano — ne — nevím — nejsem si jist), nebo *neslovní*, kdy odpověď např. kreslí, vyznačuje symboly, znaky apod. Způsob sestavení dotazníku má poskytovat možnost dospět k objektivní analýze veškerého takto získaného materiálu. Při zpracování a vyhodnocení se uplatňují matematicko-statistické metody, které umožňují další kvalitativní zpracování a vyhodnocení.

Metoda analýzy výsledků činnosti dovoluje rozebrat již vytvořený, hotový materiál. Touto metodou nelze sledovat průběhovou stránku jeho vzniku, k analýze slouží pouze *dokončená práce, výtvor, výrobek, předmět, dílo*. Přesto je cennou pomůckou pro vstupní i výstupní diagnózu, protože lze hodnotit výsledky školních prací jako jsou

písemné prověrky z řady předmětů, výsledky ručních a laboratorních prací, kresby, modely, grafické práce, ale i deníky, dopisy, literární, výtvarná a hudební díla. Rovněž výsledky pracovní a zájmové činnosti tvoří cenný materiál.

Vzhledem k tomu, že úkolem výchovy defektních je vést je k aktivitě, k činnosti, mohou být výtvořky také významným vyústěním výchovného působení. Lze proto tuto metodu považovat rovněž za vhodnou terapeutickou metodu, kdy jde o činnostní terapii, arteterapii, muzikoterapii nebo léčbu prací, učením, hrou. Výsledek, dílo, které postižený sám vytvořil, má kladný vliv na jeho psychický stav, je pro něho důkazem o vlastních dovednostech, schopnostech, užitečnosti a mívá další motivační hodnotu.

Všechny výsledky činnosti skýtají bohatý materiál a poučení o defektním jedinci, o jeho vývoji, prožívání a přístupu k poškození i o jeho dosažené úrovni. Prohlubují informace o jeho aktivitě, dovednostech a schopnostech, o zaměření jeho zájmů a zálib. Analýza materiálů dokresluje podstatně obraz, který lze získat užitím ostatních diagnostických metod a je jejich cenným doplňkem. Vyžaduje exaktní zpracování, dostatek materiálu k hodnocení a odborný přístup.

K metodě analýzy výsledků činnosti defektních se úzce váže metoda studia školní i jiné dokumentace, která zahrnuje *materiály pedagogických pracovníků, doklady o činnosti speciálních škol a školské správy i dalších výchovných institucí pro defektní*. Učitelé jednotlivých typů speciálních škol si vedou pro své pedagogické působení písemné přípravy na vyučování, v kterých uvádějí konkrétně a přehledně postup své práce na jednotlivé dny, týdny, měsíce i na celý školní rok. Východisko tvoří učební plány, osnovy, učebnice a metodické pomůcky, o které se opírají při zpracovávání.

Připravují si různé pomůcky, což je zejména v některých školách značně náročné. Např. v mateřské škole pro tupozraké si učitelka vyrábí sama určité pomůcky a materiály, které používá při procvičování tupozrakého oka předškolních dětí. V základní škole pro slabozraké si učitelé doplňují pro jednotlivé žáky učebnice vhodnými krátkými texty či jinými názornými pomůckami.

Učitelé speciálních škol si vedou o každém dítěti podrobné záznamy, kterými získávají přehled o jeho vývoji, výkonech, nedostacích atd. Tyto záznamy doplňují vychovatelé v dětských domovech při speciálních školách o svá pozorování a postřehy. Všechny materiály spolu s lékařskými nálezy, posouzením pedagogicko-psychologické poradny atd. poskytují komplexní obraz o každém jedinci a jsou cenným přehledem o práci speciálních institucí.

Důležitým materiálem jsou rovněž doklady o činnosti speciálních domovů a internátů a školské správy. Jsou to ustanovení zákona a projekt nové výchovně vzdělávací soustavy pro mládež vyžadující zvláštní péči, učební plány a učební osnovy pro jednotlivé typy speciálních škol, výroční zprávy, učební a ústavní řády, rozvrhy hodin, speciální sborníky, které vydávají některé instituce a další dokumenty školských odborů při národních výborech a doklady ministerstva školství, které řídí a posuzují práci škol.

Lze sem přiřadit i *materiály* různých institucí pro děti, mládež i dospělé jako jsou *ozdravovny, léčebny, nemocnice, lázně, domovy důchodců, rehabilitační ústavy a ústavy sociálního zabezpečení pro defektní*. Všechny tyto dokumenty jsou významným zdrojem pro zkoumání současného stavu i historického vývoje speciálních institucí a skýtají cenný materiál, který tvoří bohaté východisko pro další vědeckou práci.

Ve speciálně pedagogické diagnostice se užívá také metod měření, které definuje Z. Bujas¹² jako standardizovaný postup, kterým je vyvolána určitá aktivita, jejíž výsledek se pak měří a hodnotí tak, že se individuální výsledek srovnává s výsledky dosaženými u jiných jednotlivců ve stejné situaci. K tomu dodává Vladimír Mužic,¹³ že každý test je omezen tím, že se jím vyvolává pouze aktivita určitého druhu, kterou nelze získat ucelený obraz o všech stránkách osobnosti. Na druhé straně mají testy pomoci zdokonalit tento obraz na základě přesnějšího přístupu k jednotlivým zvláštěnostem osobnosti. Pojem test znamená krátkodobou zkoušku, která má diagnostickou a kontrolní funkci.

Metody měření lze rozdělit do tří skupin, a to na zkoušky fyziologické, zkoušky psychologické a zkoušky pedagogické. *Fyziologické zkoušky* jsou cenným zdrojem informací pro posouzení některých defektů. Jde např. o měření výkonnosti zrakového analyzátoru různými zkouškami zrakové ostrosti, barvocitu apod., o zjišťování sluchové křivky audiometrickým vyšetřením, o posuzování pohybové zdatnosti svalovými testy případně testy svalové síly (Mossovým ergografem apod.). Patří sem rovněž měření dechové křivky, kapacity plic, tlakové, pulsové a sekreční frekvence u některých chronických chorob. Děti i dospělí s určitými defekty vyžadují zvláštní přístup při vyučování ve škole, v nemocnici, v dětské léčebně či ozdravovně. U dospělých dochází v takových případech k částečné nebo úplné invaliditě a pracují buď jen zkrácenou pracovní dobu, nebo vykonávají lehčí práci, případně pracují ve Svazu invalidů nebo nejsou do pracovní činnosti zařazeni vůbec.

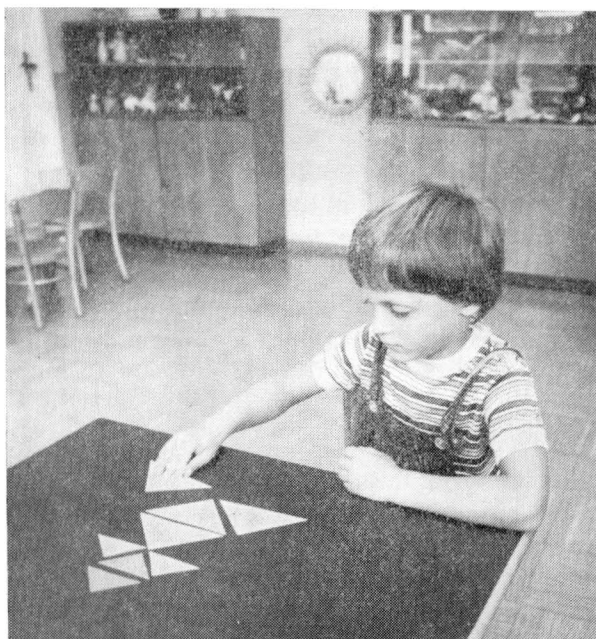
Významným zdrojem informací je posuzování fyzické a psychické únavy měřením způsoblosti podávat určité výkony při učení a při pracovní činnosti, ale i u aktivit zájmových a rekreačních. Při všech těchto činnostech může být u defektních snížena či zkrácena schopnost vykonávat určitou aktivitu po delší dobu. Při přetěžování vzniká větší nebezpečí rozvinutí chronické únavy. Různými fyziologickými, ale i psychologickými zkouškami lze hodnotit unavitelnost a přizpůsobit požadavky druhu a stupni postižení defektního.¹⁴

Psychologické zkoušky slouží k diagnostikování stupně duševního výkonu, případně duševních vlastností, speciálních schopností a dalších stránek osobnosti i jejich vzájemných vztahů. Svou funkci mohou splnit tehdy, jsou-li vhodně sestavené. Psychologický test by měl mít určitý stupeň spolehlivosti (reliability), rozlišovací citlivosti (senzibility), stejnorodosti jednotlivých částí (homogenity), shody experimentální situace se skutečností (fidelity), měl by postihovat skutečně to, na co je zaměřen

¹² Z. Bujas, *Osnovy psihoфизиologie rada, PKZ, Zagreb 1959, str. 96.*

¹³ Vladimír Mužic, *Testy vědomostí, SPN, Praha 1971, str. 16–21.*

¹⁴ Srovnej: Jiří Sedlák, *Pracovní únava, Academia, Praha 1981, str. 111–139.*



Obr. 3. Zkoumání pětiletého dítěte psychologickou zkouškou

(validita), a měl by být podložen přesnými, dostatečně početnými, zpracovanými a ověřenými normami (standardizace). Jen některé zkoušky však tyto základní požadavky splňují. Z metodologického hlediska byl jejich rozvoj umožněn zavedením statistiky do psychologie a matematicko-statistickým zpracováním naměřených údajů.¹⁵

Testy lze dělit do skupin podle různých kritérií. Je možno rozlišit *testy individuální* (např. Gesellův test, Binet-Simonův test, Kohsův test), kdy je konán výzkum s každým jedincem samostatně a *testy hromadné* (např. Bourdonův škrtací test, Kraepelinova zkouška, Learyho test, Rozenzweigův frustrační test), jež jsou realizovány u většího počtu osob současně. Dále lze dělit testy na *inteligenční testy*, v nichž jde o pokus postihnout intelektovou úroveň vyšetřovaného (např. Ravenův test, Wechslerův test), dále na *testy osobnosti* (např. Rorschachův test), na *testy*, které jsou zaměřeny na určitou *specializovanou psychickou funkci* (např. Warteggův test představitosti, Bourdonova pozornostní zkouška, zájmový test Baumgartenové) a na *diferenciálně diagnostické testy* (např. Minnesotský dotazník).

Jiná klasifikace se zaměřuje na účast řeči při zkoušce. Tyto testy, jsou nazývány *verbálními testy* (např. test Terman-Merilové), zkoušky, které se o mluvené slovo neopírají, jsou *nonverbální testy* (např. Ravenův test, Porteussova bludiště, Kohsův test). Jiným kritériem je věkový faktor, podle něhož lze rozlišit *testy raného dětství* (např. testy Bühlerové-

¹⁵ Miroslav Cipro, Didakticko-psychologické testy jako prostředek metodický a pedagogický, Komenský ročník 91, 1966, str. 193–200, 264–269.



Obr. 4. Výzkum Ravenovým testem

Hetzerové, Gesellovy testy), *testy školního věku* (např. Ozereckého test) a *testy pro dospělé* (např. Yerkesova armádní zkouška alfa a beta).

Jiným rozlišovacím znakem je, zda psychologický test staví převážně na sebehodnotících výpovědích jedince, kdy jde o *subjektivní testy* (např. Minnesotský dotazník), nebo na hodnocení výkonů, které jsou předkládány k řešení. Ty jsou zahrnovány pod skupinu *objektivních testů* (např. testy výběru barev). Patří sem rovněž *projekční testy* (např. Warteggův



Obr. 5. Vyšetřování Rorschachovým testem

test, Rorschachtův test), vycházející z principu projekce, při němž se předpokládá, že sledovaná osoba připisuje vlastní psychické stavy, prožitky a procesy jiným lidem, že je vkládá do jiných dějů apod., které má při plnění daného úkolu hodnotit, řešit. Tyto zkoušky tvoří velmi početnou skupinu testů a o jejich spolehlivosti probíhají diskuse.

Různí autoři volí různé klasifikace, např. James Drever a Werner O. Fröhlich dělí psychologické testy na testy inteligenční, dále na výkonové testy k měření motorických, senzorických nebo intelektových výkonů a na testy osobnosti pro měření určitých vlastností, postojů, zájmů, které poskytují vhled do profilu charakteru a celé osobnosti.¹⁶ Vladimír Mužic rozlišuje testy schopností, k nimž řadí testy senzorické, testy mentální, které jsou běžně nazývány inteligenčními testy, dále testy mechanických schopností a testy motorických dovedností. Do druhé skupiny začleňuje testy osobnosti v užším slova smyslu, kterými je možno zjišťovat temperament, zájmy, charakterové vlastnosti.¹⁷ Po obsahové stránce se v podstatě oba autoři shodují, v jejich pojetí jde spíše o terminologické rozdíly.

Celkově lze konstatovat, že psychologické testy mají určité přednosti, ale i nedostatky. Je potřebné hodnotit kriticky jejich teoretickou a metodologickou správnost, praktickou použitelnost a přínos jednotlivých testových metod. Výsledky, kterých je jimi možno dosáhnout, jsou pouze jedním z pramenů informací o vyšetřovaném, je nutné, aby byly doprovázeny dlouhodobým pozorováním, pravidelným kontaktem a dalšími vyšetřovacími metodami. Jedinou krátkodobou testovou zkouškou nelze dospět k spolehlivým závěrům, nelze obsáhnout řadu význačných faktorů. Proto se užívá více navzájem se doplňujících testů (tzv. *baterie testů*). Jednorázové zkoumání nemůže být nikdy podkladem pro spolehlivou diagnózu a prognózu.

Je zapotřebí tyto zkoušky zkvalitňovat, doplňovat a uvážlivě užívat, protože řada činitelů není testy postihována a je jimi často dokonce nepostižitelná, jak také zdůrazňuje V. Kapalín, J. Kotásková a M. Prokopec.¹⁸ Pro diagnostikování určitých defektů, např. rozumových, smyslových, tělesných i dalších mají výsledky dosažené psychologickými testy pouze orientační hodnotu. Mohou být užitečnou doplňkovou metodou, která bude sloužit k dokreslení, případně ke zpřesnění určitých projevů. Každodenní pedagogická i životní praxe prokazuje, že různí lidé mají kvalitativně různé schopnosti a že úspěch či neúspěch v jednom oboru činnosti nemusí být nutně provázen úspěchem či neúspěchem v jiných oblastech. Toto zjištění je pro hodnocení a diagnostikování defektních zvláště závažné.

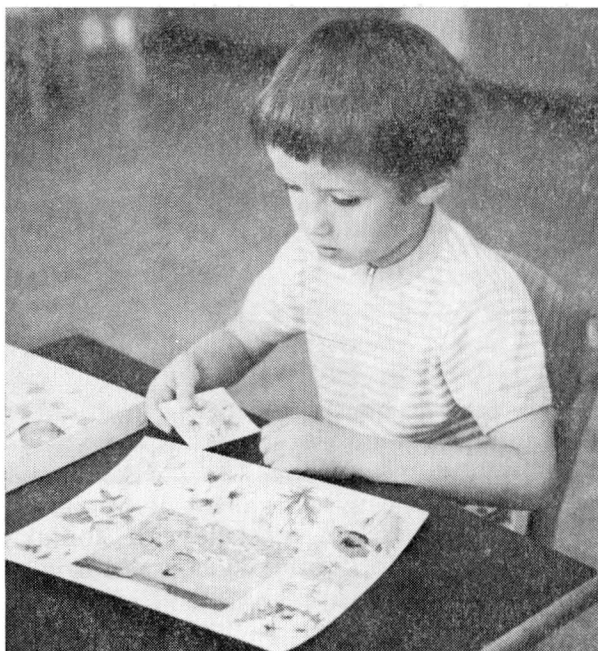
K pedagogickým metodám měření patří didaktické testy, neboli testy školních znalostí, kterými se zjišťuje úroveň vědomostí, dovedností a návyků. Dosažené výsledky jsou obrazem toho, co si jedinec učením osvojil. To, co se má stát obsahem zkoušky, by se

¹⁶ James Drever, Werner O. Fröhlich, Wörterbuch zur Psychologie, dtv Verlag, München 1968, str. 230–231.

¹⁷ Vladimír Mužic, Testy vědomostí, str. 18–21.

¹⁸ Vladislav Kapalín, Jarmila Kotásková, Miroslav Prokopec, Tělesný a duševní vývoj současné generace našich dětí, Academia, Praha 1969, str. 255–260.

měli žáci naučit, pak by si měli látku procvičovat pokud možno podobným způsobem, jaký má zkouška, jak správně podtrhává Miroslav Cipro.¹⁹ Má-li být didaktický test vhodný, musí se jeho obsah i forma krýt s obsahem a stylem učení a teprve pak mají být výsledky testem prověřeny.



Obr. 6. Zkoumání schopnosti logického myšlení šestiletého dítěte v mateřské škole

Moderní speciální škola si klade za cíl obohacovat kromě poznatků také schopnost logického myšlení. Má-li se rozvíjet inteligence, nestačí ji pouze zkoušet, je nutno ji také cvičit. Dobře sestavená *didakticko-logická cvičení* by byla nejlepší přípravou pro *didakticko-logické kontrolní testy* a obojí současně účinným prostředkem poznání a myšlení. Hlavním úkolem didaktických testů je najít způsoby, jak pracovat efektivně s jedincem, postihnout, v čem záleží jeho úspěchy, ale i potíže a jak je odstranit. Standardizované i samotným učitelem vyvinuté didaktické testy mohou sehrát kladnou úlohu jen tehdy, jak vyzvedá Vladimír Mužic,²⁰ budou-li se užívat k účelu, kterému jsou určeny a budou-li zaujímat významné nikoli však výhradní místo v bohatém souboru prostředků určených k poznávání defektního a ke sledování úrovně jeho vzdělání.

Každá z uvedených diagnostických metod může přispět ke správnému posouzení jednotlivých defektů, může poskytnout vhled i do dílčích otázek speciální pedagogiky, usnadnit správnou prognózu a volbu terapeutických metod. Důležité je, aby vyšetření bylo komplexní, zaměřené na celou osobnost defektního, na analýzu výchovných situací a ostatních

¹⁹ Miroslav Cipro, *Didakticko-psychologické testy jako prostředek metodický a pedagogický*, tamtéž str. 198, 200, 268–269.

²⁰ Vladimír Mužic, *Testy vědomostí*, str. 22–29.

vlivů. Usnadňuje zhodnocení, zda defekt je dědičný, vrozený nebo získaný, zda je organického či funkčního původu, jakým způsobem se projevuje, v jakém stupni postihuje daného jedince, zda a nakolik se promítá primární defekt na ostatní složky osobnosti. Závěr všech diagnóz má směřovat k optimálnímu pedagogickému zařazení a k odpovídající speciální péči.

Na základě stanovení konkrétní diagnózy a naznačení prognózy, tj. dalšího předpokládaného vývoje defektního, lze stanovit metody terapeutické neboli nápravné či regulační metody, jejichž uplatnění v praxi slouží současně dalšímu speciálně-pedagogickému výzkumu. Tyto metody se člení na metody reedukace, na metody kompenzace a na metody rehabilitace.

Často lze určitou metodu vybrat teprve po ukončení léčení, někdy současně s lékařskou péčí, kdy zejména orgánové defekty vyžadují medicínskou léčbu operativní, medikamentózní, fyzikální apod. Výstižně zdůraznil Ivan Petrovič Pavlov „nic nezůstává nepohyblivé a neměnné, vždy všeho může být dosaženo, i změny k lepšímu, jen když se uskuteční příslušné podmínky“.²¹ V souhlase s Jeronem S. Brunerem je možno konstatovat, že všemu lze člověka naučit, zvolíme-li odpovídající a adekvátní metody.

Při užití metody reedukace jde o souhrn speciálně pedagogických postupů, kterými se zmírňuje nebo odstraňuje defekt. To znamená, že se zlepšuje a v mezích možnosti zdokonaluje výkonnost postižené funkce. Reedukační metody se zaměřují přímo na léčení nemoci či defektu. Systematickým působením se postupně rozvíjí oblast, která byla ve své činnosti omezena, snížena nebo nevyvinuta. Je-li například tupozraký jedinec soustavně veden, učí-li se fixovat předměty a užívat zraku ke zrakové práci, uplatňuje se reedukační činnost. Je-li odstraňována u dítěte vadná výslovnost některých hlásek, jde rovněž o reedukaci. U sluchových defektů se reedukací prohlubuje pozornost na zvukové podněty, avšak sluchové pole se nerozšiřuje.

Zlepšování výkonu působí také na psychiku postiženého, zvláště na citovou stránku. Vytváří se kladný postoj k vychovatelům, odborným pracovníkům, k prostředí a stoupá důvěra ve vlastní síly. Tím je příznivě ovlivňována i oblast, která je předmětem speciální reedukační péče.

Tématem řady diskusí je zvláště v americké literatuře otázka, zda předpokladem reedukace je přístup *monosenzoriální*, zaměřující se pouze na jeden analyzátor nebo *multisenzoriální*, využívající více analyzátorů. Miloš Sovák zastává názor, že nelze opomíjet ani ostatní smyslové orgány jako pomocné činitele, i když se reedukace zabývá hlavně vlastním defektem. Považuje proto za správný princip multisenzoriálního přístupu, při němž se využívá podpůrné činnosti jiných analyzátorů. U těchto defektů, kde se uplatňuje činnost analyzátorů, jak je tomu u vad tělesných, zrakových, sluchových a řečových, lze souhlasit se Sovákovým přístupem.²²

²¹ Ivan Petrovič Pavlov, Sebrané spisy, díl III, část 2, SZN, Praha 1953, str. 176 až 186.

²² Miloš Sovák, Nárys speciální pedagogiky, SPN, Praha 1972, str. 26.

Výzkum se soustřeďuje především na nové možnosti reedukace, na využití rychlého rozvoje vědy a techniky, která přispívá nebývalou mírou k úspěšnému řešení celé řady postižení, kde dříve byly možnosti buď



Obr. 7. Reedukce pohybových dovedností po sportovním úrazu

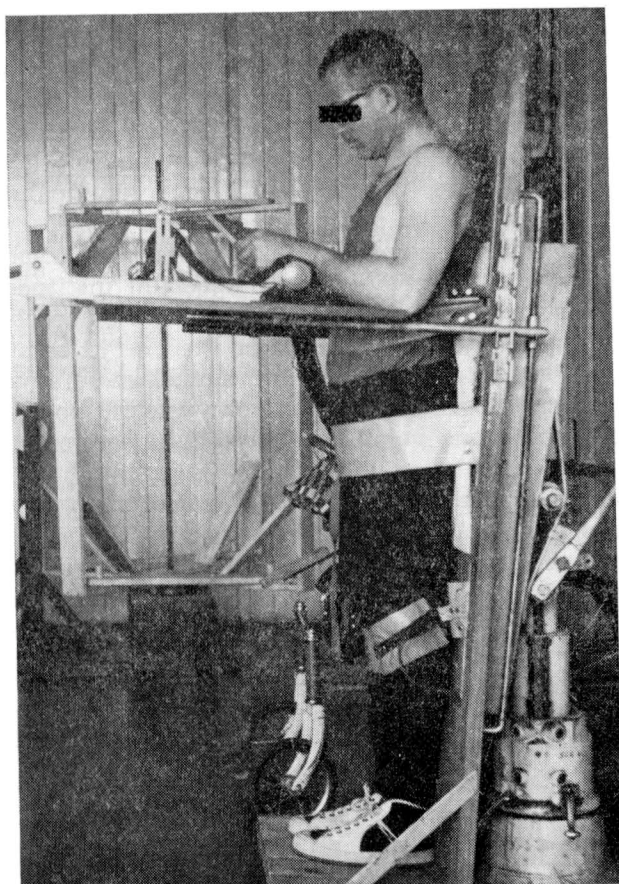
nepatrné nebo téměř žádné. Také konečný efekt reedukační činnosti je nesrovnatelně větší a je trvalým předmětem zkoumání.

Dále se využívá metody kompenzace, při níž je nahrazována porušená, ztracená, nevyvinutá nebo zaniklá funkce jinou funkcí. Nápravná péče se věnuje soustavně zdokonalování těchto náhradních činností, aby mohly postiženou oblast co nejlépe zastoupit. Jejich výkonnost postupně stoupá, umožňuje defektnímu lepší uplatnění a zapojení do života.

Například nevidomý žák nahrazuje ztrátu zraku intenzivní činností hmatového a sluchového analyzátoru. Může tak dospět ke stejné úrovni ve vzdělání jako vidomý. Jedinec s amputovanou dolní končetinou kompenzuje svou ztrátu protézou, která mu dovoluje samostatný pohyb, chůzi a větší obratnost, je-li pravidelným cvikem nová dovednost dobře osvojena. Postupný rozvoj náhradních funkcí se v průběhu kompenzační činnosti projevuje výrazně v osobnosti defektního, který se stává samostatnějším, jeho celková tělesná i duševní úroveň a výkonnost se zvyšuje a zdokonaluje. Takto lze překonat následky těžkých postižení jako je hlu-



Obr. 8. Metoda kompenzace při chůzi na pylonech



Obr. 9. Metoda rehabilitace po úrazu míchy — nácvik stoje a současné činnostní terapie

chota, nemluvnost, slepota, amputace. Kompenzace je středem pozornosti četných zkoumání s cílem dospět k další efektivnosti speciálně pedagogického působení.

Logickým vyvrcholením úspěchů dosažených reedukací a kompenzací je **metoda rehabilitace**. Znamená souhrn speciálně pedagogických postupů, jimiž se upravují společenské vztahy i možnosti pracovního uplatnění defektního jedince. Výsledky všech obecně pedagogických metod včetně reedukace a kompenzace jsou východiskem pro vytváření psychologických a společenských podmínek socializace. Úkolem rehabilitační péče je zbavit člověka jeho defektivitu nebo ji alespoň zmírnit, umožnit mu, aby se sociálně adaptoval, aby nabyl ztracenou sebedůvěru, upevňoval si pocit soběstačnosti a tak postupně upravoval své pozměněné vztahy ke společnosti. Jde proto o návratnou péči v širokém slova smyslu.

Rehabilitační činnost je mnohotvárná a opírá se o spolupráci řady odborníků a je v popředí zájmu nepřetržitého vědeckého výzkumu. Patří k ní vytvoření pozitivního postoje ke speciálně výchovným postupům, rozvíjení pocitu sebedůvěry, jistoty, bezpečnosti, sociální zajištění, výchova k práci, soustavné vzdělávání, formování bohatých zájmů, vhodné využívání volného času, přiměřená rekreační činnost, zajišťování pravidelné tělesné výchovy apod., aby byl dodržen co nejúplněji princip duševní hygieny.

Všechny tyto činnosti se prolínají s *psychoterapií* jako *specifickým pedagogickým postupem*, kdy pedagog působí záměrně a cíleně slovem i příkladem na defektního, což lze realizovat individuální i kolektivní psychoterapií. Při *individuální psychoterapii* jde o *přímé*, případně i o *nepřímé výchovné působení* se snahou získat postiženého k pozitivní spolupráci. Při včleňování nově přichozího do speciální instituce léčebné, výchovné, vzdělávací, pracovní apod. je možno využít s úspěchem *kolektivní psychoterapie*. Kladně působí příklad těch, kteří se již se svým defektem vyrovnali, včlenili se do nových poměrů, smířili se se svým stavem, ale při tom mají zájem o dosažení co nejlepších výsledků po všech stránkách. Vynakládají také potřebné volní úsilí, protože si vytvořili vnitřně kladnou motivaci.

Užívání speciálně pedagogických metod záleží na tvořivé a vědecky podložené činnosti speciálního pedagoga, jak výstižně vyzvedává Miloš Sovák.²³ Zvláště se uplatňuje *zásada individuálního přístupu a respektování individuálních zvláštností*. Je výhodné vycházet z činností, schopností, funkcí, které byly zachovány nebo dokonce mimořádně vyvinuty, tzn. z pozitivních prvků osobnosti. Speciálně pedagogické působení postupuje od společenských vlivů přes psychiku postiženého k porušené funkci nebo narušené oblasti, která je předmětem speciální péče. Její úprava je předpokladem k rozvíjení jedince a jeho společenských vztahů tak, aby nezůstal člověkem defektním, případně se ani defektním nestal. Splnění tohoto požadavku je předmětem a úkolem prevence.

K vyhodnocení získaných materiálů se používají **metody mate-**

²³ Miloš Sovák, *Nárys speciální pedagogiky*, str. 29.

maticko-statistické,²⁴ kterými lze zpracovat výsledky získané diagnostickými metodami. Matematikou a statistikou lze vyjádřit číselně a graficky výskyt shromážděných faktů o určitých fyzických a psychologických jevech. V současné době se při hodnocení uplatňují stále více rychlé počítačové stroje, které usnadňují dosažení matematických údajů od stále většího počtu zkoumaných osob. Matematicko-statistické metody usnadňují kvantitativní analýzu hromadných ukazatelů, které vyplynuly z průběhu výzkumu. Tvoří podklad pro kvalitativní hodnocení a upřesňují dosažené výsledky. Jsou nezbytnou součástí speciálně-pedagogické metodologie, protože poskytují precizovaný přehled o jejích problémech.

Speciální pedagogika pokračuje *komparací výsledků zkoumání*. Tento postup umožňuje kvalitativní rozbor shromážděného materiálu cestou logické indukce, takže lze dojít k zobecnění a potřebným závěrům. Takto utříděné závěry se srovnávají dále s ostatními známými informacemi z dané oblasti (např. o určitých typech odchylek ve výslovnosti předškolních dětí) a vyvozují se z nich shody, případně rozdíly. Současné výsledky výzkumů se porovnávají rovněž s dřívějšími šetřeními. Rozdíly, které případně takto vyniknou, mohou být výrazem nynějšího příznivějšího nebo naopak méně příznivého vývoje defektních, mohou souviset i s použitím přesnějších výzkumných metod, případně také s dalšími faktory.

Na základě komparace se jednotlivé jevy seskupují nebo vylučují, pokud se do skupiny nehodí. Správné užití tohoto postupu vyžaduje exaktní záznamy ze zkoumání, aby bylo možno je adekvátně vyhodnotit. Jinak by dosažené výsledky neodpovídaly skutečnosti, což je zvláště nebezpečné při užití nových způsobů zkoumání nebo při sledování některých zvláštních jevů defektních.

Výsledky výzkumů se završují kvalitativní analýzou, která je nesmírně důležitá, cenná a nutná. Umožňuje hodnotnou *interpretaci dosažených výsledků* a je potřebné k ní dospět, jinak by celé případně i velmi pracné šetření, nebylo dovedeno až do konečného stadia a ztrácelo by svou hodnotu. Interpretace poskytuje možnost stanovit *teoretické závěry* zkoumání a vyvodit *praktickou aplikaci* včetně konkrétních způsobů pedagogické práce s defektními a výběr vhodných speciálně pedagogických terapeutických postupů.

3. KLASIFIKACE SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Speciální pedagogika má své těžiště v jednotlivých druzích defektů, které se od sebe významně liší. I když mnohé poznatky a informace platí pro všechny nebo pro velkou část postižení, má každé své specifické odlišnosti, které vyžadují jiné řešení, různé výchovné působení a přiměřené vzdělávání. Proto vystupuje znovu do popředí snaha utříditi podle určitých kritérií všechny druhy vad, s nimiž se setkáváme. Za optimální lze

²⁴ Srovnej: E. F. Lindquist, Statistická analýza v pedagogickém výzkumu, SPN, Praha 1967; G. S. Krejčin, Učebnice statistiky, Průmyslové vydavatelství, Praha 1951; Erich Mittenecker, Plánování a statistické hodnocení experimentů, SPN, Praha 1968; Helmut Svoboda, Moderní statistika, Svoboda, Praha 1977.

považovat takový přístup, který vychází z potřeby začlenit defektní do příslušných výchovně vzdělávacích institucí, či na různá pracoviště. Jednotlivá zařízení mění postupně svůj obsah, náplň a cíle, kterých chtějí dosáhnout. Projevuje se přitom výrazně vliv rozvoje vědy a techniky, aplikace adekvátních přístupů k dětem, mládeži i dospělým, v závislosti na využití moderních prostředků a nových metod i postupů pedagogické činnosti.

V současné době se zabývá klasifikací speciální pedagogiky řada autorů, kteří řeší tento problém zejména z hlediska praktických potřeb souvisejících s přípravou speciálních pedagogů a školského systému pro děti a mládež vyžadujících zvláštní péči. Moderní pojetí začíná zahrnovat do svých systémů rovněž instituce pro dospělé a staré lidi s různými defekty. Takto komplexní přístup se jeví stále závažnějším a vyžaduje také plnou pozornost.

Sovětská autoři dělí speciální pedagogiku do čtyř skupin, a to na sluchově vadné (surdopedagogika), dále na zrakově vadné (tyflopédagogika), na rozumově vadné (oligofrenopedagogika) a na chybně mluvící (logopedie).^{24a} Výchovné působení na tělesně vadné a na těžkovychovatelné do speciální pedagogiky nepočítají. Miloš Sovák k tomu dodává, že se do speciální pedagogiky zařazují pouze jedinci se sníženými či omezenými schopnostmi a poznávacími činnostmi a právě tyto nedostatky se nevyskytují v žádné z uvedených dvou skupin; proto podle sovětského pojetí mezi defektní nepatří²⁵ ani somaticky postižení a obtížně vychovatelní.

Obdobně postupuje Klaus Becker²⁶ v *Německé demokratické republice*, na rozdíl od sovětské koncepce třídí však tuto disciplínu do pěti okruhů. Je to pedagogika sluchově postižených, poruch řeči, zrakových vad, slabomyslných a pedagogika tělesných postižení. To znamená, že problematika výchovy a vzdělávání jedinců se somatickými defekty je součástí speciální pedagogiky. Nově se přiřazují k tělesným vadám chronická onemocnění a obtížně vychovatelní.

Specifický přístup vykazuje klasifikace ve *Spojených státech amerických*, kde jsou zařazováni do speciální pedagogiky podprůměrní i nadprůměrní jedinci. Je však zaměřena pouze na děti, nepočítá se s působením na dospělé a na staré lidi. Klasifikace uvádí sedm skupin, k nimž patří zvlášť nadané výjimečné děti, dále děti s rozumovými vadami, které se člení na vzdělatelné a na vychovatelné, v další skupině to jsou děti obtížně vychovatelné, mezi kterými rozlišují jednak děti emocionálně narušené a jednak děti sociálně nepřizpůsobivé, dále děti s poruchami řeči, děti s vadami sluchu rozdělené na neslyšící a na nedoslyšavé, děti s vadami zraku, k nimž patří slepé a slabozraké děti a konečně děti s ner-

^{24a} Srovn.: A. I. Dačkov, Hlavní etapy sovětské defektologie, *Otázky defektologie*, ročn. 10, 1967–68, str. 37–43; Ludvík Edelsberger, František Kábele, *Soustavy vzdělávání speciálně pedagogických pracovníků v evropských socialistických zemích*, in: G. Rehuš a kol., *K aktuálním otázkám speciální pedagogiky*, SPN, Bratislava 1973, str. 20–21.

²⁵ Miloš Sovák, *Nárys speciální pedagogiky*, str. 16–17.

²⁶ Klaus Becker, *Sonderschulen*, in: *Pädagogische Enzyklopädie*, sv. 2, DVW, Berlin 1963, str. 856.

vovými a tělesnými vadami, ke kterým se počítají děti chronicky nemocné.²⁷

V tomto rozdělení se objevují rovněž děti, které vyžadují speciální pedagogická opatření, aby jejich schopnosti a nadání nezůstalo nerozvinuté nebo nebylo promarněno nedostatečnou výchovou. U nás se nezařazují nadprůměrné děti do oblasti speciální pedagogiky. Věnuje se jim v rámci normální pedagogiky školní i mimoškolní mimořádná individuální péče a zabezpečují se veškeré možnosti pro jejich optimální tělesný a duševní vývoj. Jak vyplývá z úrovně a dalšího rozvoje naší socialistické výchovně vzdělávací soustavy, je tato otázka řešena systematicky na jednotlivých školských stupních. Začíná propracovaným programem pro mateřské školy, jehož součástí je komplexní příprava dětí ke školní docházce; pokračuje individuálním přístupem k žákům na základní škole a poskytuje pak zejména bohaté možnosti mládeži na školách středních, kde projekt rozvinul v nebyvalé míře perspektivy rozvoje schopností žáků středních odborných učilišť, žáků odborných středních škol i gymnázií.

V *Polské lidové republice* se zaměřuje speciální pedagogika na mládež nevidomou, na mládež neslyšící, na mládež rozumově vadnou, na mládež chronicky nemocnou a tělesně vadnou a na mládež obtížně vychovatelnou. Nápravou vad dětské řeči se zabývají učitelé všech škol, pokud to potřebují děti či žáci a proto není logopedie zařazována do problematiky speciální pedagogiky. Tento způsob řešení však nelze považovat za přiměřený současnému stavu teoretického bádání a neodpovídá ani plně potřebám praxe.

Osobitým způsobem řeší klasifikaci speciální pedagogiky v roce 1977 Kazimierz Kirejczyk, který vychází ve své koncepci z amerických autorů.²⁸ Rozlišuje děti neslyšící, nedoslýchavé a neslyšící duševně postižené, děti nevidomé, slabozraké a nevidomé duševně postižené, dále děti společensky nepřizpůsobivé a mladistvé provinilce obou pohlaví. Do další skupiny řadí děti tělesně postižené v léčebnách, v ústavech pro chronicky nemocné a tělesně vadné děti vychovávané v dětských domovech, a konečně děti nemocné léčící se v sanatoriích, v domech zdraví, v nemocnicích a ve speciálních dětských domovech, v nichž jsou umístěné po dobu léčení.

Toto členění doplňuje Kirejczyk dalším rozdělením na děti rozumově těžkopádné s inteligenčním kvocieniem 80 až 90 a na děti rozumově postižené s inteligenčním kvocieniem od 70 do 80; dále rozlišuje děti parciálně postižené po stránce psychické či fyzické např. v oblasti zrakového či sluchového vnímání, v oblasti paměti, spojování představ, správnosti a koordinace motoriky, citlivosti nervového systému apod. Do další skupiny zařazuje děti s nežádoucím zdravotním stavem, a to děti slabé, anemické, s otolaryngologickými nemocemi, s chorobami trávicího traktu atd. a konečně děti s neodpovídajícími rodinnými podmínkami,

²⁷ Srovnej: Miloš Sovák, *Nárys speciální pedagogiky*, str. 17–18.

²⁸ Kazimierz Kirejczyk, *Przedmowa do wydania polskiego*, in: *Metody pedagogiki specjalnej*, pod redakcją Norrisa G. Haringa, Richarda Schiefelbuscha, PWN, Warszawa 1977, str. 5–17.

které jim neumožňují pravidelné vzdělávání. Ve shodě s polským pojetím nezahrnuje Kyrejczyk řečové defekty, které však tvoří významnou skupinu postižení.

Polská speciální pedagogika nepočítá s problematikou defektních dospělých a starých lidí a zůstává dosud na starším přístupu k řešení těchto otázek. Současný rozvoj společnosti však vyžaduje komplexní přehodnocení a rozšíření dosavadních názorů a postupů.

Kolektiv *maďarských* autorů Gyuláné Illyésová, Sándor Illyés, Lajosné Jankovichová a Miklósné Lányiová²⁹ navazuje na tradiční řešení a je pokrokový tím, že zahrnuje již v roce 1968 mezi defektní i dospělé. Člení všechny odchylky do šesti skupin, a to na postižené, kteří mají defekty zrakové, defekty sluchové, defekty pohybové, defekty řečové, defekty intelektové a na jedince s poruchami vývoje osobnosti projevující se obtížnou vychovatelností. Autoři se zabývají převážně hodnocením odlišností v psychických projevech u jednotlivých defektů a diferenciální diagnózou. Svým pojetím jde o zajímavá stanoviska a o specifické přístupy podtrhávající psychologické zvláštnosti defektních.

V *české a slovenské pedagogice* se projevuje po druhé světové válce snaha řešit co nejefektivněji klasifikaci defektů a volí se proto za východisko teoretická i praktická hlediska. Pokusem o členění odchylek od normy se zabýval *Bohumír Popelář*,³⁰ který vyzvedává tři skupiny defektů. Do první řadí tělesně vadné, k nimž počítá jedince s ortopedickými vadami, smyslově vadné — slepé, slabozraké, hluché, vadně mluvící a tělesně choré. Druhou skupinu tvoří duševně vadní, tzn. choromyslní, slabomyslní a jedinci s kombinovanými vadami. Sociálně vadní původu somatického, psychického a sociálního tvoří pak skupinu třetí. Dále člení autor defekty podle stupně postižení na lehké, reparable, na střední jen částečně schopné nápravy a na těžké ireparable. I když lze hodnotit kladně snahu Popeláře o zařazení všech druhů defektů, je nutno konstatovat, že jeho přístup není zcela logicky promyšlen.

Na počátku šedesátých let vydal na Slovensku *Viliam Gaňo* publikaci, ve které se pokusil postihnout všechny odchylky ve vývoji člověka.³¹ Rozlišuje sedm druhů defektů, které se mohou vyskytovat samostatně i sdruženě. Jsou to defekty pohybové, defekty sluchové, defekty řeči, zrakové defekty, rozumové defekty, defekty chování a kombinované defekty. Kromě toho charakterizuje děti nemocné, levoruké i některé další odchylky. Jeho přístup odpovídá dané době, vychází z praktických potřeb a je zaměřen na děti i na mládež.

Ve srovnání s Gaňovou koncepcí respektoval *Ludvík Edelsberger* v roce 1965 čtyři vědní i studijní defektologické specializace, které odpovídaly především přípravě učitelů speciálních škol.³² Řadil sem výchovu dětí

²⁹ Gyuláné Illyés, Sándor Illyés, Lajosné Jankovich, Miklósné Lányi, *Gyógypedagógiai pszichológia — slovensky: Speciálnopedagogická psychológia*, SPN, Bratislava 1978, str. 670—674.

³⁰ Bohumír Popelář, *Systém speciální pedagogiky*, SPN, Praha 1957, str. 9—10.

³¹ Viliam Gaňo, *Výchova defektních dětí*, SPN, Bratislava 1962, česky: *Defektní děti*, SPN, Praha 1964, str. 222—223.

³² Ludvík Edelsberger, *Defektologie*, in: *Pedagogický slovník*, 1. díl, SPN, Praha 1965, str. 51.

duševně vadných, slabomyslných a obtížně vychovatelných, kterou se zabývá psychopédie. Dále to byla výchova dětí s poruchami řeči a sluchu — logopédie. Třetí skupina zahrnovala výchovu dětí s vadami zraku — tyflopédie a poslední výchovu dětí tělesně vadných umístěných v dětských léčebných zařízeních — somatopédie. Také tato klasifikace byla zaměřena jen na řešení výchovných problémů u dorůstající generace. Nezabývala se pozdějším vývojem a věkovými skupinami v dospělosti.

Na rozdíl od tohoto členění klasifikuje Ludvík Edelsberger v roce 1978 pod vlivem dalšího rozvoje speciální pedagogiky na pět odvětví,³³ a to na etopedii, psychopedii, logopedii, tyflopedii a na somatopedii. Nutno ocenit, že považuje za podstatné zkoumat a odhalovat vlastní speciálně pedagogické zákonitosti a vyvozovat tvořivé poznatky speciální pedagogiky z vlastního procesu této disciplíny a z užití speciálně pedagogických metod v úzké návaznosti na pedagogiku obecnou. Z tohoto správného přístupu vyplývá, že nelze aplikovat mechanicky obecné pedagogické poznatky na zvláštnosti defektních, ale pouze na základě filozofického principu dialektické jednoty obecného a zvláštního.

Na rozdíl od Edelsbergerova pojetí vyčleňuje *Gabriel Rehuš* sluchové vady jako samostatnou skupinu. V roce 1972 dělí defekty z praktického hlediska do šesti skupin³⁴ na somatopedii, tyflopedii, surdopedii, logopedii, psychopedii a etopedii. V jednotlivých statích se řeší řada speciálních problémů, které jsou orientované na vývoj, výchovu a na vzdělávání defektních dětí a mládeže.

V roce 1954 řadil *Miloš Sovák* defekty do dvou základních skupin,³⁵ a to podle typů a podle stupně postižení, hlavně se zřetelem na potřeby školy. Při klasifikaci defektů podle typů rozeznával pět skupin, a to defekty tělesné, k nimž počítal jednak zmrzačení, stavy po obrnách a vývojové vady končetin, jednak chronické choroby omezující lokomoci. Další skupinu tvořily defekty smyslové, které členil vnitřně na defekty zrakové — slepota a slabozrakost a na defekty sluchové — hluchoněmota, ohluchlost, zbytky sluchu, nedoslýchavost. Třetí skupina zahrnovala defekty řeči — nemluvnost a hluchoněmota, neurózy řeči, organické poruchy řeči a vady výslovnosti. Další skupinou byly defekty duševní, rozdělené na oligofrenii a demenci a na defekty chování neboli obtížnou vychovatelnost. Poslední skupina zahrnovala defekty kombinované, tzn. slepohluchoněmé, slabomyslné hluchoněmé, slabomyslné slepé, slabomyslné tělesně vadné. Autor upozorňoval na to, že veškeré defekty nelze jednoduše oddělit, že jde vždy o určitou kombinaci, poněvadž každá negativní změna se promítá v psychice člověka. I když je tato klasifikace poměrně podrobná, přece jen není úplná, neobsahuje všechny defekty, s nimiž se v praxi setkáváme.

Při třídění všech druhů vad podle stupně se zaměřuje Sovák hlavně na jejich společenské důsledky, na sociální upotřebitelnost jedince a sle-

³³ Ludvík Edelsberger, *Pedagogika speciální*, in: *Defektologický slovník*, SPN, Praha 1978, str. 268–269.

³⁴ Gabriel Rehuš a kolektiv, *K aktuálním otázkám speciálnej pedagogiky*, SPN, Bratislava 1973, str. 490–491.

³⁵ Miloš Sovák, *Defektologie obecná*, III, díl, SPN, Praha 1954, str. 226–228; Miloš Sovák, *Nárys defektologie*, SPN, Praha 1958, str. 24–25.

duje zařazení do příslušného společenského prostředí. Pro nejllehčeji postižené považuje za vhodné normální, běžné prostředí, středně těžké případy je nutno začlenit do speciálního výchovného, vzdělávacího i pracovního prostředí a nejtěžší případy jsou již azylové typy.

Nově propracované řešení publikoval Miloš Sovák v roce 1972 a člení zde speciální pedagogiku na tři oblasti.³⁶ Do první zařazuje duševní vady a poruchy, k nimž patří rozumové nedostatky (psychopédie) a obtížná vychovatelnost (etopedie). Ve druhé oblasti rozlišuje smyslové vady a poruchy, které dělí na defekty sluchu a řeči, tj. na nedostatky ve sdělovacím procesu (logopedie) a na defekty vidění (tyflopédie). Do třetí začíná tělesné vady a poruchy, tj. defekty hybnosti (somatopedie). Zdůrazňuje, že názvy jednotlivých disciplín jsou odvozeny ze základního pojmu psyché-duše, rozum, dále ethos-mrav, logos-řeč, tyflos-slepý, soma-tělo, tzn. z pojmů, které jsou zájmovou oblastí výchovného působení a z pojmu výchova neboli paideia. V tomto systému se podtrhává, co se má rozvíjet, a nikoli defekt, který se má překonávat. Z uvedených přehledů vyplývá, že Miloš Sovák věnoval otázkám klasifikace speciální pedagogiky mimořádnou pozornost a propracoval je do značné hloubky.

Na základě kritického posouzení řady literárních pramenů jsme dospěli k modifikaci dostupných řešení a respektovali jsme přitom teoretická východiska i potřeby praxe. Navržená klasifikace defektů postihuje jednotlivé druhy i stupně postižení a rovněž věkové kategorie.

Všechny defekty dělíme do dvou základních skupin z hlediska jejich vzniku, a to na defekty orgánové a na defekty funkční. U orgánového defektu se nachází základ postižení ve změně části těla nebo orgánové tkáně, buď vlivem anomálního vývoje nebo následkem onemocnění či úrazu, k němuž došlo v kterémkoliv období života člověka. Orgánovým defektem je např. rozštěp patra, amputace končetiny, úraz mozku apod. Naproti tomu nelze u funkčního defektu zaznamenat žádnou změnu některé části organismu, jedinec však není schopen reagovat normálním způsobem na podněty. U těchto poškození se projevují rozmanité nevhodné vnější vlivy v prostředí, ve výchově, v mezilidských vztazích, které jsou příčinou nejrůznějších druhů neuróz, vad výslovnosti, závad chování apod.

Dalším kritériem jsou jednotlivé druhy defektů (Monatová 1982), rozdělené do osmi skupin, a to:

1. defekty tělesné, jimiž se zabývá somatopedie, a které se člení na defekty pohybového analyzátoru (ortopedie) a na chronické choroby. K pohybovým defektům patří *centrální* a *periferní obrny*, *deformace* a *amputace končetin*; chronická onemocnění zahrnují *srdeční choroby*, *TBC*, *cukrovku* atd.

2. Zrakové defekty řeší tyflopédie a dělí se na *vady refrakce*, na *barvoslepost* a *šeroslepost*, na *tupozrakost* a *šilhavost*, na *slabo-zrakost* a na *slepotu*.

3. Sluchové defekty, které patří do surdopedie lze rozdělit na *nedoslýchavost*, na *hluchotu* a na *ohluchlost*.

³⁶ Miloš Sovák, Nárys speciální pedagogiky, str. 15.

4. Defekty řeči sleduje logopedie a počítá k nim *centrální defekty, vady mluvidel, vady výslovnosti, neurotické poruchy řeči a nemluvnost*.

5. Duševními defekty se zabývá psychopedie, a ty se dále rozděluje na *oligofrenii a demenci*. Projevují se slaboduchostí, debilitou, imbecilitou nebo idocií.

6. Defektům chování se věnuje etopedie, která se zaměřuje na *nedostatky chování* a na *antisociální chování* poškozující společnost. K nedostatkům chování patří zlovyky, vzdorovitost, negativismus, nekázeň, lhavost, útekovost, záškoláctví, toulavost ap. Protispoločenské chování se vyznačuje agresivitou, delikvencí mladistvých i dospělých — majetkově trestnými činy případně hospodářskou kriminalitou, destruktivní činností, sexuálními úchylkami, mravnostními delikty, toxikomániemi různého druhu apod.

7. Duševní choroby se dělí obvykle na *neurózy, na reaktivní stavy, na psychopatie* a na *psychózy*. Mohou být i navzájem kombinované. Neurózy lze rozčlenit na úzkostné a fobické, na hysterické, neurasenické psychastenické a obsedantní, na orgánové a vegetativní a na neurózy s poruchami sebehodnocení. Reaktivní stavy souvisejí s afektivními reakcemi zlosti, strachu, žárlivosti či vztahovačností, s hypochondrickými reakcemi a se stressovými situacemi. Psychopatie mohou být afektivní, pudové, astenické, uzavřené a podezíravé. Psychózy zahrnují paranoii, schizofrenii, parafrenii, maniodepresivní a maniomelecholické stavy a mohou být exogenního či endogenního původu.

8. Kombinované neboli sdružené defekty je možno rozčlenit na velké množství defektů, protože mnohá postižení přesahují do různých oblastí, jsou *mnohočetná*. Nejčastěji se vyčleňuje slepohluchota, defekt pohybový a zrakový, defekt pohybový a sluchový, defekt pohybový a řečový, defekt duševní a zrakový, časté jsou kombinace různých organických defektů s neurotickými projevy atd.

Kromě uvedených skupin defektů se vyskytuje v praxi řada dalších defektů, které není možno zařadit do uvedené klasifikace. V posledních desetiletích byly vypracované jemnější diagnostické metody i terapeutické postupy, které přispěly k vyčlenění drobnějších partiálních postižení z dosavadních defektů. Umožňují dítěti či dospělému překonat svůj nedostatek a integrovat se plně ve společnosti zdravých lidí. Při současném stavu vědeckého zkoumání by proto bylo již nesprávné zařazovat tyto nedostatky do určité skupiny defektů. Mnohé z nich znamenají jen takové dílčí odchylky, které se nemusí při správném výchovném vedení projevit defektem. Jde např. o *dyslezií, dysgrafii, dysortografii, dyskalkulii, percepčně motorické poruchy, leváctví* atd.

Vnitřní dělení každého defektu vyžaduje komplexní řešení a proto je potřebné přihlížet ke všem faktorům, chápat je v plné šíři a nezužovat je v žádném směru. Na prvním místě jsou to příčiny vad, které mohou být dědičné, vrozené nebo získané a mohou být způsobeny chorobou, úrazem, prostředím nebo výchovou. Dále je podstatný věk v době vzniku defektu a délka jeho trvání. Klasifikace sleduje jednotlivé věkové skupiny od narození přes dětství, mládí, dospělost až po stáří. Přitom je důležité si uvědomit, že každý dlouhodobý nedostatek působí negativně

na jedince, má vliv na jeho vývoj a na jeho případné změny, promítá se do celé osobnosti a do jejích vztahů k okolí. To znamená, že zasahuje oblast tělesnou, duševní i společenskou, z nichž některá bývá postižena více, jiná méně a proto nelze defekty od sebe navzájem přísně oddělovat, vždycky se v jistém smyslu kombinují.

Je rovněž nutné, aby členění speciální pedagogiky odpovídalo cílům, kterých chceme dosáhnout systematickým řízením a vedením defektních. Usilujeme proto o *zařazení* co největšího počtu osob do života, tzn. *do výchovně vzdělávacího procesu, do pracovní činnosti a do společnosti*.

U jednotlivých defektů je možno stanovit různou hloubku postižení. Zhruba lze počítat se stupněm lehkým, středním a těžkým. Při hodnocení možností každého jedince je v první řadě významný druh vady, na druhém místě její stupeň. Vyjádření, na základě kterého lze posoudit začlenění defektního do výchovně vzdělávacího procesu nebo do povolání a do odpovídajícího prostředí, přihlíží zejména ke společenským důsledkům defektů. Z tohoto hlediska rozlišujeme v souhlase s Milošem Sovákem:³⁷

1. *Lehká postižení*, u nichž nehrozí bezprostřední nebezpečí narušení vztahů ke společnosti. Zde je žádoucí usměrnit péči o dítě, dospívajícího či dospělého v rodinném prostředí, v normálním školském kolektivu nebo na běžném pracovišti. U těchto případů se zaměřujeme na prevenci defektivy, na ochranu před jejím vznikem a dbáme o vytvoření optimálních životních podmínek.

2. *U středního stupně* hrozí nebo se již dokonce vyvinula porucha společenských vztahů. Proto je potřebné zabezpečit žádoucí rodinné podmínky, případně začlenit daného jedince do domova pro mládež vyžadující zvláštní péči a zvolit pro něho odpovídající typ speciální školy. Zpravidla je tento postup nutný, i když nemusí být zvolené řešení trvalé. Často vyžadují speciální zařazení i dospělí, pokud mohou být zaměstnáni jen na pracovištích, která jsou pro ně zvláště uzpůsobená, nebo mohou pracovat pouze ve Svazu invalidů, či v některé instituci nemocniční či v zařízení pro defektní, případně jen na takových pracích, které lze vykonávat doma.

3. *Pro těžké postižení* je typické, že poruchy postihují individuum ztrátou sociálních vztahů. Vzhledem k této okolnosti nelze užít výchovného působení, rovněž vzdělávání i pracovní začlenění je znemožněné a proto je nezbytná ústavní péče s trvalým ošetřováním.

³⁷ Srovnej: Miloš Sovák, *Nárys defektologie*, str. 25.