

**Sborník příspěvků ze závěrečné konference k projektu ESF
„Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání
rozšiřujících kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky“**

•

**Memorial volume of entries at the concluding conference on the ESF project
“Creation and implementation of courses within lifelong education,
expanding qualification in the field of special education”**

•

**Sammelwerk der Beiträge von der Abschlusskonferenz zum Projekt ESF
„Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen
zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“**

Olomouc

15. 5. 2008

Oponenti: Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
Mgr. Dita Finková, Ph.D.

Publikace vznikla z prostředků ESF – projekt Opatření 3.2 Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřujících kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky

This publication ensued from the resources of ESF – project Provision 3.2 Creation and implementation of courses within lifelong education, expanding qualification in the field of special education.

Die Publikation entstand aus Mitteln des ESF – Projekt Maßnahmen 3.2. „Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“

1. vydání

Editor © Liduše Ludíková, 2008

ISBN 978-80-244-1977-0

Obsah

Představení projektu „Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřujících kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky“ <i>Doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.</i>	7
Komunikace u osob se specifickými potřebami <i>Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.</i>	9
Možnosti změn přístupů k osobám se zrakovým postižením <i>Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.</i>	15
Poradenství pro zdravotně postižené – pojetí a přínos kurzu <i>Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.</i>	25
Specifika komunikace osob se zdravotním postižením (pohled na realizace a průběh třetího kurzu) <i>Mgr. Jiří Langer, Ph.D.</i>	28
Změny postojů frekventantů kurzu k osobám se specifickými potřebami (prezentace výsledků dotazníkového šetření.) <i>PhDr. Petra Bendová, Ph.D.</i>	33
Zpráva o supervizi v rámci projektu ESF „Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřujících kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky“ <i>Doc. PhDr. Eva Suralová, Ph.D.</i>	38

Contents

Introduction to the project “Creation and implementation of courses within lifelong education, expanding qualification in the field of special education” <i>Doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.</i>	41
Communication in persons with specific needs <i>Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.</i>	45
Possibilities of altering approaches to persons with visual impairment <i>Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.</i>	50
Counselling for persons with health impairment – the concept and contribution of the course <i>Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.</i>	61
The specificities of communication in persons with health impairment (an insight into the implementations and the course of a third course) <i>Mgr. Jiří Langer, Ph.D.</i>	64
Changes in the approach of course participants towards persons with specific needs (presentation of the questionnaire inquiry results) <i>PhDr. Petra Bendová, Ph.D.</i>	69
A report on supervision within the ESF project “Creation and implementation of courses within lifelong education, expanding qualification in the field of special education” <i>Doc. PhDr. Eva Souralová, Ph.D.</i>	74

Inhalt

Vorstellung des Projekts „Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“ <i>Doz. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.</i>	77
Kommunikation bei Menschen mit spezifischen Bedürfnissen <i>Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.</i>	80
Möglichkeiten für die Änderung der Einstellung zu Menschen mit Sehbehinderung <i>Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.</i>	87
Beratung für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung – Konzept und Beitrag des Kurses <i>Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.</i>	98
Spezifiken der Kommunikation von Personen mit gesundheitlicher Behinderung (Blick auf Realisierung und Verlauf des dritten Kurses) <i>Mgr. Jiří Langer, Ph.D.</i>	101
Verhaltensänderung der Kursteilnehmer zu Menschen mit spezifischen Bedürfnissen (Präsentation der Umfrageergebnisse) <i>PhDr. Petra Bendová, Ph.D.</i>	107
Bericht über die Supervision im Rahmen des Projekts ESF „Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“ <i>Doz. PhDr. Eva Suralová, Ph.D.</i>	113

Představení projektu „Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřujících kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky“

Doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Předkládaný sborník završuje realizaci projektu OPRLZ Evropského sociálního fondu a MŠMT č. CZ.04.1.03/3.2.15.2/0281 „Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřujících kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky“, v průběhu kterého pořádala katedra speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci cyklus tří několikátýdenních specificky zaměřených kurzů „Základy speciální pedagogiky“, „Poradenství pro zdravotně postižené“ a „Specifika komunikace osob se zdravotním postižením“. Projekt byl realizován ve dvouletém období od června 2006 do června 2008.

Cílovou skupinu tvořili především pracovníci zdravotnických zařízení v působnosti Olomouckého kraje a pracovníci zdravotnických a sociálních odborů obcí tohoto kraje, kteří se při plnění svých pracovních povinností setkávají s jedinci se zdravotním postižením a v rámci předešlého vzdělání se jim nedostalo vědomostí a dovedností v oblasti speciální pedagogiky. Realizací kurzů došlo ke zvýšení jejich kvalifikace a k rozšíření jejich kompetencí o základní, ale i specifické poznatky ze sféry působení na jedince se zdravotním postižením, včetně nových znalostí z oblasti komunikačních technik a využití moderních technologií v poradenských službách, nezbytných pro zajištění smysluplného kontaktu s jedinci se zdravotním postižením. Projekt tak napomohl nejenom rozšíření kvalifikace cílové skupiny, ale i ke zvýšení profesního uplatnění a flexibility na trhu práce. Sekundárním dopadem je pak zvýšení kvality profesní a sociální inkluze jedinců se zdravotním postižením.

V rámci školících kurzů byla cílová skupina rovněž seznámena s hlavními tendencemi rovnoprávného postavení a rovných příležitostí jedinců se zdravotním postižením, jak jsou zakomponovány v dokumentech Evropské unie. Pro jednotlivé kurzy byly zpracovány učební texty formou samostatných publikací. Vyvrcholením celého školícího cyklu bylo uspořádání závěrečné konference prezentující výsledky projektu a vydání tohoto sborníku s příspěvky z této konference. Absolventi kurzů byli v závěru řešení projektu vybaveni multimediálním CD, které obsahuje konkrétní praktické ukázky specifických situací a technik, jejichž dodržováním či osvojením zlepší svůj přístup k osobám se zdravotním postižením, především v oblasti specifických komunikačních technik. Sami absolventi si osvojili si základy komunikace prostřednictvím znakového jazyka a daktylní

abecedy pro komunikaci s osobami neslyšícími, techniky přístupu k osobám nevidomým, tělesně postiženým, základy alternativní a augmentativní komunikace pro osoby s narušenou komunikační schopností apod.

Nedílnou součástí projektu bylo provádění systematické publicity záměru projektu a průběžně dosahovaných výsledků a konečných dopadů do praxe, kdy řešitelský tým bude v úzkém kontaktu s řídicími pracovníky (zaměstnavateli cílové skupiny). Součástí propagačních akcí byla vždy prezentace cíle Evropské unie a Evropského sociálního fondu vztahující se k cílům řešeného projektu. V maximální míře bylo využito v průběhu realizace kurzů i celého řešení projektu využito moderních informačních technologií.

Účastníci kurzů obdrželi po jejich skončení certifikáty o účasti, publikace shrnující obsah jednotlivých lekcí a další praktické materiály. Kurzy byly poskytovány bezplatně, průběžně byly monitorovány a evaluovány spolu s jednotlivými etapami řešení projektu. Partnerem celého projektu byl Krajský úřad Olomouckého kraje.

Řešitelský tým projektu:

Vedoucí projektu:

doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Koordinátor projektu:

Prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.

Řešitelský tým:

Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.

PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.

Projektový manažer:

Ing. Jaroslav Skácel

Partner projektu:

Krajský úřad Olomouc

Supervizoři projektu:

doc. MUDr. Václav Rýznar, CSc., MBA

doc. PhDr. Eva Souralová, Ph.D.

Komunikace u osob se specifickými potřebami

Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.

Slovo komunikace patří v současné době k velmi často skloňovaným termínům. Její význam se přenáší z oblasti dopravy do oblasti mezilidské interakce. Komunikaci jako proces ovlivňuje mnoho faktorů – co je předmětem komunikace, kdo komunikuje a s kým, kdy a kde komunikace probíhá, jakým způsobem, proč vůbec komunikujeme a za jakým účelem.

V našem textu se budeme zabývat komunikací, jejímiž aktéry jsou osoby se specifickými potřebami ať už v roli mluvčího či příjemce informace. Jejich specifické potřeby mohou být způsobeny zdravotním postižením – smyslovým, mentálním, poruchou hybnosti, narušenou komunikační schopností či kombinovaným postižením, ale i stářím, duševní nemocí či psychosociálním ohrožením. V zahraničí se při označování osob se zdravotním postižením můžeme setkat s celou řadou termínů – osoby výjimečné, handicapované, omezené, narušené či nepřizpůsobivé. V našich zemích se pro označení lidí s postižením užívá termínů člověk postižený, znevýhodněný, zdravotně postižený, handicapovaný, člověk se speciálními potřebami, výjimečný, dítě se speciálními výchovnými a vzdělávacími potřebami a další pojmy (8).

V poslední době se v označování lidí se zdravotním postižením objevuje trend „people first language“, kdy jsou na prvním místě lidé, nikoliv jejich omezení či postižení (žena s autismem, dítě se zrakovým postižením, muž s tělesným postižením apod.). Tento trend vyšel od samotných lidí se zdravotním postižením a jejich blízkých, v současné době je již běžný ve speciálně pedagogických kruzích a postupně se šíří i do dalších odborných kruhů a do povědomí široké veřejnosti. Součástí tohoto trendu je několik tezí:

- Zdůrazňujte lidi, nikoliv nálepky. Neužívejte termíny „postižení“, „retardování“, „neslyšící“, ale termíny „lidé s mentálním postižením“, „lidé, kteří jsou neslyšící“.
- Na prvním místě jsou lidé, nikoliv jejich postižení (ne „autistická žena“ či „autistka“ ale „žena s autismem“). Důraz by měl být kladen na jednotlivce a jeho dovednosti, ne na jeho funkční omezení. Místo vět „je invalidní“, „je odkázán na vozík“ používejte věty „chodí o berlích“, „používá vozík“.
- Pokud to není pro zprávu zásadní, nezaměřujte se na postižení, ale soustřeďte se více na důsledky ovlivňující kvalitu života lidí (např. přístupnost dopravních prostředků, bydlení, nabídku zaměstnání, diskriminaci).

- Nepopisujte úspěchy lidí s postižením jako nadlidské. I když společnost hrdiny obdivuje, nepředstavujte lidi s postižením jako superhvězdy, vytváří to klamná očekávání, že všichni lidé s postižením mohou této úrovně dosáhnout.
- Mluvíte-li o postižení v důsledku onemocnění, nepředstavujte osoby s postižením jako nemocné (např. postižení v důsledku dětské obrny). Jinak je to v případě chronických onemocnění.
- Mluvte o lidech bez postižení spíše než o normálních nebo zdravých lidech.
- Handicap není synonymem postižení. Označuje znevýhodnění vytvářené společností, prostředím či jednotlivci.
- Představujte lidi s postižením jako aktivní členy společnosti. Hovořme o tom, co lidé s postižením mohou dělat spíše než o tom, co dělat nemohou. (4)

Aktuálnost tohoto trendu je možné mimo jiné pozorovat i na změně názvu zastřešující organizace Národní rady zdravotně postižených, která svůj název změnila na „Národní radu osob se zdravotním postižením“. Věřme, že změna v užívané terminologii nezůstane jen formální záležitostí, ale přispěje k pozitivní změně vnímání osob se zdravotním postižením celou společností.

Komunikace

Co si můžeme představit pod známým a dnes velmi často užívaným pojmem komunikace? V akademickém slovníku cizích slov najdeme pod heslem komunikace několik významů. Prvním z nich je přenos nejrůznějších informačních obsahů v rámci komunikačních systémů použití komunikačních médií, zejména prostřednictvím jazyka, dalšími významy jsou pak veřejná doprava, spojení či prostor vymezený pro spojení dopravními prostředky (dopravní cesta). Komunikovat pak podle slovníku znamená oznamovat, sdělovat, spojovat, být ve spojení či hovořit. (7)

V našem textu se zaměříme na význam komunikace jako sdělování. „Komunikace je sdělování určitých významů v procesu přímého nebo nepřímého sociálního kontaktu. V tomto smyslu je komunikace základní složkou mezilidské komunikace.“ (6, s. 193) Komunikovat tedy znamená něco si navzájem sdělovat, z něčeho se společně radovat, druhému něco předávat, doručovat, propůjčovat, dávat a přijímat, navzájem se sdílet. (4)

Co je obsahem komunikace? Můžeme si sdělovat nejen zprávy a informace (novinky), ale sdělujeme si i jak chápat to, co říkáme, jak nám je a jak se cítíme, postoj k věci o níž hovoříme, postoj k posluchači, s nímž hovoříme, sdělujeme své sebepojetí – za koho se považujeme, za koho považujeme druhého účastníka komunikace, naznačujeme další průběh našich vzájemných vztahů, nastavujeme

žadující pravidla dalších fází setkání a v neposlední řadě sdělujeme své žádosti, co si přejeme.

Jakým způsobem můžeme komunikovat, jak sdělujeme to, co si chceme říci? Komunikace může probíhat slovy (verbálně), mimoslovně (neverbálně) a činy (aktivitou, jednáním a chováním).

Verbální komunikací rozumíme sdělování prostřednictvím slov, řeči. Obecně se verbální komunikaci přikládá větší význam než komunikaci neverbální, vzhledem k tomu, že verbálně sdělujeme především zprávy a informace. Ale verbální a neverbální komunikace se navzájem doplňují. Verbální komunikace může mít několik podob:

- mluvený dialog – rozhovor mezi dvěma lidmi (osobní či telefonický)
- psaná řeč – jakýkoliv písemný záznam (korespondence, písemné sdělení, zprávy, články, objednávky aj.)
- řeč v malé skupině lidí – vzájemná komunikace několika lidí (porada, diskuse, přátelská setkání aj.)
- řeč k velké skupině lidí – situace, kdy jedna osoba oslovuje současně větší počet lidí (přednáška, odborný výklad, projev aj.)
- samomluva – řeč člověka sama se sebou, může být tichá či hlasitá (např. při rozhodování, ujasňování problematiky, formulace vlastních myšlenek). (3)

Verbální komunikace lidí se specifickými potřebami, může být ovlivněna jejich zdravotním postižením. Např. pro lidi se zrakovým postižením je verbální komunikace hlavním zdrojem informací, neverbální komunikaci mohou vnímat pouze prostřednictvím tzv. paralingvistiky (tón hlasu, melodie, hlasitost mluveného projevu), naopak lidem se sluchovým postižením může verbální komunikace činit potíže vzhledem k omezené možnosti vnímat zvukovou podobu mluvené řeči, což ovlivňuje i porozumění psanému textu.

Neverbální komunikací rozumíme komunikace mimoslovní, komunikaci beze slov. V určitých situacích může komunikace zcela nahradit komunikaci verbální (mimika, gesto), ve většině situací ale komunikace neverbální a verbální probíhají současně. Neverbální komunikace tak obvykle doplňuje verbální sdělení, zesiluje jeho účinek, reguluje ho, může dokonce odhalit, že výpověď není autentická (předstírání, ironie).

Prostřednictvím neverbální komunikace můžeme sdělovat svůj aktuální psychický stav, emoce, pocity, nálady, afekty, postoje a vztahy k druhým lidem, zájem o sblížení s druhými lidmi, snažíme se o vytvoření určité představy, kdo jsem já, snažíme se řídit vývoj dalšího vzájemného styku. Např. zájem sdělujeme mírným předklonem k druhému člověku, zrakovým kontaktem, případně i dotekem

ruky. Nezáměr lze vyjádřit ležérním postojem a pohledem mimo zónu zrakového kontaktu.

Neverbální komunikace může probíhat výrazem obličeje, oddálením, dotekem, postojem, pohyby, gesty, pohledy, „tónem“ řeči, úpravou zevnějšku apod. Největší význam je kladen na neverbální projevy v oblasti obličeje a hlavy, následně pohyby rukou a paží a teprve potom pohyby a pozice těla a nohou.

Mezi formy neverbální komunikace patří:

- mimika – co si sdělujeme výrazem obličeje (emoční prožívání)
- řeč očí a pohledů - zahájení sociálního kontaktu, sdělování emocí
- proxemika – sdělování přiblížením a oddálením (sdělení sympatie, odstupů apod.)
- haptika – význam dotyků (podání ruky, bezprostřední dotyk)
- posturologie – řeč našich fyziologických postojů, držení těla a pohybových konfigurací (signalizuje emoční stav, zaujetí, postoj k druhému partnerovi v komunikaci i ke sdělení)
- kinezika – řeč pohybů (pohyby mohou být výrazné, nadměrné či přiměřené, lze z nich usuzovat na kvalitu prožívaných emocí a psychický stav člověka)
- gestika – gesta v komunikaci podtrhují a dokreslují verbální sdělení, mohou ho i zastoupit
- úprava zevnějšku
- paralingvistika – sdělování svrchními tóny řeči (hlasitost řeči, výška tónu řeči, tempo, objem, plynulost, intonace a melodie řeči, správnost výslovnosti, chyby v řeči, kvalita řeči – věcnost hovoru, členění řeči – frázování. (3)

Komunikace neprobíhá jen verbálně a mimoslovní komunikací, ale i činy. Sdělujeme i činy, nejen tím, co říkáme, ale i tím, co děláme, jak jednáme a jak se chováme. Naše jednání a chování, vše co děláme má určitý hodnotový dopad, nejde jen o to, co děláme ve chvíli, kdy hovoříme. Jde i o to, co jsme dělali předtím, to jak jsme se chovali a jednali dříve, než jsme otevřeli ústa. Jde i to, co budeme dělat, jak se budeme chovat a jednat po tom, až rozhovor skončí. (3)

Komunikace lidí se specifickými potřebami může být z důvodu sensorických či kognitivních bariér, ale i nedostatků v oblasti motoriky a emočně volní oblasti ovlivněna jak ve fázi produkce, tak ve fázi přijímání informace (percepce, dekodování, uložení, následně vybavení a adekvátní použití). (9) Konkrétní příklady a doporučení pro komunikaci s lidmi s různými typy specifických potřeb je obsahem následujících kapitol textu. Výchozím bodem pro jejich praktické užívání mohou být následující kréda podpory lidí se zdravotním postižením.

Kréda podpory lidí se zdravotním postižením

- Nepovažujte moje postižení za problém. Vnímejte moje postižení jako vlastnost.
- Nepovažujte moje postižení jako nedostatek. Jste to vy, kdo se na mně dívá jako na postiženého a bezmocného.
- Nesnažte se mně opravit, nejsem porouchaný. Podpořte mě. Mohu být společnosti prospěšný svým vlastním způsobem.
- Nedívejte se na mně jako na klienta. Jsem Váš spoluobčan. Vnímejte mně jako Vašeho souseda. Uvědomte si, že nikdo z nás není zcela soběstačný.
- Nesnažte se měnit moje chování. Buďte trpělivý a naslouchejte. To co považujete za nevhodné, může být jediný způsob, jak s Vámi mohu komunikovat.
- Nesnažte se mě měnit, nemáte na to právo. Pomozte mi naučit se tomu, co chci vědět.
- Neskrývejte svou nejistotu za profesionální odstup. Buďte člověkem, který naslouchá a nezbavuje mě zápasu ve snaze mi všechno ulehčit.
- Nezkoušejte na mě teorie a strategie, ale buďte se mnou. A když to mezi námi zaskřípe, berme to jako příležitost k vzájemnému poznání.
- Nesnažte se mě ovládat, jako člověk mám právo být sám sebou. To co možná považujete za nevhodné nebo manipulaci z mé strany je možná jediný způsob, jak mohu mít kontrolu nad svým životem.
- Neučte mě, abych byl poslušný, podřízený a zdvořilý. Potřebuji mít pocit, že má právo říct NE, když se chci bránit.
- Nebuďte vůči mě dobročinní. Buďte mým spojencem proti těm, kdo mě využívají pro svůj vlastní dobrý pocit.
- Nesnažte se být mým přítelem. Snažte se mě poznat. Teprve potom se můžeme stát přáteli.
- Nepomáhejte mi, pokud to děláte pro svůj vlastní dobrý pocit. Nejdříve se mě zeptejte, zda potřebuji pomoc. Dovolte mi ukázat vám, jak mi můžete pomoci.
- Neobdivujte mě. Prání žít plnohodnotným životem nevyžaduje obdiv. Respektujte mě, protože respekt předpokládá rovnoprávnost.
- Nepovídejte, neopravujte a neveděte, ale naslouchejte, podporujte a následujte.
- Nepracujte na mně. Pracujte se mnou. (5)

Seznam použité a doporučené literatury:

1. HURST, B. Encyklopedie komunikačních technik. Praha: Grada publishing a. s., 1994. ISBN 80-85424-40-1

2. Desatero pro lepší komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. [online.] [2008-02-07] Dostupné na: <<http://www.vzp.cz/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/desatera-nrzp?tisk=true>>
3. KŘIVOHLAVÝ, J. Jak si navzájem lépe porozumíme. Praha: Svoboda, 1988.
4. Jak mluvit o lidech s postižením. [online.] [cit.2008-01-31] Dostupné na <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=30&tmplid=45>>
5. KUNC, N., VAN DER KLIFT, E. A Credo for Support. [online.] [cit.2008-01-31] Dostupné na <<http://www.radford.edu/~bhiltons/Credo%20for%20Support.doc>>
6. NAKONEČNÝ, M. Sociální psychologie. Praha: Svoboda, 1970
7. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. a kol. Akademický slovník cizích slov. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0607-9
8. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-244-0873-2.
9. VAŠEK, Š. Základy špeciálnej pedagogiky. Bratislava: Sapientia, s. r. o., 2003. ISBN 80-968797-0-7.
10. VYBÍRAL, Z. Psychologie lidské komunikace. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.

Možnosti změn přístupů k osobám se zrakovým postižením

Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.

Náš život a spokojenost během jeho průběhu ovlivňuje velké množství proměnných. Jednou z nich, kterou si uvědomuje jen, když je do ní určitým způsobem zasaženo je schopnost přijímat informace zrakovou cestou a tyto dále zpracovávat a hodnotit. Jakékoli omezení zrakového vnímání je pro nás nepříjemné, přináší nám pocity stresu a strachu z budoucna. Velmi často se obáváme toho, že daný stav by mohl nebýt pouze přechodný a představujeme si důsledky, které by pro nás nastaly jak v osobním, tak také pracovním životě.

Pravděpodobně na základě předchozího jsou poté ve společnosti masově rozšířeny obavy a předsudky nejen ze ztráty zrakového vnímání, ale také o schopnostech a dovednostech osob se zrakovým postižením. Na následujících řádcích se společně pokusíme daná tvrzení, fakta a myšlenky rozšifrovat, tak jak jsme to společně s frekventanty kurzu činili celé tři přednáškové bloky.

Osoby se zrakovým postižením

První z nejčastěji se objevujících desinterpretací ve společnosti je pojem zrakové postižení. Většina osob, jež nosí běžné dioptrické brýle, a to se skly ať multifokálními, cylindrickými či „pouze“ tórickými o sobě hovoří jako o jedinci zrakově postiženém – ale je to mu tak? Dle názorů lékařů, odborníků a zkušeností, jistě ne, neboť si dokážou uvařit, dojít bez potíží do práce, či zaběhat v parku. V odborné literatuře nacházíme zřejmější specifikaci, která hovoří o to, že zrakově postižený je pouze ten jedinec, jemuž korekce (brýlová, chirurgická, medikamentózní a jiná) nepomáhá zcela a zraková vada mu poté činí problémy v běžném životě.

Mimo běžné zaměňování pojmů osoba se zrakovým postižením a člověk se zrakovou vadou je také zcela obvyklé, že při vyslovení výše zmíněného termínu – zrakové postižení si každý představí nevidomost. Je specifické, že nejmenší skupina (cca 12000 v ČR) mezi osobami se zrakovým postižením zabírá v myslích společnosti největší prostor. Předchozí řádky potvrzují také nejnovější průzkumy, které hovoří o tom, že „v České republice je v současné době cca mezi 60–100 000 osob s těžkým zrakovým postižením, z toho 7–12 000 je nevidomých. Asi 35–40 % těžce zrakově postižených je nezletilých a v produktivním věku, 60–65 % všech těžce zrakově postižených jsou lidé nad 60 let.“ (10, s. 351)

Také osoby nevidomé, jsou různorodou kategorií. Při klasifikaci se pak můžeme opřít, jak o vymezení čistě oftalmologické – lékařské, tak také speciálně-pedagogické.

Hycl a Valešová (7) ve své publikaci uvádějí lékařské vymezení zrakově postižených charakteristických pro ČR:

1. slabozrakost – vizus lepšího oka je pod $6/18$ až $3/60$ (kdy zlomek $6/18$ značí zrakový vizus, tedy rozlišovací schopnost oka a vypovídá o tom, že jedinec s touto zrakovou ostroostí vidí z šesti metrů to co jedinec s vizem v normě z metrů osmnácti),
2. nevidomost – je pokles zrakové ostroosti pod $3/60$ až po světlocit,
3. praktická nevidomost – je definována buď jako pokles vizu pod $3/60$ do $1/60$ včetně, nebo binokulárně zorné pole méně než 10 stupňů, ale více než 5 stupňů,
4. skutečná nevidomost – vizus je pod hranicí $1/60$ až světlocit, nebo oboustranně zorné pole pod 5 stupňů,
5. plná slepota – od světlocitu s chybnou projekcí světla po ztrátu světlocitu.

Mimo předchozí, lékařské klasifikace, která se zaměřuje především na úroveň zrakové ostroosti, popřípadě na stav zorného pole, můžeme nalézt také vymezení podle narušení části zrakového analyzátoru, kdy Desátá revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace diferencuje:

H 00 – H 06 nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice.

H 10 – H 13 onemocnění spojivek.

H 15 – H 22 nemoci sklery, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa.

H 25 – H 28 onemocnění čočky.

H 30 – H 36 nemoci cévnatky a sítnice.

H 40 – H 42 glaukom.

H 43 – H 45 nemoci sklivce a očního bulbu.

H 46 – H 48 nemoci zrakového nervu a zrakových drah.

H 49 – H 52 poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce.

H 53 – H 54 poruchy vidění a slepota.

H 55 – H 59 jiné nemoci a oční adnex.

Na výše popsanych řádcích jsou uvedeny dvě klasifikace zrakově postižených, avšak mezi laiky i odborníky je nejčastěji používaná klasifikace podle stupně zrakového postižení na osoby:

- nevidomé,
- se zbytky zraku,
- slabozraké a
- poruchou binokulárního vidění.

Pro speciálního pedagoga, je pak také důležité jednotlivě stupně postižení rozšiřovat a charakterizovat úžeji se zaměřením na důsledky zrakového postižení:

Nevidomost

„Neschopnost vnímat zrakem, i když je zachováno určité zrakové čítí - světlocit.“ (8, s. 19)

Nevidomost je nejčastěji definovaným zrakovým postižením, a to i ve speciální pedagogice, a proto na tomto místě doplňujeme výše zmíněnou definici Květoňové o vymezení Flenerové (5, s. 13), která za nevidomost považuje „vadu zraku, která se projevuje nevyvinutím, úplnou nebo téměř úplnou ztrátou výkonnosti zrakového analyzátoru a tím i nemožností zrakového vnímání.“

S nevidomostí je spojena samostatná a velmi často rozšířená smyšlenka, že jedinec nevidomý nevidí zcela nic, tedy vidí černočernou tmou. Většina nevidomých však spadá do pásma se zchovalým světlocitem (schopností vnímat světlo, kdy se dále dělí na světlocit se správnou projekcí – rozeznání směru světla i počtu světelných zdrojů, s chybnou projekcí – jedinec rozezná odkud k němu světlo přichází a světlocit bez projekce – rozeznání světelného klimatu) a ti, kteří mají diagnostikovanou amaurozu (Totální, trvalá a neléčitelná ztráta zrakového vnímání bez světlocitu.), Vám většinou řeknou, že místo černočerné tmy mají před očima světelné spirály, záblesky, hvězdičky atp. Je tedy zřejmé, že také skupina nevidomých je velmi širokou kategorií.

Zbytky zraku

Osoby se zbytky zraku jsou ve speciální pedagogice nejčastěji charakterizovány jako ty, jejichž zraková ostrost leží na hranici mezi nevidomostí a slabozrakostí.

Dle Flenerové (5, s. 13) se jedná o „děti, mladistvé a dospělé, jejichž vada zraku spočívá ve vadě nebo poruše zrakového orgánu takového rozsahu, že dochází k postižení zrakového vnímání na stupni zbytků zraku.“

Nad terminologií této skupiny osob se zrakovým postižením vedou speciální pedagogové v současnosti bouřlivé diskuze o její správnosti a výstižnosti (viz. výše).

Slabozrakost

„Slabozrakost je ve smyslu speciální pedagogiky orgánová vada zraku, která se projevuje částečným nevyvinutím, snížením nebo zkreslující činností zrakového analyzátoru obou očí, a tím poruchou zrakového vnímání.“ (5, s. 9)

Osoby slabozraké jsou neširším seskupením mezi jedinci se zrakovým postižením a tomuto také odpovídá množství diagnóz, které zahrnují – glaukom (zelený zákal), katarakta (šedý zákal), myopie a hypermetropie gravis (těžká krátkozrakost a dalekozrakost), nystagmus (mimovolné kmitavé oční záškuby), afakia (bezčočí), daltonismus (ztráta barvocitu – porucha vnímání červené a zelené barvy) a další.

Poruchy binokulárního vidění

Poruchy binokulárního vidění mají nejčastější zastoupení u jedinců dětského věku, kde jsou také nejsnáze léčitelné.

„Jednoduché binokulární vidění je výrazem schopnosti mozku spojit obrazy každého oka v jeden prostorový vjem. Vzniká dokonalou senzomotorickou koordinací obou očí. Binokulární vidění je získaná schopnost, která se začíná vyvíjet po narození s dozráváním sítnice a její žluté skvrny (makuly) resp. foveoly. Již v prvním roce života se vyvíjí reflex konvergence, schopnost zaostřování předmětů, rozvíjí se mechanismy fúze a později i stereoskopické vidění. Proces zdokonalení, upevnění a stabilizace jednoduchého binokulárního vidění probíhá až do 6. roku věku. Porucha ve vývoji binokulárního vidění může vést ke vzniku strabismu nebo amblyopie.“ (10, s. 134)

Strabismus

Podle Hromádkové (6, s. 40) je strabismus „stav, kdy při fixaci určitého předmětu na blízko nebo do dálky se osy vidění neprotínají v tomtéž bodě. Je vždy přítomna větší nebo menší porucha jednoduchého binokulárního vidění. Strabismus je hlavně porucha funkční, navenek provázená asymetrickým postavením očí.“

Tupozrakost

Tupozrakost charakterizuje Divišová (2, s. 56–57) takto: „Termín amblyopie – tupozrakost se obvykle užívá v užším smyslu k označení sníženého vidění oka, v němž objektivně nemůžeme prokázat žádné anomálie.“ V širším slova smyslu znamená snížené vidění jakéhokoliv stupně – vyjma slepotu – které nelze vykorrigovat optickou korekcí.“

Doufáme, že jsme na předcházejících řádcích prokázali, že osoby se zrakovým postižením jsou rozmanitou kategorií, která v sobě skrývá nejen osoby nevidomé,

ale také osoby s jiným stupněm a typem postižení a z nich pak dále vyplývajících důsledků.

Kompenzační činitelé a pomůcky

Jedním z rozšířených mýtů je nenadále zlepšení sluchu, hmatu či čichu po ztrátě zrakového vnímání. Ačkoli většina dostupných médií tento výmysl vyvrací a snaží se uvést na správnou cestu, stále se ještě spousta laiků domnívá, že pokud jedinec přijde o zrak či část zrakových schopnostílepší se mu náhle všechny ostatní smysly. Není tomu tak, pokud již jedinci lépe slyší či cítí je to rozcvičením a zdokonalením těchto schopností, za kterým stojí jen píle a vůle osoby se zrakovým postižením.

Nižší a vyšší kompenzační činitelé společně s tyfletechnikou, tedy kompenzačními prostředky, pomůckami a zařízeními, jež pomáhají do jisté míry nahradit ztrátu zrakového vnímání a jeho důsledků jsou možností jak se začlenit do naší uspěchané doby.

Všechny pomůcky, které v dnešní době zrakově postižení používají, jsou produkovány na základě poptávky trhu a jejich nabídka se také neustále mění a rozrůstá. Většina z pomůcek, jež jsou produkovány v poslední době, souvisí s rozvojem technických prostředků a počítačových komponentů.

Kompenzačními pomůckami je možno členit podle několika základních kritérií, kdy každé je významné z jiného hlediska:

Klasifikace podle druhu financování

- A) – Pomůcky financované zdravotní pojišťovnou (dalekohledové systémy, oční protězy, bílá hůl, digitální lékařský telefon, kontaktní čočky, atp.).
 - Pomůcky financované sociálním odborem (indikátor hladiny, televizní kamerová lupa, pichtův psací stroj, dvojkolo, atp.).
- B) – Pomůcky financované zcela – jsou to pomůcky, které jsou nezbytné k rovnocennému životu ve společnosti, tedy k tzv. vyrovnání příležitostí (pichtův psací stroj, digitální čtecí zařízení pro nevidomé, televizní kamerová lupa, color test, atp.).
 - Pomůcky financované částečně (tiskárna, dvojkolo, hodinky hmatové, nebo s hlasovým výstupem,...).
 - Pomůcky nefinancované (všechny hračky, oddělovač bílků od žloutků, atp.).

Pomůcky pro osoby s jednotlivým stupněm postižení

- Pomůcky pro osoby nevidomé (pichtův psací stroj, colortest, braillový řádek, kolíčková kreslena, hodinky s hlasovým výstupem,...).
- Pomůcky pro osoby slabozraké či se zbytky zraku (učebnice ve zvětšeném černotisku, televizní kamerové lupy, brýlová korekce, turmon,...).
- Pomůcky pro osoby s poruchou binokulárního vidění (stereoskop, CAM stimulátor, troposkop, cheiroskop,...).

Podle způsobu užití

- Pomůcky všeobecné (mobilní telefon, colortest, colorino, televizní kamerová lupa, digitální kamerová lupa, sherlock, atp.).
- Pomůcky pro domácnost a volný čas (oddělovač bílků od žloutků, laserová pistole, půlič tablet, minutník, budík, osobní i kuchyňská váha s hlasovým výstupem, teploměry, atp.).
- Pomůcky diagnostické a reedukační (troposkop, lokalizátor, mnekoskop, cheiroskop, korektor, atp.).
- Pomůcky školní a pracovní (reliéfní mapy, kolíčková písanka první a druhé velikosti, kalkulačka s hlasovým výstupem, pichtův psací stroj, modely zvířat lidského těla, centrofixy, slabikáře v braillově písmu, nebo ve zvětšeném černotisku, atp.).
- Pomůcky pro prostorovou orientaci (bílá hůl, akustický majáček, hlasový majáček, tyflosonar, atp.).

Ačkoli pomůcky i rozcvičené smysly pomáhají zrakově postiženému lépe se orientovat v prostředí či vykonávat běžné činnosti nejsou výše zmíněné prostředky všemocné a osoba se zrakovým postižením se vždy musí spoléhat i na sama sebe a vyšší kompenzační činitele, popřípadě také na vůli, nabídce a ochotě společnosti.

Pohled na osoby se zrakovým postižením

Osoby se zrakovým postižením budily rozporuplné pocity již od nejstarších dob a podle toho jak se měnila společnost, náboženství a sociální rozložení obyvatelstva měnily se k nim také postoje a z nich plynoucí podpora či pomoc. Již od starověku se na zrakové postižení (v dnešní době by diagnóza pravděpodobně zněla praktická nevidomost – totální nevidomost) pohlíželo ze dvou základních hledisek:

- jako trest či rodové prokletí, za něco čeho se jedinec, či jeho předci dopustili v minulosti,

- jako odměna a „požehnání“, které umožňuje člověku vidět do budoucnosti a budoucnost předvídat, popř. ji měnit.

Dnešní moderní společnost již opouští výše zmíněné teorie, i když i ty se čas od času objeví, ale začíná se přiklánět k dalším a ne vždy pokrokovějším. Na zrakově postižené je často pohlíženo jako na:

- osoby hodné obdivu, nepřiměřené chvály, a které nepotřebují pomoc jiných, protože vše zvládnou sami,
- chudáky, kteří naopak nejsou schopni dosáhnout ničeho bez pomoci okolí.

Obě teorie a ve společnosti se objevující mýty osobám se zrakovým postižením příliš nepomáhají, neboť je opět staví mimo skutečnost a tím jim často nevědomky škodí. Je proto si třeba uvědomit stále opakovaný fakt, který i sami jedinci se zrakovým postižením publikují a zveřejňují – „jsme stejní jako lidé kolem nás, pouze nevidíme, a to není zase to nejhorší“.

Názory a zakořeněné předsudky se však špatně mění a bude ještě chvíli trvat, než celá naše společnost začne k jedincům se zrakovým postižením přistupovat s běžnou zdvořilostí a empatií, tak aby neobtěžovala, ale naopak pomáhala, zdravě chránila a povzbuzovala.

Změnit povědomí o zrakově postižených osobách je cílem také mnohých organizací pro ně určených a patří do jedněch z tzv. moderních trendů ve speciální pedagogice osob se zrakovým postižením (tyflopédie, oftalmopedie). Nejjednodušším a nejefektivnějším způsobem ovlivnění názorů ostatních je využití moderních technologií a masmédií, ve kterých můžeme působit masově a vždy s přízpůsobením cílové skupině obyvatelstva.

Prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených

Při otázce na nejnámější důsledek zrakového postižení bude pravděpodobně nejtypičtější a nejčastější odpovědí právě omezení pohybu a nemožnost řídit dopravní prostředek. Fakt, že problémy s prostorovou orientací mají nevidomý je nevyvratitelný a ve společnosti známý, již méně si však uvědomujeme, že obtíže s prostorovou představitelostí a pohybem v otevřeném prostoru mohou mít také jedinci slabozrací, se zbytky zraku a nevyjímaje ani osoby s poruchou binokulárního vidění.

Nejčastěji rozšířenými fámami spojenými s prostorovou orientací a samostatným pohybem jsou následující:

- Bílá hůl je označujícím prostředkem pouze nevidomých. Také osoby se zbytky zraku se učí chodit s bílou holí, kterou mohou používat v prostředí které je

pro jejich zrakové schopnosti nepříznivé (špatné světelné podmínky, neznámé prostředí, prostředí nebezpečné, atp.). Velmi často pak dochází k situacím, kdy osoba se zrakovým postižením použije bílou hůl, aby se lépe zorientovala a poté si například vytáhne časopis a čte jej. Zde je opět třeba upozornit na výše napsané – osoby nevidomé a se zbytky jsou různorodou skupinou, ve které koexistují jedinci s různou zrakovou ostroží, různě širokým zorným polem atp.

- Každý jedinec s bílou holí vždy s radostí uvítá naši pomoc, která je mu nabízena. Již výše bylo popsáno samozřejmě – tedy to, že osoba nevidomá je samostatný jedinec se všemi přednostmi i chybami jako každý jiný. Každý z nás potřebuje někdy pomoci, ale není to zase až tak často, a proto se nesmíme divit, pokud naše dobře míněná nabídka bude někým s díky odmítnuta a jiným přijata. Nemělo by nás to však odradit od vůle chtít někomu pomoci, ale vždy jen tehdy když je podpora chtěná a vítaná.
- Jako průvodce musím vědět jak se zachovat. Toto rčení platí, jen tehdy pokud jsem průvodcem stálým, ale ne když jsem průvodce náhodný. Každý zrakově postižený, který přijme naši pomoc, by měl „provést malé zaškolení“ jak s ním máme jednat, nač upozornit a jak vést.
- Vodící pes vede svého pána. Ano vodící pes sice svého pána vede, ale na druhou stranu je pouze poslušný jeho příkazů a těmito se také řídí. Pes nic nevykonává bez vědomí pána – zastaví na přechodu a převede, až když je vyzván; zastaví na schodech a svede, až když je vyzván atp.
- V případě, že vedu nevidomého, bude rád, pokud budu neustále mluvit a popisovat co vidím. Při chůzi je samozřejmě možné popisovat, kudy právě jdeme a co vidíme, ale je zbytečné zahlcovat informacemi, či takříkajíc mluvit jen proto, aby nebylo ticho.

Každý jedinec se zrakovým postižením ví, kde má během samostatného pohybu a prostorové orientace jak své slabiny, tak také silná místa a je vždy potřeba, aby jich uměl využít a poradit si s nimi. V případě, že osoba se zrakovým postižením potřebuje během svého pohybu bílou hůl, dá se předpokládat, že musí mít trasy po, kterých se pohybuje, naučené do detailů a takto si je i pamatovat. Instruktor prostorové orientace poté musí vybírat trasy tak, aby byly ne nejkratší, nebo nejrychlejší, ale hlavně nejbezpečnější. Během jejich nácviku musí být osoba nevidomá informována o celkové orientační situaci a o všem co je možné na trase nalézt, tak aby si ji mohla vždy začlenit do tras, které již zná.

Prostorová orientace a samostatný pohyb je u osob se zrakovým postižením vždy do určité míry omezen, ale není nemožný. Každý zrakově postižený však má osobnostní předpoklady pro samostatnou chůzi a ty je třeba respektovat.

Pracovní uplatnění

Poslední téma, kterému jsme se v této publikaci rozhodli věnovat je možnost pracovního uplatnění, neboť se stále častěji od samotných osob se zrakovým postižením dozvídáme o zcela mylných teoriích některých zaměstnavatelů.

Zaměstnavatelé často bez zábrán povědí, že „nevidí důvod proč osobu se zrakovým postižením zaměstnat, když má invalidní důchod, když bude pomalejší, když se o ni bude muset starat a poskytovat nadměrnou pozornost, neboť si ji daný jedinec bude vyžadovat atp.“. Všechny jmenované předsudky se společností bohužel šíří jako lavina a my považujeme za nutné je na závěr této kapitoly vyvrátit níže napsanými tvrzeními:

- Zrakově postižení berou práci, stejně jako intaktní populace, nejen jako nutnost k získání finančních prostředků pro vlastní obživu, ale také jako jednu z možností socializace.
- Během školského vzdělávání dosáhnou zrakově postižení na stejné znalosti a dovednosti, v případě, že si vyberou zrakové vadě odpovídající druh povolání, jako jejich intaktní vrstevníci a během pracovního procesu jsou poté schopni dosahovat stejných výsledků, samozřejmě vždy s ohledem na omezení týkající se zrakové vady. Daná omezení mohou zaměstnavateli vynahradiť finanční pobídky a podpora státu.
- Žádný zrakově postižený na sebe logicky nemíní během pracovního procesu tím, že by vyžadoval nadměrnou pozornost zaměstnavatele.

Úspěšné pracovní uplatnění, zařazení do pracovního procesu a získání během svého zaměstnání ohodnocení okolí je metou každého z nás. Na rozdíl od intaktní populace však nemají osoby se zrakovým postižením tento cíl jen ve svých rukou, neboť aby mohly prokázat své kvality, musí překonávat právě výše vypsané předsudky. Avšak i zrakově postižení mohou svůj osud ovlivnit, a to především vyšší a úrovní svého vzdělání, neboť jak hovoří statistiky – čím vyšší vzdělání, tím vyšší šance na odpovídající pracovní uplatnění.

Osoby se zrakovým postižením jsou velice různorodou skupinou a jako na takovou je na ně třeba pohlížet. Doufáme, že předchozí stránky ukázaly, že ne všechny mýty jsou pravdivé, že předsudky a tzv. haló efekt je potřeba odbourat a především pokud si uvědomíme, že empatie, slušnost a rozum v hrsti pomůže k tomu, abychom mohli bez ostychu mluvit o inkluzi osob se zrakovým postižením do společnosti.

Seznam použité a doporučené literatury:

1. BENDOVI, P., JEŘÁBKOVÁ, K., RŮŽIČKOVÁ, V. Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami. Olomouc: VUP, 2006.

2. DIVIŠOVÁ, G. Strabismus. Praha, 1979.
3. EDELSBERGER, L. (red.) a kol. Defektologický slovník. Jinočany: H&H, 2000.
4. FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., RŮŽIČKOVÁ, V. Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. Olomouc: UP, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5
5. FLENEROVÁ, H. Kapitoly z tyflopédie I. Praha: SPN, 1985.
6. HROMÁDKOVÁ, L. Šilhání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991.
7. HYCL, J., VALEŠOVÁ, L. Atlas oftalmologie. Praha: Triton 2003.
8. KVĚTOŇOVÁ, L. Oftalmopedie. Brno: Paido, 1998.
9. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. Olomouc: VUP 2003.
10. ROZSÍVAL, P. et al. Oční lékařství. Praha: Galén a Karolinum, 2006.
11. WIENER, P. Prostorová orientace zrakově postižených. Praha: UK IRZP, 2006.

Poradenství pro zdravotně postižené – pojetí a přínos kurzu

Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.

Druhá etapa projektu Operačního programu rozvoje lidských zdrojů Evropského sociálního fondu a MŠMT č CZ 04.1.03/3.2.15.2/0281 s názvem „Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřující kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky“ realizovaného na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci byla zaměřena na realizaci kurzů z oblasti speciální pedagogiky s tématem specifik poradenské práce s osobami se zdravotním postižením všech věkových kategorií. Kurz byl určen pracovníkům v sociálních službách, střednímu zdravotnickému personálu a pracovníkům zdravotnických a sociálních odborů úřadů v Olomouckém kraji.

Kurz „Poradenství pro zdravotně postižené“ probíhal v období od července do října roku 2007 a nabídl účastníkům 7 lekcí v celkovém rozsahu 42 hodin, na jejichž vedení se podílel celý kolektiv lektorů:

- Poradenství v kontextu služeb pro osoby se specifickými potřebami (Anna Kučerová)
- Koncepce rané péče (Anna Kučerová)
- Poradenství pro osoby s mentálním postižením (Petra Bendová)
- Poradenství pro osoby s narušenou komunikační schopností (Petra Bendová)
- Poradenství pro osoby se sluchovým postižením (Jiří Langer)
- Poradenství pro osoby se zrakovým postižením (Veronika Růžičková)
- Poradenství pro osoby nemocné a s tělesným postižením (Petra Bendová).

Praktickým výstupem realizace druhé etapy kurzů je i publikace „Poradenství pro osoby se zdravotním postižením“, která shrnuje poznatky jednotlivých lekcí.

První lekce kurzu s názvem „Poradenství v kontextu služeb pro osoby se specifickými potřebami“ uvedla účastníky kurzu do obecné problematiky poskytování poradenských služeb osobám se specifickými potřebami napříč věkovým spektrem. Seznámila je se systémem školního poradenství, poradenstvím ve zdravotnictví a poradenstvím v sociální oblasti s důrazem na Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách a umožnila efektivnější orientaci v celém komplexu služeb poskytovaných osobám se specifickými potřebami a jejich blízkým.

V současné době je ranému věku dítěte přikládán velký význam pro vývoj osobnosti člověka, tato skutečnost se jeví výrazněji u dětí se specifickými potřebami. Podpora vývoje dítěte se zdravotním postižením, jeho rodiny a komunity je posláním rané péče, poměrně mladého oboru v oblasti služeb osobám se specifickými potřebami. Povědomí odborné i laické veřejnosti o službách rané péče ale stále není dostačující, díky tomu byla charakteristika oboru rané péče, jeho vznik, teoretická východiska, vymezení uživatele služeb, programu, poskytovatele a jeho týmu, principů poskytování služby a seznámení se s činností středisek rané péče obsahem samostatné lekce kurzu s názvem „Koncepce rané péče“.

Třetí lekce kurzu s názvem „Poradenství pro jedince s mentálním postižením“ přinesla účastníkům ucelené poznatky o poskytování poradenských služeb osobám s mentálním retardací s důrazem na koordinaci a kontinuitu ve všech životních etapách od rané intervence přes poradenství poskytované nejen v průběhu školní docházky až po poradenství v oblasti pracovního uplatnění a dalších oblastech života.

Lekce „Poradenství pro jedince s narušenou komunikační schopností“ seznámila účastníky s logopedickou problematikou, zdůraznila význam mezilidské komunikace, vymežila jednotlivé typy narušení komunikační schopnosti, nastínila možnosti její diagnostiky a poradenské intervence v rámci systému logopedické péče v České republice podle jednotlivých resortů (MPSV, MŠMT a MZ) včetně neziskového sektoru.

Komunikace jako hlavní téma se neslo i další lekcí kurzu s názvem „Poradenství pro osoby se sluchovým postižením“. Lektor účastníky kurzu seznámil s poradenskými aktivitami institucí a organizací poskytujících služby osobám se sluchovým postižením opět v duchu komplexního přístupu napříč celým věkovým spektrem – službami rané péče rodinám dětí se sluchovým a kombinovaným postižením, poradenstvím ve vzdělávání (speciálně pedagogická centra a poradenství pro studenty se sluchovým postižením na vysokých školách) a dalšími poradenskými aktivitami včetně internetového poradenství zacílenými na celou škálu témat dotýkajících se problematiky sluchového postižení (profesní poradenství pro neslyšící, kochleární implantace, sociální právní poradenství, život s nedoslýchavostí, tinitem aj.).

Poradenství pro osoby se zrakovým postižením se prolíná komplexem služeb pro osoby se zrakovým postižením jak horizontálně (dle jednotlivých oblastí – poradenství školské, zdravotnické, sociální, v oblasti architektonických bariér, zaměstnanosti), tak vertikálně (od zjištění zrakové vady až do konce života – raná péče, speciálně pedagogická centra, vysokoškolské poradny, rekvalifikační střediska), což se promítlo i do koncepce lekce se stejným názvem.

Kurz byl uzavřen lekcí „Poradenství pro osoby s poruchou hybnosti“, kde měli účastníci možnost si osvojit principy poradenské činnosti osobám s poruchou hybnosti i její plánování. Seznámili se s požadavky kladenými na pracovníka poskytující poradenské služby a s činností jednotlivých institucí poskytující poradenské služby osobám s poruchami hybnosti v České republice dle jednotlivých resortů.

Celý kurz byl koncipován tak, aby si jeho účastníci měli možnost osvojit si dovednosti jak přistupovat k osobám se zdravotním postižením, získat povědomí o jednotlivých typech poradenských služeb a zorientovat se v systému organizací poskytujících služby osobám se zdravotním postižením a tím zkvalitnit svoje další profesní působení v kontaktu s osobami specifickými potřebami.

Specifika komunikace osob se zdravotním postižením (pohled na realizace a průběh třetího kurzu)

Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Komunikace hraje v životě člověka zcela zásadní roli a potřeba komunikovat je jednou z nejzákladnějších a nejdůležitějších lidských potřeb. Pomocí vzájemné komunikace člověk získává a předává poznatky, zkušenosti i informace a rozvíjí tak své schopnosti myšlení, čímž se odlišuje od ostatních živočišných druhů. Při narušení přirozeného komunikačního vývoje pak dochází k omezení rozvoje rozumových funkcí a myšlení.

Mezilidskou komunikaci můžeme z pohledu teorie komunikace chápat jako sociální interakci, v užším smyslu jako jazykové jednání. Společným jmenovatelem je zájem o zdroj informací, jejich mluvčího, způsob přenosu informace i její přijetí adresátem. Předpokladem úspěšné a funkční komunikace (resp. sociálního jednání) je existence (obecné i kulturně specifické) komunikační kompetence. Komunikační kompetence je soubor všech znalostí, které umožňují mluvčímu, aby mohl komunikovat v určitém kulturním společenství. Tento soubor nezahrnuje pouze znalost jazyka (tzv. jazykovou kompetenci), ale i znalost toho, jak užívat jazyk v různých komunikačních situacích. Komunikační kompetence je tedy např. i znalost toho, kdy hovořit, kdy mlčet, jakou varietu jazyka užít v dané situaci atd. (2)

Nejčastějším nástrojem lidské komunikace je řeč (ve smyslu jakékoli lidské promluvy), jejímiž prostředky mohou být mluvené jazyky, znakové jazyky nebo další komunikační systémy. V případě majoritní slyšící společnosti je základním komunikačním prostředkem mluvená řeč a její osvojení v raném dětství se stává základem pro další rozvoj čtení, psaní a ostatních vzdělávacích faktorů. Většina členů společnosti si osvojí mluvený jazyk své skupiny (za předpokladu příznivých podmínek) poměrně snadno v průběhu prvních několika málo let života. Existuje-li ovšem vážná nebo prodloužená deprivace v jakékoli oblasti, která je pro osvojení jazyka důležitá, způsobí komunikační a jazykové problémy. Některá zdravotní postižení svým charakterem tedy mohou způsobit narušený a v některých případech omezený rozvoj potřebné komunikační kompetence.

Cílem závěrečného kurzu projektu „Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřujícího kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky“ se proto stalo seznámení frekventantů kurzu s informacemi o problematice komunikace osob se zdravotním postižením a jejich specifikách. Náplní první lekce kurzu pod vedení dr. Kučerové bylo obecné vymezení pojmu komunikace a jejího významu

pro člověka, vysvětlení příslušné terminologie a prezentace základní klasifikace komunikačních systémů.

V druhé lekci se opět pod vedením dr. Kučerové frekventanti kurzu seznámili se specifiky komunikace osob s různými typy sluchového postižení s využitím mluvené řeči. Prioritní místo ve vzájemné interkulturní komunikaci osob se sluchovým postižením a slyšící většinou společností zaujímá vnímání mluvené řeči za pomoci odezírání. Odezírání, nebo-li vizuální perцепci řeči, charakterizuje dr. Kučerová jako „komplexní čtení nejen pohybů mluvidel, ale i pohybů celého těla, postoje mluvčího, střídání vzdáleností mezi komunikujícími, pauz v řeči, mimiky a gestikulace.“ (4, s. 6) Samotný proces odezírání probíhá na základě vizuálního vnímání faciálních obrazů hlásek - kinémů, přičemž různé kinémy jsou různě rozeznatelné. Na úspěšnosti odezírání se podílí řada faktorů (podmínek), které se dělí na vnější (objektivně ovlivnitelné) a vnitřní (subjektivní, neovlivnitelné). Dalším komunikačním prostředkem založeným na mluveném jazyce je prstová abeceda, která je používána v jednoruční i dvouruční verzi. K podpoře komunikace s lidmi se sluchovým postižením prostřednictvím mluvené řeči je možné využít i různé technické a kompenzační pomůcky, které pomáhají jedinci se sluchovým postižením vnímat mluvenou řeč. Jedná se zejména o sluchadla, skupinové zesilovače, pomůcky zviditelňující mluvenou řeč a kochleární implantát.

V další části přednášky prezentovala dr. Kučerová specifika orální komunikace osob s nedoslýchavostí, osob s těžšími stupni sluchového postižení a osob ohluchlých v pozdějším věku. Účastníkům kurzu bylo rovněž představeno desatero komunikace s osobami se sluchovým postižením a z něho vyplývající doporučení.

Ve třetí lekci navázal dr. Langer na informace prezentované v předchozích přednáškách a seznámil frekventanty kurzu se specifiky komunikace osob se sluchovým postižením prostřednictvím znakového jazyka. V úvodu se účastníci dozvěděli poznatky o základních odlišnostech komunikace pomocí vizuálně-motorických komunikačních systémů, mezi které patří např. nutnost neustálého udržování zrakového kontaktu, efektivní využívání mimiky, častější narušování osobní zóny, specifické způsoby upoutání pozornosti sluchově postiženého člověka aj. Efektivní a plnohodnotná komunikace je v případě osob se sluchovým postižením naprosto nezbytná pro jejich aktivní začlenění do společnosti, a proto by „jedním z úkolů všech pomáhajících profesí a osob, které přicházejí do kontaktu s lidmi se sluchovým postižením, měla být snaha co nejvíce rozvinout osobnost sluchově postiženého jedince i jeho jazykovou a sociální kompetenci, a umožnit tak v nejvyšší možné míře socializaci do majoritní slyšící společnosti.“ (5, s. 13)

Další část přednášky byla věnována vysvětlení některých základních termínů a pojmů, které se v souvislosti s komunikací osob se sluchovým postižením používají a velmi často jsou ne zcela správně chápány. Na praktických ukázkách tedy

mohli účastníci pozorovat rozdíly mezi jednotlivými komunikačními systémy, které bývají souhrnně označovány jako „znaková řeč“. Poté byly dr. Langerem předneseny základní informace o českém znakovém jazyce, jeho významu pro rozvoj osobnosti člověka se sluchovým postižením, specifikách studia znakového jazyka, jeho lingvistických vlastnostech a současném postavení.

Závěr lekce byl zaměřen na seznámení s problematikou poskytování tlumočnických služeb pro osoby se sluchovým postižením. Účastníci kurzu se tak dozvěděli informace o samotném procesu tlumočení a jeho typech, podmínkách, které musí být dodržovány, současném stavu a zabezpečení tlumočnických služeb pro neslyšící v ČR a rovněž diskutovali o etickém kodexu tlumočnicka znakového jazyka.

S otázkami komunikace osob s narušenou srozumitelností a plynulostí řeči seznámila účastníky dr. Bendová, která již na úvod vyzdvihla význam komunikace jako jednoho ze základních předpokladů existence člověka ve společnosti. Ve své přednášce se dr. Bendová zaměřila na 10 okruhů (diagnóz) narušené komunikační schopnosti a jejich specifika (palatolalie a rinolalie, dyslalie, vývojová dysfázie, balbuties, tumultus sermonis, mutismus, afázie, jedinci se středně těžkou a těžkou mentální retardací, dysartrie a dysfonie až afonie).

Každý z uvedených druhů narušené komunikační schopnosti byl přítomným přiblížen pomocí praktických příkladů a videoukázek. Následně byly účastníkům předány praktické rady pro co nejefektivnější zvládnutí komunikace s klientem s některou z výše uvedených diagnóz narušení komunikační schopnosti.

V následující lekci se dr. Bendová věnovala prostředkům augmentativní a alternativní komunikace u osob s tělesným a kombinovaným postižením, které bývají zkráceně označovány jako systémy AAK. Jejich cílem je zejm. „minimalizovat možnost vzniku komunikačního deficitu a vytvořit nový podpůrný či náhradní komunikační kanál, jenž umožní jedincům s tělesným či kombinovaným postižením a současně s těžce narušenou komunikační schopností stát se rovnocennými komunikačními partnery.“ (1, s. 43)

Nejprve byla účastníkům vysvětlena specifika systémů alternativní a augmentativní komunikace včetně jejich významu a klasifikace. Následovalo seznámení s hledisky a východisky při volbě optimálního komunikačního systému pro konkrétního klienta a aspekty využití AAK v praxi. Ve zbylé části přednášky se dr. Bendová věnovala charakteristikám a praktickým ukázkám jednotlivých systémů alternativní a augmentativní komunikace (piktogramy, systém Bliss, Makaton a znak do řeči).

Problematicku komunikace osob se zrakovým postižením přednesla účastníkům kurzu dr. Růžičková, která již v samotném úvodu přednášky vymezila konkrétní faktory a aspekty zrakových funkcí a další okolnosti, které mají vliv na

komunikaci osob s postižením zraku a jejich jednotlivých kategorií (např. osoby nevidomé, se zbytky zraku, slabozraké, osoby s narušením zorného pole, zrakové ostrosti, barvocitu, zpracování zrakových podnětů a osoby s poruchou mobility oka), protože „každá ze jmenovaných skupin zrakově postižených má během komunikace, ať již písemné nebo ústní, určité požadavky na úpravy a specifika.“ (6, s. 28)

Poté se frekventanti kurzu seznámili se zásadami komunikace s lidmi s jednotlivými stupni zrakového postižení pomocí mluvené řeči, přičemž dr. Růžičková zdůraznila principy, doporučení, konkrétní rady a pravidla, která je třeba pro zajištění efektivní komunikace dodržovat. Další část přednášky byla věnována písemné komunikaci s lidmi se zrakovým postižením, zvláště pak bylo představeno Braillovo bodové písmo. V závěru lekce frekventanti získali poznatky z tyfлотechniky a vyzkoušeli si práci s technickými pomůckami, které usnadňují osobám se zrakovým postižením komunikaci (Pichtův psací stroj, Pražská tabulka, digitální čtecí zařízení pro nevidomé, braillský displej aj.).

Cílem celého kurzu a jeho jednotlivých lekcí bylo získání základních znalostí o specifikách, odlišnostech a zvláštnostech komunikace osob s různými typy zdravotního postižení. Přednášející v lekcích se proto snažili všechny informace prezentovat moderní a atraktivní formou s využitím praktických příkladů, didaktické techniky a zážitkovým učením. Věříme proto, že se cíl podařilo naplnit a frekventanti kurzu získali užitečné poznatky, které budou moci dále využít v případném dalším studiu se speciálněpedagogickou tematikou a ve své vlastní praxi.

Seznam použité a doporučené literatury:

1. BENDO VÁ, P. Prostředky augmentativní a alternativní komunikace u osob s tělesným a kombinovaným postižením. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. s. 43-48. ISBN 978-80-244-1935-0.
2. Kolektiv autorů. Encyklopedický slovník češtiny. Praha: Lidové noviny, 2002, 604 s. ISBN 80-7106-484-X.
3. Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 48 s. ISBN 978-80-244-1935-0.
4. KUČEROVÁ, A. Zásady a techniky zlepšení podmínek vnímání mluvené řeči v rámci komunikace s osobami se sluchovým postižením. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. s. 5-11. ISBN 978-80-244-1935-0.
5. LANGER, J. Komunikace s osobami se sluchovým postižením prostřednictvím znakového jazyka. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se

- zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. s. 13-26. ISBN 978-80-244-1935-0.
6. RŮŽIČKOVÁ, V. Komunikace s osobami se zrakovým postižením. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. s. 27-34. ISBN 978-80-244-1935-0.

Kontakt

Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Katedra speciální pedagogiky PdF UP

Žižkovo nám. 5

771 40 Olomouc

tel.: 585 635 322

e-mail: jiri.langer@upol.cz

URL: <http://ksp.upol.cz>

Změny postojů frekventantů kurzu k osobám se specifickými potřebami (prezentace výsledků dotazníkového šetření.)

PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Člověk žijící ve společnosti se od narození pohybuje v síti sociálních vazeb a vztahů. Ty se nejprve omezují na užší sociální okolí (rodinu). Později jedinec expanduje i do sféry širšího sociálního okolí. Během tohoto socializačního procesu dochází k formování jeho osobnosti, modifikují se vzorce chování, rozvíjejí se komunikační kompetence atp.

Socializační proces je procesem dlouhodobým. V případě osob se zdravotním postižením se na něm výrazně podílejí mimo jiné i pracovníci pomáhajících profesí. Ti by měli vždy usilovat o navození pocitu důvěry mezi nimi a klientem (zejména pacientem, žákem, uživatelem služeb), dále být ve vztahu k němu trpěliví, empatičtí a otevření. Ke klientovým potřebám a problémům by měli pracovníci pomáhajících profesí přistupovat vždy citlivě, napomoci mu zvládat krizové situace a naučit ho, jak těmto situacím (pokud to lze) předcházet. Klienta je také třeba, a to nejen v průběhu edukačního, ale i ošetrovatelského procesu, motivovat, poskytnout mu dostatek prostoru pro práci (plnění pracovních úkolů, sebeobslužných úkonů, atp.), ale i pro relaxaci. Výkony klientů je třeba hodnotit vždy objektivně a v rámci jejich hodnocení nepracovat s nedostatky klientů (popř. s chybou), ale především s pozitivními výsledky, jichž dosahují v dílčích oblastech rozvoje osobnosti. Výše uvedené skutečnosti by měly být realizovány na základě rovnoprávného(partnerského) vztahu mezi pracovníkem pomáhající profese a klientem.

Kvalita vztahu mezi pracovníkem pomáhající profese a klientem se výrazně odráží v oblasti vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, jakož i v oblasti humanizace a demokratizace jejich života, ale i ve sféře jejich společenské integrace a inkluze.

S cílem poskytnout alespoň základní vzdělání v oblasti speciální pedagogiky pracovníkům zdravotnických a sociálních zařízení v Olomouckém kraji a tím přispět ke zkvalitnění péče o osoby se zdravotním postižením byl realizován projekt „Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřujících kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky“. V průběhu cyklu kurzů měli frekventanti možnost seznámit se se základy speciální pedagogiky, s poradenským systémem pro osoby se zdravotním postižením a se specifiky komunikace s těmito jedinci. V závěru cyklu kurzů byly sledovány změny postojů frekventantů kurzů ke své klientele.

Za účelem zjištění změny postojů frekventantů kurzů realizovaných v rámci projektu „Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřujících kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky“ byl vytvořen dotazník o deseti položkách, z nichž první dvě sloužily ke sběru základních anamnestických dat o respondentech. Dotazník byl distribuován v průběhu měsíce února 2008, a to formou osobního kontaktu či elektronickou poštou k absolventům kurzu.

Na níže uvedené položky odpovídalo 54 ze 70 oslovených frekventantů kurzů č. 1 Základy speciální pedagogiky, č. 2 Poradenství pro jedince se specifickými potřebami a č. 3 Specifika komunikace osob se zdravotním postižením.

Výzkumný vzorek byl tvořen 52 ženami a 2 muži. Věková kategorie respondentů byla poměrně široká, a to od 18–55 let, nejvíce respondentů (tj. 22) bylo ve věku 36–45 let. (viz tabulka č. 1)

Tabulka č. 1: Věk respondentů

Věk	počet respondentů	počet respondentů v %
18–25 let	2	3,7
26–35 let	18	33,3
36–45 let	22	40,7
46–55 let	12	22,3

V rámci průzkumu zaměřeného na změny postojů frekventantů kurzu bylo zjišťováno, s jakým cílem se respondenti kurzu zúčastnili. Nejčastější motivací k jeho absolvování bylo zvyšování kvalifikace a snaha rozšířit si poznatky z oblasti speciální pedagogiky vedená snahou získat náměty pro svou práci. S ohledem na skutečnost, že respondenti měli možnost vícečetné odpovědi, jsou jednotlivé varianty odpovědí schematicky znázorněny v níže uvedené tabulce č. 2.

Tabulka č. 2: Cíl kurzu

schematicky vyjádřený cíl kurzu (viz legenda)	počet respondentů	počet respondentů v %
A	6	11,1
E	2	3,7
D	2	3,7
a+b	2	3,7
a+e	2	3,7
b+e	11	20,4
c+d	2	3,7
a+b+c	7	13,0
a+b+e	6	11,1
b+c+e	2	3,7
b+d+e	2	3,7
a+c+d+e	2	3,7
a+b+c+d+e	8	14,8

Legenda:

a = rozšířit si poznatky z oblasti speciální pedagogiky (základy SP, poradenství, komunikace)

b = pochopit specifika osob se zdravotním postižením

c = získat náměty pro moji pracovní činnost

d = na popud zaměstnavatele – z důvodu zvyšování kvalifikace

e = z důvodu zvyšování kvalifikace – z vlastního zájmu dozvědět se o dané problematice více

f) další – doplňte

Dále bylo zjišťováno, zda dílčí kurzy naplnily očekávání respondentů. Na tuto otázku odpovědělo 50 (tj. 92,6 %) respondentů kladně = ano a 4 (tj. 7,4 %) respondenti odpověděli, že tuto skutečnost nedokáží relevantně posoudit. (Pozn. Nikdo z dotázaných neuvěděl, že kurz jeho očekávání nenaplnil.)

Předmětem zkoumání byla také změna vztahu respondentů ke klientům (žákům, uživatelům služeb, pacientům). 48 (tj. 88,9 %) z 54 dotázaných uvedlo, že dle jejich názoru se díky získaným informacím a zprostředkovaným zkušenostem jejich vztah ke klientům změnil v pozitivním slova smyslu, 4 (tj. 7,4 %) tuto skutečnost nedokáží posoudit a 2 (tj. 3,7 %) jsou toho názoru, že jejich vztah ke klientům zůstal beze změn.

Dále se respondenti formou autoevaluace snažili posoudit zvýšení empatie, tj. schopnosti vcítit se do problémů a situace osob se zdravotním postižením, a to za přispění absolvovaných kurzů. 46 (tj. 85,2 %) z 54 dotázaných uvádí, že ke zvýšení míry empatie z jejich strany došlo, že nyní dokáží lépe vnímat své klienty, jejich potřeby, jejich celkovou situaci včetně problémů, jež řeší v každodenním životě. 6 z dotázaných (tj. 11,1 %) tuto skutečnost nedokáže dle vlastního vyjádření posoudit a 2 (tj. 3,7 %) změnu postojů v tomto smyslu u sebe nezaznamenali.

Kurzy si kladly za cíl také zlepšit vztah mezi „profesionálem a člověkem se zdravotním postižením“. Podle názoru 52 z 54 (tj. 96,3 %) dotázaných k naplnění tohoto cíle skutečně došlo, 2 (tj. 3,7 %) tuto skutečnost nedokáží dle svého vyjádření adekvátně posoudit.

Hodnocena byla také změna v přístupu ke klientům ze strany respondentů vyplývající z rozšíření poznatků na základě absolvování výše zmíněných kurzů. 40 z 54 respondentů (tj. 74,1 %) u sebe tyto změny zaznamenalo a 14 (25,9 %) tuto skutečnost nedokáže optimálně posoudit.

V kontextu změn v přístupu ke klientům bylo také sledováno zlepšení komunikace mezi pracovníky pomáhajících profesí a klienty. Z odpovědí respondentů vyplývá, že 38 (tj. 70,4 %) tuto změnu zaznamenalo v pozitivním slova smyslu, 4 (tj. 7,4 %) ji nezaznamenali a 12 (22,2 %) tuto skutečnost nedokáže posoudit.

Závěr dotazníku byl věnován vyjádření názoru respondentů, jenž se dotýkal eliminace bariér mezi intaktní populací a osobami se zdravotním postižením, a to na základě pořádání kurzů tohoto charakteru. 50 (tj. 92,6 %) respondentů se domnívá, že absolvování kurzů ke snižování bariér přispívá, 4 (tj. 7,4 %) tuto skutečnost nedokáží posoudit.

Z výsledků dotazníkového šetření jednoznačně vyplývá, že absolvování kurzů zaměřených na problematiku osob se zdravotním postižením vede k pozitivním kvalitativním změnám ve vztahu mezi pracovníky pomáhajících profesí (poskytovateli sociálních služeb, pracovníky v sociálních službách, pedagogy a zdravotníky) a jejich klienty (uživateli sociálních služeb, žáky, pacienty). Na základě shromážděných dat lze konstatovat, že kurzy tohoto charakteru vedou také k optimalizaci péče o osoby se zdravotním postižením umístěným do institucí sociálního, zdravotnického, ale i pedagogického typu. S ohledem na šíři problematiky

osob se zdravotním postižením, v kontextu kladného hodnocení kurzů, jakož i pozitivního vyhodnocení jejich výsledků např. v oblasti změny postojů k uživatelům sociálních služeb, pacientům a žákům by bylo vhodné v tomto smyslu navázat dalším cyklem kurzů prohlubujících dosavadní znalosti frekventantů kurzu.

Seznam použitá a doporučená literatura:

1. HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Poradenské teorie a strategie. Praha: UK, 2002. ISBN 80-7290-098-6.
2. HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Intervence. Praha: UK, 2004. ISBN 80-7290-146-X.
3. HAWKINS, P. SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
4. LUDÍKOVÁ, L. a kol. Kvalitní poradenství – záruka kvality života: sborník příspěvků z konference projektu Poradensko informační centrum pomoci pro osoby se zdravotním postižením (PIC), Iniciativa Společenství INTERREG IIIA ČR-SR: Vsetín, 11. říjen 2006. Vsetín: Sdružení mikroregionu Vsetínsko, 2007. ISBN 978-80-239-8711-9.
5. LUDÍKOVÁ, L. (ed.) Poradenství pro osoby se zdravotním postižením. Olomouc: VUP, 2007. ISBN 978-80-244-1799-8.
6. NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
7. OPEKAROVÁ, O. Kapitoly z výchovného poradenství: školní poradenské služby. Praha: Univerzita J. A. Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-35-8.
8. POLÍNEK, M.D. (ed.) Poradenství pro osoby se specifickými potřebami v zemích Evropské unie. Olomouc: VUP, 2007. ISBN 978-80-244-1733-2.
9. SOBEK, J. A KOL. Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením. Praha: Portus o.s., 2007. ISBN 978-80-239-9400-1.
10. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Psychologie handicapu. Liberec: TUL, 2003. ISBN 80-7083-790-X.

Zpráva o supervizi v rámci projektu ESF „Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřujících kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky“

Doc. PhDr. Eva Souralová, Ph.D.

Řešení projektu bylo iniciováno současnými tendencemi státu, který věnuje soustavnou pozornost jedincům se zdravotním postižením, zejména saturaci jejich speciálních potřeb. V souvislosti s koncepční restrukturalizací edukačních přístupů a zajišťováním rovného přístupu k informacím postupně dochází k napomáhání rozvoji zaměstnanosti osob se zdravotním postižením, čímž se začíná naplňovat myšlenka tolik proklamované sociální spravedlnosti.

Součástí graduálního vývoje v přístupu k osobám se zdravotním postižením je rozšiřování stavu poznání všech, kteří se s těmito osobami setkávají v rámci své profese, neboť obeznámenost se způsobem překonávání fyzických, psychických i komunikačních bariér při kontaktu s osobami se zdravotním postižením podstatnou měrou přispěje ke zvýšení kvality poskytovaných služeb. Informovanost pracovníků zdravotnických zařízení a sociálních odborů Olomouckého kraje umožní zajistit životní perspektivu a kvalitu života osobám se speciálními potřebami, jejichž struktura je modelována konkrétním druhem zdravotního postižení.

Průběh řešení projektu prokázal, že navržená koncepce akceptuje současné potřeby cílové skupiny, kterou tvoří pracovníci zdravotnických zařízení a sociálních odborů Olomouckého kraje. Tříúrovňový charakter kurzů umožnil prezentovat široké tematické zaměření, v němž se promítly odborné i společenské aspekty přístupu k osobám se speciálními potřebami. Geneze jednotlivých témat respektovala chronologický postup při prezentaci informací, obsah kurzů Základy speciální pedagogiky, Poradenství pro osoby se zdravotním postižením i Specifika komunikace osob se zdravotním postižením náležitě reflektoval potřeby související s formou celoživotního vzdělávání v oblasti speciální pedagogiky.

Kolektiv lektorů, který participoval na řešení projektového úkolu, byl sestaven s ohledem na rozmanitou strukturu osob se zdravotním postižením a jejich speciální potřeby. Všichni členové řešitelského kolektivu splňují kvalifikační předpoklady pro lektorskou činnost. Jejich odbornou úroveň dokumentuje bohatá vědecká, publikační a přednášková činnost v úzké návaznosti na empirickou aplikaci teoretických poznatků při řešení konkrétních situací v praxi. Tuto skutečnost také kladně zhodnotili frekventanti všech tří modulů kurzu.

Průběh realizace projektu byl z hlediska účastníků kurzu monitorován prostřednictvím evaluačních dotazníků, jejichž účelem bylo zjistit přínos prezentované problematiky pro profesní specializaci frekventantů a možnost uplatnění získaných poznatků v praxi. Údaje z evaluačních dotazníků byly po skončení jednotlivých lekcí vyhodnoceny a s výsledky byl seznámen lektor kurzu i řešitel projektu. Frekventanti pro vyjádření svých názorů měli v prvním a druhém modulu k dispozici hodnotící škálu od 1 do 10 bodů, kde 10 bodů znamenalo nejvyšší hodnocení. Ve třetím modulu došlo ke změně posuzování průběhu jednotlivých lekcí, k hodnocení byla použita škála od 1 do 5 bodů, v níž 1 bod znamenal hodnocení nejvyšší a 5 bodů reprezentoval nejslabší výsledek. Tato změna se pozitivně promítla jak do posuzování jednotlivých frekventantů, tak do administrace projektu.

Evaluační dotazník byl sestaven tak, aby zmapoval čtyři základních oblasti: aktuálnost tématu z hlediska profesního zaměření, prezentaci obsahové náplně tématu, prezentaci tématu po stránce formální a hodnocení projevu lektora.

V první sledované oblasti aktuálnost tématu z hlediska profesního zaměření byly pozorovány největší výkyvy v hodnocení, frekventanti využili k vyjádření svého názoru celou nabízenou škálu bodů. Vzhledem k tomu, že frekventanti přicházeli z různých pracovišť, která se úzce specializují, je tento výsledek zcela pochopitelný a neváže se ke kvalitě lekce, protože závěrečné hodnocení formulované jako celkový přínos se vždy pohybovalo v nejvyšším nebo druhém nejvyšším bodovém ohodnocení.

V oblasti, která sledovala prezentaci obsahové náplně tématu, se frekventanti mohli vyjádřit k odborné úrovni projevu, užití adekvátních termínů, aktuálnosti poznatků, celkové kompozici a logickému uspořádání, poměru teoretických informací a jejich praktické aplikaci. V prezentaci tématu po stránce formální sledovali jak je lektor připraven využívat moderní technické pomůcky, zda poskytl frekventantům doplňkové informační materiály a do jaké míry akceptoval aktuální úroveň soustředění posluchačů v souvislosti s mírou náročnosti tématu. V hodnocení projevu lektora pak měli možnost projevit míru spokojenosti s kvalitou jeho přednesu a schopností navázat kontakt s posluchači, mohli posoudit jeho řečnickou pohotovost při diskusích v průběhu lekce a při závěrečném shrnutí podstatných myšlenek. Evaluační dotazníky ve všech těchto oblastech vykazaly identické údaje, u všech lektorů se jednalo o hodnocení na nejvyšším nebo druhém nejvyšším stupni bodovací škály.

Validita údajů z evaluačních dotazníků byla v průběhu kurzů verifikována supervizorem, diskuse s frekventanty kurzu jednoznačně potvrdila pozitivní hodnocení tematického zaměření lekcí i fundovaného projevu lektorů.

Pozitivně lze hodnotit kompletní informační materiál v podobě odborných publikací cíleně vytvořený pro pracovníky, kteří se ve své profesi setkávají s osobami se zdravotním postižením. Text publikací je vytvořen na základě odpovídajících teoretických východisek a jejich praktických aplikací, charakter výstupních informací je relevantní se stanoveným cílem projektu.

Závěrem lze konstatovat, že řešitelský kolektiv postupoval podle stanovených cílů s pozitivním dopadem na pregnantně zvolenou cílovou skupinu. Po formální i obsahové stránce nebyly v řešení projektu shledány žádné nedostatky.

Introduction to the project “Creation and implementation of courses within lifelong education, expanding qualification in the field of special education”

Doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

The presented memorial volume concludes the successful implementation of the HRDOP (Human Resources Development Operational Programme) project provisioned by the European Social Fund and the Ministry of Education, Youth and Sports no. CZ.04.1.03/3.2.15.2/0281 “Creation and implementation of courses within lifelong education, expanding qualification in the field of special education”, during which the Department of Special Education of the Pedagogical Faculty of Palacký University in Olomouc held a cycle of three courses, which lasted several weeks and were specifically focused on “The fundamentals of special education”, “Counselling for the health impaired” and “The specificities of communication for persons with a health impairment”. The project was executed over a two-year period from June 2006 to June 2008.

The target group comprised mainly of the employees of medical facilities actively engaged in their sphere of activity for the Olomouc Region, and the employees of medical and social departments of the regional municipalities, who during the course of imparting their work obligations encounter individuals with health impairment, and especially where such attending personnel, within their previous education, did not receive the fundamental knowledge and skill from the sphere of special education. Through the implementation of these courses, the target group was able to increase their qualification and broaden their competencies with the concurrent attainment of some basic as well as specific pieces of knowledge from the field of attending an individual with a health impairment, inclusive of gaining new knowledge in communication techniques and the prized opportunity of utilising the benefits of modern technologies in consultancy services that are considered as essential in ensuring a meaningful contact with individuals harbouring a health impairment. The project thus not only helped in expanding the qualification of the target group, but also in increasing the professional assertion and flexibility in the job market. A secondary impact resulted in the increase in quality of professional and social inclusion of individuals with health impairment.

As part of the training courses, the target group was also acquainted with the main tendencies of equal positions and equal opportunities for individuals with

health impairment, in the way they are included in the European Union's documents. For individual courses, instructional texts were compiled in the form of individual publications. The final conference, which we convened and where we put forward the results of the projects, as well as the publication of this memorial volume containing entries from the conference, represents the culmination of the entire training cycle. At the end of the course, each passing participants received a multimedia CD containing practical examples of specific situations and techniques through the adherence or adoption of which they can improve their approach to individuals with impairment, especially in the area of specific communication techniques. The course graduates have thus acquired the fundamentals of communication by means of the sign language and fingerspelling for communicating with individuals with hearing impairment, the techniques of approach to persons who are blind or have a physical impairment, the fundamentals of alternative and augmentative communication for persons with impaired communication ability, etc.

An integral part of the project was conducting a systematic publicity campaign for the project's plan and the continuously achieved results, as well as the final outcome in terms of its practical application requiring the solving team to be in a close contact with the executives (employers of the target group). Additionally, presentation of the European Union's and European Social Fund's targets pertinent and relevant to the aim of the project was always part of the promotional events. During implementation of the course as well as the entire project solution, progressive information technologies were applied to their maximum possible extent.

Following the completion of the courses, the participants received certificates of attendance, inclusive of publications summarizing the contents of individual lectures and other practical material. The courses were provided free of charge to the attending participants, and all deliveries were continuously monitored and evaluated together with the individual phases of project solution. The Regional Authority of the Olomouc region was a partner of the entire project.

The project solving team:

Project Leader:

doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Project Coordinator:

Prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.

The solving team:

Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.

PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.

Project Manager:

Ing. Jaroslav Skácel

Partner of the project:

Regional Authority Olomouc

Project Supervisors:

doc. MUDr. Václav Rýznar, CSc., MBA

doc. PhDr. Eva Souralová, Ph.D.

Communication in persons with specific needs

Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.

Lately, the word communication is a much-frequented term. The definition of this word encompasses a wide range stretching from the field of transport to the domain of interpersonal interaction. Communication as a process is influenced by many factors – what is the subject of communication, who is communicating with whom, when and where is such communication taking place and in what manner, and why do we communicate at all, for what purpose, etc.

For the purposes of our text, we will deal with communication where the participants are people with special needs, be it in the role of a speaker or a receiver of information. Their special and specific needs may be caused by health impairment – sensory, mental, or dynamics disorder, or impaired communication ability or a combined impairment, not forgetting deficits pursuant to old age, mental illness or psychosocial factors. Abroad we can come across many different terms when referring to persons with health impairment – special persons, handicapped, confined, disturbed, or inadaptable. In our part of the world, the terms used for persons with impairment are a disabled person, a disadvantaged person, a health handicapped, the handicapped, a person with special needs, a special person, a child with special behavioural and education needs, and other terms (8).

Recently, when referring to persons with health impairment we have recorded the so called “People First Language”, where we first refer to the people and not to their disability or impairment (a woman with autism, a child with a visual impairment, a man with a health impairment, etc.). This trend was originally conceived by the people with health impairment themselves or by their loved ones. It has already assumed commonplace in the special education spheres, which provided a sound base for its gradual dissemination to other professional circles, so much so that even the general public is waking up to the new realisation. Several theses have been put forward for this trend:

- Emphasize people, not labels. Do not use terms as “the disabled”, “the retarded”, “the deaf”, but terms like “persons with a mental impairment”, “persons that are hard of hearing”.
- It is the people who come first, not their impairment (not “an autistic woman” or “the autistic”, but “a woman with autism”. Emphasis should be put on an individual and his /her skills and not on his/her functional limitations. Instead of sentences “he/she is disabled” or “he/she is confined to a wheelchair”, use sentences along the lines of “he/she walks with crutches” or “he/she uses a wheelchair”.

- If it is not significant for your message then do not focus on the impairment; focus more on the consequences impacting the quality of peoples' lives (e.g. accessibility of public transport, living, offer of employment, discrimination).
- Do not describe the successes of persons with impairment as something superhuman. Although the society admires heroes, do not present people with impairment as superstars as it creates false expectations that all people with impairment are able to achieve such levels.
- When you are speaking of an impairment caused by a disease, do not introduce the persons with impairment as ill (e.g. impairment caused by poliomyelitis). This is not the case with chronic diseases.
- Speak about persons without the stigma of impairment, rather than about normal or healthy persons.
- Handicap is not a synonym for impairment. It indicates a disadvantage created by the society, environment or individuals.
- Introduce persons with impairment as active society members. Let's speak about what the people with impairment can do, rather than about what they cannot. (4)

The topicality of this trend may, among others, also be observed from the change of name of the covering organization National Council for the Health Impaired, which changed its name to "National Council of Persons with Health Impairment". Let's believe that the change in terminology will not remain solely a formality but, on the contrary, will contribute to a positive change in perceiving persons with health impairment by the entire society.

Communication

What can we imagine when we hear such a well known and so frequently used term of today called "communication"? When we look up the word "communication" in the academic dictionary of foreign words, we come across several meanings. The first meaning is transmission of various information contents within communication systems by using a communication media, mainly by means of a language; other meanings portray its application in public transport, connection or an area stipulated for connection by means of vehicles (traffic road). To communicate, according to the dictionary, means to report, convey, connect, and be in connection or to speak. (7)

In our text, we will focus on the meaning of communication as conveyance. "Communication is conveying certain meanings in the process of direct or indirect social contact. In this interpretation, communication is a basic element of human communication." (6, p. 193) To communicate therefore means to convey some-

thing to one another, to rejoice over something together, to relegate something to the other, to deliver, to lend, to give and to receive, to share one another. (4)

What are the contents of communication? We can not only convey messages and information (news), but we also communicate to one another how to understand what we are saying, how we are and how do we feel, we convey our stand on a matter about which we are speaking, our stand on the listener with whom we are speaking, we are conveying our self-conception – who do we regard ourselves as, who do we regard the other communication participant as, we indicate further course of our mutual relationships, we set the desired rules for further stages of meeting and last, but not the least, we convey our requests, what we wish for.

In what manner can we communicate, how do we convey what we wish to say to one another? Communication may be conducted in words (verbally), without words (nonverbally) and by means of acts (through activity, conduct and behaviour).

By verbal communication, we understand conveying by the medium of words, speech. Generally, verbal communication is given higher significance than non-verbal owing to the fact that messages and information are usually conveyed verbally. However, verbal and nonverbal communications compliment one another. Verbal communication may have several forms:

- spoken dialogue – conversation between two persons (personal or telephone)
- written speech – any form of written record (correspondence, a written message, reports, articles, orders and other)
- speech in a small group of people – mutual communication of several people (a meeting, a discussion, friendly meetings and other)
- speech to a large group of people – a situation where one person is addressing a larger number of people at the same time (lectures, special commentary, an address, and other)
- soliloquy – speech of a person with him/herself, may be quiet or loud (e.g. when making decisions, clarifying issues, forming one's own thoughts).(3)

Verbal communication by persons with specific needs may be impacted by their health impairment. For example, persons with vision impairment - verbal communication is the main source of information, they are only able to perceive the nonverbal communication through the so called paralinguistic (tone of the voice, melody, volume of the spoken utterance); on the other hand verbal communication may be problematic for people with hearing impairment due to restricted possibility of perceiving the acoustic form of the spoken word, which also influences the understanding of the written text.

By nonverbal communication, we understand communication without words. In certain situations, **“nonverbal”** communication can completely replace verbal communication (face-play, gesture), however in most situations nonverbal and verbal communications take place concurrently. Nonverbal communication usually supplements a verbal message, intensifies its effect, regulates it, and may even reveal that a statement is not authentic (pretending, irony).

Through the auspices of nonverbal communication, we can convey our existing mental condition, emotions, feelings, moods, passions, attitudes, and relations towards other people, our interest in approximating with others; we try to create certain ideas, who am I, we try to control the development of further mutual contact and so on. The aspect of “interest”, for example, is communicated by the slight forward bending of the stance toward the other person, or in the manner of the eye contact, or possibly through the touches afforded by the hand. A lack of interest may be expressed by a casual stance and looking away from the eye contact zone.

Nonverbal communication may take place by means of facial expression, drawing away, touch, the stance, movements, gestures, looks, the “tone” of the speech, adjustment(s) to the appearance, etc. The highest significance is put on nonverbal displays in the head and face area, subsequently the hands and arms movements, and only then followed by the movements and positions of the rest of the body and the legs.

The following belong amongst the forms of nonverbal communication:

- face-play – what we communicate through the expression on our face (emotional experience)
- the language of the eyes and looks – commencement of social contact, communicating emotions
- proxemics – communication by means of approaching and drawing away (conveying affection, distance, etc.)
- haptics – the significant of touching (a handshake, immediate touch)
- posturology – the language of our physiological postures, body posture and kinetic configurations (indicates emotional state, concern, attitude toward the other person in communication, and towards a message)
- kinesics – language of movements (movements can be expressive, exuberant or adequate, we can assume the quality of emotions that a person is going through as well as a man’s mental state from such movements)
- gestics – gestures in communication point out and supplement the verbal message, they can even substitute it
- appearance adjustment

- paralinguistic – communication through overtones in speech (speech volume, the strike tone of speech, the pace, volume, fluency, intonation and melody of speech, pronunciation accuracy, errors in speech, the quality of speech – conversation poignancy, division of speech – timing of speech disturbance (3)

Communication is not conducted only verbally or by means of nonverbal communication, but also by action. We also convey through action not only what we say, but also what we do, how we act and how we behave. Our conduct and behaviour, all that we do, have a certain value impact; it is not only about what we do at the moment of speaking. It is also about what we did before, how we behaved and conducted even before we opened our mouth. And it is also about what we will do, how we will behave and act after the conversation is over. (3)

Communication in persons with specific needs may be, due to sensory or cognitive barriers or also due to deficiencies in the area of kinetics and those pertaining to the emotionally volatile area, influenced in the production phase as well as in the phase of reception of information (perception decoding, storage, subsequent recollection and adequate usage).(9) Specific examples and recommendations for communication with persons with various types of specific needs are the subject of the subsequent chapters of text. The initial point for their practical usage may be the following credos of support for people with health impairment.

Credos of support for people with health impairment

- Do not consider my impairment to be a problem. Perceive my impairment as my quality.
- Do not consider my impairment to be a deficiency. It is you who perceives me as disabled and helpless.
- Do not try to fix me, I am not broken. Support me. I may be beneficial for the society in my own way.
- Do not perceive me as a client. I am your fellow citizen. Perceive me as your neighbour. Remember that nobody is absolutely self-sufficient.
- Do not try to change my behaviour. Be patient and listen to me. What you perceive as unsuitable may be the only way I can communicate with you.
- Do not try to change me; you have no right to do that. Help me learn what I want to know.
- Do not hide uncertainty behind professional distance. Be a man who listens and does not deprive me of a fight, when attempting to make everything easier for me.
- Do not test any theories or strategies on me, but rather be with me. And when we have issues between us, let's take it as an opportunity to learn about one another.

- Do not try to control me, for as a Man I have the right to be myself. What you may perceive as unsuitable or manipulation from my side might be the only way how I can maintain control over my life.
- Do not try to teach me, to be obedient, inferior and polite. I need to feel that I have the right to say NO, whenever I want to defend myself.
- Do not be charitable towards me. Be my ally against those who use me to make themselves feel good.
- Do not try to be my friend. Try to get to know me. Only then can we become friends.
- Do not help me if you are doing it to make yourself feel good. First ask me, whether I need help. Let me show you how you can help me.
- Do not admire me. My wish to live a purposeful life, a life that has value, does not require admiration. Respect me, as respect implies equality.
- Do not talk, correct or lead, but rather listen, support and follow.
- Do not work on me. Work with me. (5)

Summary of used and recommended literature:

1. HURST, B. Encyklopedie komunikačních technik. Praha: Grada publishing a.s., 1994. ISBN 80-85424-40-1
2. Desatero pro lepší komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. [online.] [2008-02-07] Dostupné na: <<http://www.vzp.cz/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/desatera-nrzp?tisk=true>>
3. KŘIVOHLAVÝ, J. Jak si navzájem lépe porozumíme. Praha: Svoboda, 1988.
4. Jak mluvit o lidech s postižením. [online.] [cit.2008-01-31] Dostupné na <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=30&tmplid=45>>
5. KUNC, N., VAN DER KLIFT, E. A Credo for Support. [online.] [cit.2008-01-31] Dostupné na <<http://www.radford.edu/~bhiltons/Credo%20for%20Support.doc>>
6. NAKONEČNÝ, M. Sociální psychologie. Praha: Svoboda, 1970
7. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. a kol. Akademický slovník cizích slov. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0607-9
8. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. Olomouc: UP,2004.ISBN 80-244-0873-2.
9. VAŠEK, Š. Základy špeciálnej pedagogiky. Bratislava: Sapientia, s. r. o., 2003. ISBN 80-968797-0-7.
10. VYBÍRAL, Z. Psychologie lidské komunikace. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.

The possibilities of altering approaches to persons with visual impairment

Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.

Our life, and our satisfaction during its course, is influenced by a large number of variables. One of these, we only tend to realise when it is somehow afflicted, is the ability to receive information through the visual path and such information is then further processed and evaluated. Any restriction of the visual perception is unpleasant for us as it brings us feelings of stress and fear of the future. Very often, we fear that the given status may not just be temporary and we imagine the consequences that would incur on our personal as well as professional lives as a result.

It is probably pursuant to the above stated facts that there are widespread fears and prejudices in the society not only of vision perception loss, but also of the abilities and skill of persons with visual impairment. In the following lines, we shall try to decipher the given predicaments, facts and ideas together, just as we did with the participants of the course during the entire three-lecture blocks.

Persons with a visual impairment

First among the most frequented misinterpretations by the society is the term visual impairment. Most people, who wear regular dioptric glasses whether it be multifocal, cylindrical or “only” Toric, refer to themselves as individuals with visual impairment – but is that really so? According to the opinions of the physicians, the experts and the experienced, the answer is *CERTAINLY NOT!* The logic being simple that the such people are, in fact, able to cook for themselves, commute to work without any problem, or go and have a jog in the park. In specialised literature, we find a more transparent specification stating that only an individual, to whom correction (by means of spectacles, surgery, medicaments or other) does not help entirely and his/her visual defect thus creates problems in everyday life, should be considered as vision impaired.

Apart from such commonly confused terms as a person with visual impairment and a person with visual defect, it is also very common that when confronted with the above stated term – visual impairment, everybody thinks of blindness. It is specific that the smallest group (in the Czech Republic approx. 12,000) amongst persons with visual impairment takes up the largest space in our minds. The previous lines are also proven by the latest surveys, which state that “in the Czech Republic,

there are currently approximately between 60–100,000 persons with some form of severe visual impairment, out of which 7–12,000 are blind. Approximately 35–40 % of the persons with severe visual impairment are minors and in the productive age; 60–65 % of all persons with severe visual impairment are people aged above 60.” (10, p.351)

Blind persons are also of several categories. In terms of classification, we can rely on the definition which is purely ophthalmological – medical, as well as from the field of special education.

Hycl and Valešová (7) in their publication state the definition of persons with a visual impairment, characteristically for the Czech Republic:

1. visual debility – vision in the better eye is below 6/18 to 3/60 (where the fragment 6/18 signifies optic vision, thus the eye’s resolution, and evidence of the fact that what an individual with such visual resolution can see from a distance of six meter, an individual with standard vision can see from 18 meters),
2. blindness – deterioration of visual resolution below 3/60 to light perception,
3. practical blindness – is either defined as deterioration of vision to below 3/60 to 1/60 inclusive, or the binocular field of sight is below 10 degrees, but above 5 degrees,
4. true blindness – vision is below the borderline 1/60 to light perception, or the field of sight on both sides is below 5 degrees,
5. complete blindness – from light perception with erroneous light projection to a loss of light perception.

Apart from the above medical classification, which focuses mainly on the level of visual resolution, or possibly on the condition of the field of sight, we can also find definitions according to the erosion of visual analyser part, where the Tenth revision of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Issues of the Worlds Health Organization differentiates:

- H 00 – H 06 Disorders of the eyelid, the lacrimal system and the orbit.
- H 10 – H 13 Disorders of the conjunctiva.
- H 15 – H 22 Disorders of the sclera, the cornea, the iris and the ciliary body.
- H 25 – H 28 Disorders of the lens.
- H 30 – H 36 Disorders of the choroid and the retina.
- H 40 – H 42 Glaucoma.
- H 43 – H 45 Disorders of the vitreous body and the globe.
- H 46 – H 48 Disorders of the optic nerve and the visual pathways.
- H 49 – H 52 Disorders of the ocular muscles, binocular movement, accommodation and refraction

H 53 – H 54 Visual disturbances and blindness.

H 55 – H 59 Other disorders of the eye and adenexa.

In the above stated lines, two classifications of persons with visual impairment are listed, however, the classification that is most frequently used amongst the outsiders as well as the professionals is according to the degree of visual impairment in persons who are:

- blind,
- with remains of vision,
- weak-sighted and
- with a binocular vision disorder.

For a special educationist, it is then also important to decipher the individual degrees of impairment and to characterize them more closely with focus on the consequences of a visual impairment:

Blindness

“Inability to perceive through vision, although certain visual sensation – light perception – is maintained” (8, p.19)

Blindness is the most frequently defined visual impairment, namely also in special education, and therefore we complete here the above stated definition by Květoňová on delimitation of Flenerová (5, p.13), who considers blindness to be “a defect of vision, which is manifested by non-development, complete or almost complete loss of visual analyser’s performance and thus impossibility of visual perception.”

One individual and very often wide-spread fabrication, which is linked to blindness, is that a blind individual cannot see absolutely anything; thus they only see pitch black darkness. However, the majority of blind people fall into the band with preserved light perception (the ability to perceive light, which is further divided into light perception with correct projection – distinguishing the direction of light as well as the number of light sources, with faulty projection – an individual can distinguish where is the light coming from to him/her and light perception without projection – distinguishing of light climate) and those in whom amaurosis (total, permanent and immedicable loss of visual perception without light perception) was diagnosed. These people will usually tell you that instead of pitch black darkness they have light spirals, gleams, stars, etc., in front of their eyes. It is therefore obvious that the group of blind people is a very wide category.

Remnants of vision

Persons with remnants of vision are, in terms of special education, most frequently characterized as those whose visual resolution is on the borderline of blindness and visual debility.

According to Flenerová (5, p. 13), these are the “children, adolescents and adults whose visual deficiency consists of a defect or a disorder of the visual apparatus of such an extent that visual perception is limited to the scale of remnants of vision”.

Special educationists are currently embroiled in heated discussions on the terminology to be assigned to this group of persons with visual impairment, and its accuracy and aptness (see above).

Visual debility

“Visual debility, in the sense of special education, is an organ deficiency of vision that is manifested by partial non-development, reduction or distorted activity of the visual analyser in both eyes, and thus a disorder of visual perception.” (5, p. 9)

Weak-sighted persons are the largest group amongst individuals with visual impairment, which corresponds with the number of diagnosis of glaucoma, cataracts, myopia and hypermetropia gravis (severe short-sightedness and long-sightedness), nystagmus (involuntary tremulous eye clonuses), aphakia (absence of the lens of the eye), daltonism (loss of colour sense – red and green colour perception disorder) and others.

Binocular vision defects

Binocular vision defects are most frequently represented in individuals of infant age, where they are also most easily treatable.

“Simple binocular vision is an expression of the brain’s ability to link images of each eye into a single, three-dimensional perception. It is created by perfect sensory-kinetic coordination of both eyes. Binocular vision is an acquired ability, which begins to develop after birth with retinal maturation and its yellow spot (macula), or more precisely the foveola. The convergence reflex, ability to focus on objects, already develops during the first year of life followed by the fusion mechanisms, and later also the stereoscopic vision. The process of improvement, consolidation and stabilization of simple binocular vision takes place up to the 6th year of life. A defect in the binocular vision development may lead to the occurrence of strabismus or amblyopia.” (10, p. 134)

Strabismus

According to Hromádková (6, p. 40), strabismus is “a condition where upon fixation to a certain object, whether near or far, the visual axis do not intersect at the same point. A more severe form light defect of simple binocular vision is always present. Strabismus is mainly a functional defect, on the outside accompanied by asymmetrical position of eyes.”

Lazy eye

Lazy eye is characterised by Divišová (2, p. 56-57) as follows: “The term amblyopia – lazy eye, is generally used in the strict sense to specify reduced vision of an eye, in which we objectively cannot prove any anomalies.” In a more broad sense, it means reduced vision of any degree – excluding blindness – which cannot be rectified by optical correction.”

We hope to have proved within the previous lines that persons with visual impairment are a diverse category, which includes not only persons who are blind but also those with other degrees and types of impairment, and thus further resulting consequences.

Compensatory factors and aids

One of the wide-spread myths is the sudden augmentation of the hearing, sense of touch or smell following the loss of visual perception. Although the majority of accessible media controverts this fabrication and tries to assert the correct path, there are still many people who believe that if one loses his/her sight or a part of the visual abilities, his/her other senses instantly improve. This is certainly not the case, and if an individual can already hear or smell better, it is due to training and improving these abilities achieved by sole diligence and will of the person with visual impairment.

Lower and higher compensatory factors, together with typhlotechnology, thus compensatory media, aids and equipment, which to a certain extent help to substitute the loss of visual perception and its consequences, represent one of the options in the relentless search of how to incorporate oneself in our hasty times.

All aids, which are being used by people with visual impairment today, are produced on the basis of market demand and the offer keeps on changing and expanding. Most of the aids that are being produced relate to the development of technical facilities and computer components.

Compensatory aids may be divided according to several basic criteria, where each one is significant from a different perspective:

Classification according to the type of financing

- A) – Aids financed by the health insurance company (telescopic systems, eye replacements, a white cane, digital clinical telephone, contact lenses, etc.).
 - Aids financed by the social department (a level indicator, a television camera a magnifying glass, Picht Braille typewriter, a double bicycle, etc.).

- B) – Fully financed aids – these are aids that are necessary for equivalent life in the society, thus for the so called equal opportunities (Picht Braille typewriter, a digital reading equipment for persons with visual impairment, a television camera magnifying glass, ColorTest, etc.).
 - Partially financed aids (a printer, a double bicycle, touch watch or a talking watch...).
 - Non-financed aids (all toys, egg white and yolk separator, etc.).

Aids for persons with individual degree of impairment

- Aids for the blind persons (Picht Braille typewriter, ColorTest, a Braille line, the Braille Peg Slate, a talking watch...)
- Aids for the weak-eyed persons or persons with remnants of vision (textbooks in large black print, television camera magnifying glasses, correction glasses, a turmon monocular ...).
- Aids for persons with binocular vision defect (a stereoscope, a CAM stimulator, a troposcope, a cheiroscope...).

According to the manner of use

- General aids (a mobile telephone, ColorTest, colorino, a television camera magnifying glass, digital camera magnifying glass, Sherlock, etc.).
- Aids for household and free time (egg white and yolk separator, laser gun, tablet cutter, an egg timer, an alarm clock, personal and kitchen scales with a voice output, thermometers, etc.).
- Diagnostic and re-educational aids (a troposcope, a locator, mnekoskop, a cheiroscope, a corrector, etc.).
- School and occupational aids (relief maps, Peg Slates size one and two, a calculator with a voice output, Picht Braille typewriter, animal models and models of a human body, markers, first text-book in Braille or in enlarged black print, etc.).
- Aids for spatial orientation (a white cane, an acoustic beacon, a voice beacon, a typhlosonar, etc.).

Although the aids as well as the trained senses help a person with visual impairment to have better orientation of his/her surroundings, or to perform ordinary activities, the above mentioned media are not almighty and the person with visual impairment must always depend on himself/herself and on the higher compensatory factors, possibly also on the will, such as the offering and compliance on the part of society.

An insight to persons with visual impairment

Persons with some sort of visual impairment raised inconsistent feelings since times immemorial, and according to how the society, religion and social distribution of population changed, the attitudes towards them as well as the resulting support or help changed as well. It is since the ancient times already that there have been two perceptions of visual impairment (today, the diagnosis would probably state practical blindness – total blindness):

- as a punishment or a generic curse for something that an individual or his/her ancestors perpetrated in the past,
- as a reward and a “blessing”, which enables a person to see and foresee future, possibly even amend it.

The modern society of today is already abandoning the above stated theories, even though they still pop up here and there and from time to time, but it is inclining towards other theories that are not always so progressive. Persons with visual impairment are often perceived as:

- persons worthy of admiration, inadequate praise, and as someone who does not need help from others, as they can manage everything on their own
- poor persons, who on the contrary are not able to achieve anything without the help of their surroundings.

Both theories as well as myths arising in the society, pertaining to persons with visual impairment, do not help as they again place these people off the reality track and thus they unknowingly do harm to them. It is, therefore, essential to realise the ever repeated fact, which even the persons with visual impairment themselves publish and publicise – “we are the same as people around us, except that we cannot see and that is not too bad”.

However, opinions and rooted prejudices are hard to change and it will take a while for the entire society to start treating individuals with visual impairment with common courtesy and empathy, in a manner that would not bother them but,

on the contrary, would help and protect them in a reasonable way and encourage them to feel part of the rest of the populace.

Changing the awareness about persons with visual impairment is also the target of many organizations stipulated for them and they belong amongst one of the so called progressive trends in special education of persons with visual impairment (typhlopedia, ophthalmopedia). The easiest and the most effective means of influencing the opinions of others is to use progressive technologies and the mass media, in which we can actuate in a mass manner and always adjust to the target group of the population.

Spatial orientation and independent locomotion of persons with visual impairment:

When asked about the most well-known consequence of a visual impairment, the most typical and the most frequent question will probably be restriction of locomotion and inability to drive a vehicle. The fact that blind people have trouble with spatial orientation is irrefutable and well known to the society, we however are less aware of the fact that spatial imagination and locomotion in open space may also be problematic for individuals who are weak-eyed, have remnants of vision, and let's not forget about persons with binocular vision defect.

The most wide-spread myths linked with spatial orientation and independent locomotion are the following:

- A white cane is a means of indication for blind people only. Also persons with remnants of vision learn how to walk with a white cane, as they can successfully use it in an environment unfavourable for their visual abilities (poor lighting conditions, unfamiliar environment, dangerous environment, etc.). There are frequently situations, when a person with visual impairment uses a white cane for better orientation and subsequently takes out a magazine and reads it. Here we must draw attention to the above said – blind persons and persons with remnants of vision are a varied group, in which individuals with diverse visual resolution, diverse width of field of sight, etc., coexist.
- Every individual with a white cane will always gladly welcome the help that we offer. In the above text we already explained the obvious – a fact that a blind person is an independent individual with the qualities and lapses similar to any other person. We all sometimes need help, but it is not really that often, so we should not be surprised if our well intended offer of help will be refused by some and accepted by another. It should not discourage us from our intention to want to help, but only when the support is wanted and welcomed.
- As a guide, I must know how to demean. This saying applies only when I am a permanent guide but not when I am a random guide. Each person with

- a visual impairment, who accepts our help, should “conduct a small training” on how to treat him/her, what to draw attention to and how to guide.
- A guide dog guides its master. Yes, a guide dog may guide its master but on the other hand, it is only obedient to his/her commands and it abides by them. A dog does not do anything without the master’s knowledge – it stops at a pedestrian crossing, but only takes the master across once it is called upon; it stops at the stairs, but only takes the master down once it is called upon, etc.
 - If I am guiding a blind person, he/she will be glad if I keep on talking and describing what I see. When walking, we can of course describe where we are and what are we just going through, what we see and so on, but it is needless to overload the person with information or just talk so as not to keep quiet.

Every individual with a visual impairment knows, where his/her weak as well as strong points lie when it comes to independent locomotion and spatial orientation, and it is always required of him/her to be able to utilise and handle them. If a person with visual impairment needs a white cane during his/her locomotion, we can assume that he/she must have the routes that he/she uses, duly learnt and memorised in detail. Spatial orientation instructor must then select the routes so that they are not the shortest or the fastest, but mainly the safest. When practising these routes, a blind person needs to be informed on the overall orientation situation and of everything that can be found along the way, so that he/she can incorporate this route in the routes that he/she already knows.

Spatial orientation and independent locomotion in persons with visual impairment is always restricted to a certain degree, but it is not impossible. Everyone with a visual impairment has his/her own personal prerequisites for independent walking and these must be respected.

Occupational assertion

The last topic that we decided to pursue in this publication, is the possibility of occupational assertion since of late we are more and more frequently learning from people with visual impairment themselves on the absolutely astray theories of some of the employers.

Employers often state without any inhibitions that “they do not see a reason why to employ a person with a visual impairment, as he/she has a disability pension, as he/she will be slower, as he will have to take care of him/her and provide excessive attention as the give individual will demand it, etc”. Unfortunately, all of the above said prejudices are spreading throughout the society as an avalanche and therefore, I find it necessary to refute them with these statements:

- Persons with visual impairment take work the same way as the intact population, not only as the necessary means of obtaining financial resources for their own support but also as one of the socialization options.
- During school education, persons with visual impairment acquire the same knowledge and skill if they select a type of occupation which is appropriate for their visual impairment as their intact peers, naturally always with respect for the limitations pursuant to the present visual impairment. The given limitations may be compensated to the employer in the form of financial incentives and support by the state.
- Logically, no person with visual impairment intends to draw attention to himself/herself during the course of performing his/her work routine in the form of extra and excessive demands on the employer.

Successful occupational assertion, joining the working process and achieving appreciation of our surroundings within our job, is an objective of each and every one of us. Unlike the intact population, for persons with visual impairment, this objective is not entirely in their own hands as they must overcome the above said prejudices in order to be able to prove their qualities. Nevertheless, even persons with visual impairment can impact their fortune, that is mainly by the level of education they attain because as statistics show, the higher the education, the higher the chance of an appropriate occupational assertion.

Persons with visual impairment represent a very diverse group, and we must perceive them as such. We hope that the preceding pages managed to show that not all myths are true, that we must get rid of such prejudices and do away with evaluating persons with visual impairment from one quick impression, especially if we realize that empathy, grace and wisdom will help us in a timid-free discussion on the inclusion of person with visual impairment into the society.

Summary of used and recommended literature:

1. BENDO VÁ, P., JEŘÁBKOVÁ, K., RŮŽIČKOVÁ, V. Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami. Olomouc: VUP, 2006.
2. DIVIŠOVÁ, G. Strabismus. Praha, 1979.
3. EDELSBERGER, L. (red.) a kol. Defektologický slovník. Jinočany: H&H, 2000.
4. FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., RŮŽIČKOVÁ, V. Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. Olomouc: UP, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5
5. FLENEROVÁ, H. Kapitoly z tyflopédie I. Praha: SPN, 1985.

6. HROMÁDKOVÁ, L. Šilhání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991.
7. HYCL, J., VALEŠOVÁ, L. Atlas oftalmologie. Praha: Triton 2003.
8. KVĚTOŇOVÁ, L. Oftalmopedie. Brno: Paido, 1998.
9. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. Olomouc: VUP 2003.
10. ROZSÍVAL, P. et al. Oční lékařství. Praha: Galén a Karolinum, 2006.
11. WIENER, P. Prostorová orientace zrakově postižených. Praha: UK IRZP, 2006.

Counselling for persons with health impairment – the concept and contribution of the course

Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.

The second stage of the project Human Resources Development Operational Programme of the European Social Fund and the Ministry of Education, Youth and Sports no. CZ 04.1.03/3.2.15.2/0281, called “Creation and implementation of courses within lifelong education, expanding qualification in the field of special education” conducted at the Department of Special Education at the Pedagogical Faculty of Palacký University in Olomouc, focuses on executing courses in the field of special education with a topic of specifics for counselling work with persons with health impairment in all age categories. The course was stipulated for employees in social services, the intermediary medical personnel, and the employees of the health and social departments of the authorities of the Olomouc region.

The course “Consultancy for persons with health impairment” was held from July to October 2007, and offered its participants 7 lessons encompassing 42 hours, the conductance of which was shared by an entire team of lecturers:

- Consultancy in the context of services for persons with specific needs (Anna Kučerová)
- The concept of early care (Anna Kučerová)
- Consultancy for persons with a mental handicap (Petra Bendová)
- Consultancy for persons with impaired communication ability (Petra Bendová)
- Consultancy for persons with hearing impairment (Jiří Langer)
- Consultancy for persons with visual impairment (Veronika Růžičková)
- Consultancy for ill persons and persons with physical impairment (Petra Bendová).

A practical output of implementing the second phase of the courses is also the publication “Consultancy for persons with health impairment”, which summarizes the information from individual lessons.

The first lecture of the course, called “Consultancy in the context of services for persons with specific needs” introduced the course participants to the general issue of providing consultancy services to persons with specific needs across the entire age spectrum. It acquainted them with a system of school consultancy, consultancy in health services and consultancy in the social sphere, with emphasis on Act no.108/2006 of the Coll. on social services, and thereby facilitating a more

effective orientation on the entire complex of services provided to persons with specific needs and to their loved ones.

Currently, in a child's early age, great significance is attributed to personality development, and this fact is exhibited even more pronounced in children with specific needs. Support of development of a child with health impairment, his/her family and the community is the mission of the early care, a fairly young branch in the field of services for persons with specific needs. However, the awareness of professional as well as the general public on the early care services is still not sufficient, and therefore the characteristics of the early care field, its establishment, theoretical resources, stipulation of users of such services, the programme, the provider and his team, the principles of providing a service and introduction to activities of early care centres was the subject of the course's individual lesson, called the "Concept of early care".

A third lesson of the course, called "Consultancy for individuals with mental impairment" provided its participants with comprehensive findings on the provision of consultancy services to persons with mental retardation, with emphasis on coordination and continuity in all stages of life, from early intervention, across consultancy provided not only during school attendance, to consultancy in the field of occupational assertion and other fields of life.

The lesson "Consultancy for individuals with impaired communication ability" acquainted its participants with the issue of speech and language therapy, emphasised the importance of human communication, defined individual types of impaired communication ability, outlined the possibilities of its diagnostics and the consultancy interventions within the system of speech and language therapy in the Czech Republic, according to the individual resorts (Ministry of Labour and Social Affairs, Ministry of Education, Youth and Sports and Ministry of Health) including the non-profit sector.

Communication proceeded to be the main topic even in the subsequent lectures of the course, called "Consultancy for persons with hearing impairment". The course lecturer acquainted the participants with the consultancy activities of the institutions and organisations providing services to persons with hearing impairment, again in the spirit of complex approach across the entire age spectrum – early care services for families of children with hearing and combined impairment, consultancy in education (special education centres and consultancy for students with hearing impairment in universities) and other consultancy activities, including internet consultancy, focus on the whole spectrum of topics pertaining to the issues of hearing impairment (occupational consultancy for persons with hearing impairment, cochlear implantation, social-legal consultancy, life with hearing loss, tinnitus, etc.)

Consultancy for persons with visual impairment is blending with the complex of services for persons with visual impairment horizontally (according to the individual areas – school, medical and social consultancy, consultancy in the area of architectonic barriers, employment) as well as vertically (from discovering the visual impairment till the end of life – early care, special education centres, university consulting centres, retraining centres), which even project it into the concept of a lesson under the same name.

The course was concluded with a lesson “Consultancy for persons with dynamics disorder”, where the participants were able to adopt the principles of consultancy services for persons with dynamics disorder and their planning. They were acquainted with the requirements posed on an employee providing the consultancy services and with the activities of individual institutions providing consultancy services to persons with dynamics disorders in the Czech Republic, according to the individual departments.

The entire course was drafted in such manner that its participants would be able to adopt the skill of how to approach persons with health impairment, become aware of the individual types of the consultancy services and orientate themselves in the system of organizations providing such services to persons with health impairment, and thus improve their further professional output when in contact with persons with specific needs.

The specificities of communication for persons with health impairment (an insight into the implementations and course of the third course)

Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Communication plays an absolutely vital role in the life of Man, and the need to communicate is one of the most essential and the most fundamental of the human needs. It is by means of mutual communication that a person obtains and conveys findings, experience and information, and thus develops his/her ability to think, which is what differentiates Man from other animal types. When natural communication development is impaired, the development of intellectual functions and cogitation becomes restricted.

Human communication, from the perspective of communication theory, may be perceived as a social interaction; in a more strict sense as a verbal conduct. A mutual denominator is the interest in the source of information, the speaker, and the means of information transfer as well as its acceptance by the recipient. A prerequisite for successful and functional communication (or more precisely social conduct) is the existence (general and culturally-specific) of communication competency. The latter is a set of all knowledge, which enables the speaker to communicate in a certain cultural association. This set does not only include knowledge of a given language (the so called language competency), but also the knowledge of how to use the language in various situations of communication. Therefore, communication competency is e.g. also the knowledge of when to speak, when to keep quiet, what variety of language to use in a give situation, etc. (2)

The most frequent tool of human communication is speech (in the sense of any human utterance), the means by which may be spoken languages, sign languages or other communication systems. In the case of majority of the hearing society, the basic communication tool is spoken speech and its adoption in early childhood becomes the foundation for further development of skills such as reading, writing and other educational factors. The majority of the society members adopt the spoken language of their group (if provided with favourable conditions) fairly easily throughout the first few years of their lives. However, if there is a serious or extended deprivation in any of the areas, which are important for language adoption, it will cause communication and language problems. Certain health

impairments may, through their character, cause impaired and in some cases restricted development of the required communication competency.

The aim of the concluding course in the project “Creation and implementation of courses within lifelong education, expanding qualification in the field of special education” was, therefore, acquainting the course participants with the information pertaining to communication issues in persons with health impairment, and the related specificities. The contents of the first lesson of the course, conducted by Dr. Kučerová, was rendering a general definition of the term communication and its significance to Man, the explanation of the respective terminology and a presentation on the basic communication systems’ classification.

In the second lesson, again conducted by Dr. Kučerová, the course participants were familiarized with the specificities of communication in persons with various types of hearing impairments, utilizing spoken speech. The preferred position in mutual intercultural communication between persons with hearing impairment and the majority of the hearing society is taken up by perceiving the spoken word, which is through lip-reading. Lip-reading, or visual speech perception, if you wish, is characterized by Dr. Kučerová as a “complex reading of not only the articulator movements, but also movements of the entire body, the speaker’s posture, variation of distances between the persons communicating, pauses in speech, face-play and the gestures” (4, p. 6). The process of lip-reading itself is conducted by means of visual perception of the facial images of sounds – kinems, while different kinems are differently distinguishable. The success of lip-reading is shared by a number of factors (conditions), which are divided into external (objective, influencing) and internal (subjective, non-influencing). Another means of communication, based on spoken language, is finger spelling, which is used in the single-handed or the double-handed version. To support communication with people with hearing impairment by means of spoken word, we can also use various technical and compensatory aids, which help an individual with hearing impairment in perceiving the spoken word. These are mainly hearing aids, group amplifiers, aids visualizing spoken word, and the cochlear implant.

In the subsequent part of the lecture, Dr. Kučerová presented the specifics of oral communication in persons with hearing loss, persons with more severe degrees of hearing impairment, and persons who turned deaf at a later age. The course participants were also introduced to the commandments of communicating with persons with hearing impairment and thus the resulting recommendations.

In the third lesson, Dr. Langer did a follow-up on the information presented in the previous lectures and familiarized the course participants with the specificities of communication in persons with hearing impairment by means of the

sign language. To start with, the participants learnt about the basic diversities in communication by means of the visually-motor communication systems, amongst which is also e.g. the necessity of continuous maintenance of eye contact, effective utilisation of face-play, more frequent invasion of the personal zone, specific means to attract attention of a person with hearing impairment, and others. For persons with hearing impairment, effective and full-fledged communication is absolutely essential for their active inclusion into the society, and therefore “one of the task for all helping professions and persons who come in contact with persons with hearing impairment should be the uncompromising endeavour to develop the personality of an individual with hearing impairment, as well as his/her language and social competency, and thus enable the highest possible degree of social integration with the majority hearing society.” (5, p. 13)

The next part of the lecture was devoted to an explanation of the basic terms and notions, which are used in relation to communication in persons with hearing impairment and which are more often than not understood in the most incorrect way. The participants were thus able to observe, from practical examples, the actual distinctions between the individual communication systems, which are collectively indicated under the term the “sign language”. Afterwards, Dr. Langer presented basic information on the Czech sign language, its significance in the development of a person with hearing impairment, the specificities of sign language studies, its linguistic properties, and the current position.

The concluding part of the lesson focused on introducing the issue of providing interpreting services for persons with hearing impairment. The course participants also learnt information on the process of interpreting itself, its types, the conditions that must be adhered to, the current state, and the provision of interpreting services for persons with hearing impairment in the Czech Republic, and they also discussed the ethical codex of the sign language interpreter.

Dr. Bendová, who already highlighted the significance of communication as one of the essential prerequisites for Man's existence in the society, familiarized the participants with the issues of communication in persons with impaired articulation and speech fluency. In her lecture, Dr. Bendová focused on 10 areas (diagnoses) of impaired communication ability and its specificities (palatolalia and rhinolalia, speech apraxia, developmental dysphasia, balbuties, tumulus sermonis, mutism, aphasia, individuals with medium-severe and severe mental retardation, dysarthria and dysphonia to aphonia).

Each of the stipulated types of impaired communication ability was illustrated to the attending participants by means of practical examples and video-samples. Subsequently, the participants were presented with practical suggestions for the

most effective mastering of communication with a client with one of the above stipulated impaired communication abilities' diagnosis.

In a subsequent lesson, Dr. Bendová paid attention to the tools of augmentative and alternative communication in persons with a physical or combined impairment, which in a short form tend to be indicated as the AAC systems. Their aim is mainly to “minimize the possibility of occurrence of communication deficit and to create a new supporting or substitute communication channel, which will enable the individuals with a physical or combined handicap and those with severely impaired communication ability at the same time, to become equal communication partners.” (1, p. 43)

Initially, the participants were explained the specifics of alternative and augmentative communication systems, including their significance and classification. This was followed by introduction to the perspectives and resources upon selection of an optimum communication system for a particular client, and aspects of utilising AAK in practise. In the remaining part of the lecture, Dr. Bendová addressed the characteristics and practical samples of individual alternative and augmentative communication systems (pictograms, Bliss system, Makaton and sign into language).

The issue of communication in persons with visual impairment was presented to the course participants by Dr. Růžičková, who in the very beginning of the lecture defined the particular factors and aspects of visual functions and other circumstances, which impact communication in persons with impaired eyesight and their individual categories (e.g. blind persons, persons with remnants of vision, weak-eyed persons, persons with impaired field of sight, visual resolution, colour sense, processing visual stimuli and persons with eye mobility disorder), as “each one of the named groups of persons with visual impairment has certain requirements for adjustments and specificities during communication, whether it is written or oral.” (6, s. 28)

Afterwards, the course participants were presented with the principles of communicating with persons with individual degrees of visual impairment by means of spoken speech. Dr. Růžičková also emphasised the principles, recommendations, particular suggestions and rules, which must be adhered to in order to ensure efficient communication. The next part of the lecture dealt with written communication with persons with visual impairment, and subsequently the Braille dot writing was introduced separately. Towards the end of the lecture, the participants gained knowledge of typhlotechnology and had the opportunity to try and work with the technological aids, which make communication with persons with visual impairment easier (Picht Braille typewriter, the Prague table, digital reading equipment for the blind, Braille display, etc.)

The aim of the entire course and its individual lessons was to acquire basic knowledge on the specificities, diversities and distinctions of communication in persons with various types of health impairment. During their lessons, the lecturer therefore tried to present all information in a progressive and attractive form, citing practical examples, and using didactical technique and experience learning. Therefore, we believe that we managed to fulfil the course objectives and that the course participants gained useful knowledge, which they will be able to utilise in their possible further study with the special education subject and in their own work experience.

Summary of used and recommended literature:

1. BENDOVIÁ, P. Prostředky augmentativní a alternativní komunikace u osob s tělesným a kombinovaným postižením. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. s. 43–48. ISBN 978-80-244-1935-0.
2. Kolektiv autorů. Encyklopedický slovník češtiny. Praha: Lidové noviny, 2002, 604 s. ISBN 80-7106-484-X.
3. Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 48 s. ISBN 978-80-244-1935-0.
4. KUČEROVÁ, A. Zásady a techniky zlepšení podmínek vnímání mluvené řeči v rámci komunikace s osobami se sluchovým postižením. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. s. 5–11. ISBN 978-80-244-1935-0.
5. LANGER, J. Komunikace s osobami se sluchovým postižením prostřednictvím znakového jazyka. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. s. 13–26. ISBN 978-80-244-1935-0.
6. RŮŽIČKOVÁ, V. Komunikace s osobami se zrakovým postižením. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. s. 27–34. ISBN 978-80-244-1935-0.

Kontakt

Mgr. Jiří Langer, Ph.D.
Katedra speciální pedagogiky PdF UP
Žižkovo nám. 5
771 40 Olomouc
tel.: 585 635 322
e-mail: jiri.langer@upol.cz
URL: <http://ksp.upol.cz>

Changes in the approach of course participants towards persons with specific needs (presentation of the questionnaire inquiry results)

PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

A person living in a society proceeds in a network of social structures and relations since his/her birth. At first, he/she is restricted to the close and protected social surroundings (the immediate family). Later on, the individual opens up to the sphere of the wider social surroundings. During this socialization process, his/her personality is formed, behavioural formulas are modified, communication competencies are developed, etc.

The process of socialization is a long term process. In case of persons with health impairment, the employees of the help and care professions play a significant part in it. They should always strive to evoke a feeling of trust between them and their client (especially the patient, the pupil, and the user of services), be always patient, emphatic and open in the relationship towards him/her. Employees of the helping professions should always approach the client's needs and problems in a sensitive manner, help him/her handle critical situations and teach him/her how to (if possible) avoid such situations. He/she must also motivate the client, not only during the education process but also during the nursing process, provide him/her with sufficient leeway for work (fulfilling work tasks, self-attendance tasks, etc.), but also for relaxation. The clients' performance must always be evaluated in an objective manner and within such evaluation, not to work with their deficiencies (possibly errors), but mainly with the positive results, which they are achieving in the partial areas of personality development. The above stipulated facts should be executed on the basis of an equal (partner) relation between the helping profession worker and the client.

The quality of the relationship between the helping profession worker and the client is markedly reflected in the area of equal opportunities for persons with health impairment, as well as in the area of humanization and democratization of their lives, but also in the sphere of their social integration and inclusion.

The project "Creation and implementation of courses within lifelong education, expanding qualification in the field of special education" was executed with the aim of providing at least the basic education in the special education area for the employees of the medical and social facilities in the Olomouc region, and thereby to contribute to improving the care for persons with health impairment. During the cycle of the course, the participants had the opportunity of becoming

acquainted with the foundations of special education, with consultancy system for persons with health impairment and with the specificities of communication with these individuals. Upon conclusion of the cycle of the courses the changes in the approach of the courses' participants to their clientele were monitored and logged.

In order to ascertain the changes in approaches on the part of the participants to the courses within the project "Creation and implementation of courses within lifelong education, expanding qualification in the field of special education" we compiled a questionnaire containing ten entries, the first two of which were stipulated to collect basic history data on the respondents. The questionnaire was distributed to the course participants during February 2008, by hand or via electronic mail.

The below stated entries were answered by 54 out of 70 addressed participants of course no. 1 The fundamentals of special education, no. 2 Consultancy for individuals with specific needs and no. 3 Specificities of communication with persons with hearing impairment.

The investigative sample was formed by 52 women and 2 men. The respondents' age category was fairly extensive, from 18-55 years, the majority of respondents (i.e. 22) were within the age 36-45 years (see table no. 1).

Table no. 1: Respondents' age

Age	number of respondents	number of respondents in %
18-25 years	2	3.7
26-35 years	18	33.3
36-45 years	22	40.7
46-55 years	12	22.3

From the survey, the focus on changes of approaches of the course participant was ascertained thereby establishing the aim of the respondents at the time of enrolling in the course. The most frequent motivation for passing it was qualification increase and the endeavour to broaden knowledge in the field of special education, guided by the effort to gain suggestions for their work. With respect for the fact that the respondents had the option of a multiple answer, individual versions of the answers are schematically illustrated in the below stated table no. 2.

Table no. 2: Aim of the course

schematically illustrated aim of the course (see key)	number of respondents	number of respondents in %
A	6	11.1
E	2	3.7
D	2	3.7
a+b	2	3.7
a+e	2	3.7
b+e	11	20.4
c+d	2	3.7
a+b+c	7	13.0
a+b+e	6	11.1
b+c+e	2	3.7
b+d+e	2	3.7
a+c+d+e	2	3.7
a+b+c+d+e	8	14.8

Key:

a = to expand knowledge in the field of special education (fundamentals of SE, consultancy, communication)

b = to understand the specificities of persons with health impairment

c = to gain suggestions for my work

d = on the urge of my employer – due to qualification increase

e = due to qualification increase – learn more about the give issues on my own accord

f) other – add

Furthermore, we ascertained whether the partial courses fulfilled the respondents' expectations. 50 (i.e. 92.6%) respondents answered positively = yes to this question and 4 (i.e. 7.4%) of the respondents answered that they are not able to

provide a relevant answer to the question. (Note: None of the respondents answered that the course did not fulfil his/her expectations.)

Another subject of research was also the change in respondents' relation to their clients (pupils, users of services, patients). 48 (i.e. 88.9%) of the 54 respondents stated that according to their opinion, their relation towards the clients changed due to the gained information and the mediated experience in a positive sense, 4 (i.e. 7.4%) were not able to assess this fact and 2 (i.e. 3.7%) thought that the relation towards their clients remained unchanged.

Furthermore, by means of auto-evaluation, the respondents tried to assess the increase in empathy, i.e. the ability to visualise themselves in the problems and situations of persons with health impairment, with the contribution of the courses that they passed. 46 (i.e. 85.2%) of the 54 respondents state that the degree of empathy increased in them and that they are now able to better apprehend their clients, their needs and their entire situation, including the issues they tackle in everyday life. 6 respondents (i.e. 11.1%) were, according to their own statement, not able to assess this fact and 2 (i.e. 3.7%) did not note any change in their attitudes in this sense.

The courses also sought to improve the relation between a "professional and a person with health impairment". According to the opinion of 52 out of 54 (i.e. 96.3%) respondents, this aim was really fulfilled, 2 (i.e. 3.7%) were, according to their own statement, not able to assess this fact adequately.

The change in approach to clients on the part of respondents, resulting from expanding their knowledge based on passing the above stated courses, was also evaluated. 40 out of 54 respondents (i.e. 74.1%) noted such a positive change in themselves, while 14 (25.9%) respondents were not able to assess this fact in an optimum manner.

In the context of the changes in approach to clients, we also monitored improvement in communication between the helping profession workers and their clients. It results from the respondents' responses that 38 (i.e. 70.4%) noted this change in the positive sense of the word, while 4 (i.e. 7.4%) did not note any change, and 12 (22.2%) respondents were not able to assess this fact.

The conclusion of the questionnaire was dedicated to expressing the respondents' opinion, pertaining to elimination of barriers between the intact population and persons with health impairment based upon holding courses of such nature and scope. 50 (i.e. 92.6%) of the respondents believe that passing the course contributes to reducing barriers, whereas 4 (i.e. 7.4%) are not able to assess this fact.

The unambiguous result of the questionnaire survey is that passing courses focused on the issues of persons with health impairment leads to positive qualitative changes in the relationship between the helping profession workers (social services providers, employees of the social services, educationists and medical personnel) and their clients (users of social services, pupils, patients). Based on the collected data, we can state that courses of this character lead to optimizing the care of persons with health impairment, placed in an institution of a social, medical, but also educational type. With respect for the scope of the persons with health impairment issue, in context of the positive evaluation of the courses, as well as positive evaluation of their results, e.g. in the area of changing approaches towards users of the social services, patients and pupils, it would be suitable to continue with another cycle of courses, which would intensify the existing knowledge of the course participants.

Summary of used and recommended literature:

1. HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Poradenské teorie a strategie. Praha: UK, 2002. ISBN 80-7290-098-6.
2. HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Intervence. Praha: UK, 2004. ISBN 80-7290-146-X.
3. HAWKINS, P. SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
4. LUDÍKOVÁ, L. a kol. Kvalitní poradenství – záruka kvality života: sborník příspěvků z konference projektu Poradensko informační centrum pomoci pro osoby se zdravotním postižením (PIC), Iniciativa Společenství INTERREG IIIA ČR-SR: Vsetín, 11. říjen 2006. Vsetín: Sdružení mikroregionu Vsetínsko, 2007. ISBN 978-80-239-8711-9.
5. LUDÍKOVÁ, L. (ed.) Poradenství pro osoby se zdravotním postižením. Olomouc: VUP, 2007. ISBN 978-80-244-1799-8.
6. NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
7. OPEKAROVÁ, O. Kapitoly z výchovného poradenství: školní poradenské služby. Praha: Univerzita J. A. Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-35-8.
8. POLÍNEK, M.D. (ed.) Poradenství pro osoby se specifickými potřebami v zemích Evropské unie. Olomouc: VUP, 2007. ISBN 978-80-244-1733-2.
9. SOBEK, J. A KOL. Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením. Praha: Portus o.s., 2007. ISBN 978-80-239-9400-1.
10. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Psychologie handicapu. Liberec: TUL, 2003. ISBN 80-7083-790-X.

Report on supervision of the ESF project “Creation and implementation of courses within lifelong education, expanding qualification in the field of special education”

Doc. PhDr. Eva Souralová, Ph.D.

Solving the project was initiated by the current tendencies of the state, which pays systematic attention to individuals with health impairment, especially to the saturation of their special needs. In connection with the conceptual restructuring of the education approaches and ensuring equal access to information, helping the development of persons with health impairment, employment is gradually conducted through which the idea of the so often proclaimed social justice is beginning to fulfil.

Part of the gradual development in the approach to persons with health impairment is the expansion of the current state of knowledge by all, who meet these persons within their profession, as familiarity with the means of overcoming physical, mental and communication barriers upon contact with persons with health impairment will in a substantial manner contribute to increasing quality of the provided services. Awareness of employees in medical facilities and social departments of the Olomouc region will enable to provide life perspective and quality of life to persons with special needs, the structure of whom is modelled by a particular type of health impairment.

The course of the project solution proved that the proposed concept accepts all existing needs of the target group, which is formed by employees in medical facilities and the social department of the Olomouc region. The three-stage character of the courses enabled presenting extensive subject focus, reflecting the professional as well as the social aspect of the approach to persons with special needs. The genesis of individual topics respected the chronological procedure of presenting information, contents of courses “The fundamentals of special education”, Consultancy for persons with health impairment as well as Specificities of communication for persons with health impairment, duly reflecting the needs pertaining to the form of lifelong education in the field of special education.

The team of lecturers that participated in solving the project task was put together for their respect for the diverse structure of persons with health impairment and their special needs. All members of the solving team fulfil the qualification prerequisites to be active as a lecturer. Their level of expertise is documented by

vast scientific, publication and lecture activities in close concurrence to the empiric application of the theoretical findings, when solving particular situations in the practical working life. This fact was also positively evaluated by the participant of all three modules of the course.

The course of the project execution was, from the course participant's perspective, monitored by means of evaluation questionnaires, the purpose of which was to ascertain the contribution of the presented issues for the participants' professional specialization and the ability to enforce the obtained findings in practical working life. Following conclusion of the individual lessons, data from evaluation questionnaires was analysed and the course lecturer and project solver were presented with the results. To express their opinion, the participants were able to use, during the first and the second module, an evaluation scale of 1 to 10 points, where 10 points meant the highest evaluation. In the third module, there was a change in assessing the course of individual lessons and a scale of 1 to 5 points was used to evaluate, where 1 point meant the highest evaluation and 5 points represented the weakest result. This change proved to be positive for evaluation by the individual participants, as well as for the project administration.

The evaluation questionnaire was compiled in such manner that it would survey four basic areas: topicality of the subject from the professional focus perspective, presentation of the topic's contents fulfilment, presentation of the topic from the technical perspective and evaluating the lecturer's display.

In the first monitored area of the subject's topicality from the professional focus perspective, the highest variations in evaluations were observed; the participants used the entire scale of points to express their opinions. Owing to the fact that the participants came from various workplaces, which are closely specialised, this result is absolutely understandable and not related to the quality of a lesson, as the final evaluation defined as overall contribution always oscillated between the highest or the second highest point evaluation.

In the field, which monitored presentation of the topic's contents fulfilment, the participants were able to address the professional level of the demonstration, usage of adequate terms, topicality of findings, overall composition and logical order, the ratio between theoretical information and their practical application. In presentation of the topic from the technical perspective they monitored how much is the given lecturer prepared to use the progressive technological aids, whether he/she provided the participants with additional information material and to what extent did he/she accept the existing level of the listeners' concentration in connection with the demanding nature of the existing topic. Pertaining to the evaluation of the lecturer's address, they were able to display the degree of satisfaction with the quality of his/her diction and ability to establish contact with the listeners,

they could assess his/her rhetorical aptitude upon discussions during the lesson and the final summary of significant ideas. The evaluation questionnaires from all these fields showed identical data, it was on the highest or the second highest scale of the points for all lecturers.

The validity of data from the evaluation questionnaires was verified throughout the course by a supervisor, and discussion with the course participants unambiguously proved the positive assessment of the lessons' topical focus as well as the qualified address by the lecturers.

The complex information material, in the form of specialized publications, created specifically for employees who meet persons with health impairment within their profession, may be assessed in a positive manner. The text of the publications is created on the basis of corresponding theoretical resources and their practical application, the character of the output information is relevant with the stipulated aim of the project.

In conclusion, it may be said that the solution team proceeded in accordance with the stipulated objectives with a positive impact on the accurately selected target group. From a formal as well as content perspective, no insufficiencies were found in the project solution.

Vorstellung des Projekts „Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“

Doz. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Das vorgelegte Sammelwerk ist Ergebnis des Projektes OPRLZ des Europäischen Sozialfonds und MŠMT Nr. CZ.04.1.03/3.2.15.2/0281 „Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“ in dessen Verlauf der Katheder Sonderpädagogik der Pädagogischen Fakultät der Palacký Universität in Olomouc einen Zyklus dreier mehrtägiger spezifisch ausgerichteter Kurse „Grundlagen der Sonderpädagogik“, „Beratung für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung“ und „Spezifiken der Kommunikation von Menschen mit gesundheitlicher Behinderung“ veranstaltete. Das Projekt wurde im zweijährigen Zeitraum von Juni 2006 bis Juni 2008 verwirklicht.

Zielgruppe waren vor allem Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen im Bezirk Olomouc und Mitarbeiter des Gesundheitswesens und der Sozialabteilungen dieses Bezirks, die bei Erfüllung ihrer Arbeitsaufgaben Menschen mit gesundheitlicher Behinderung treffen und im Rahmen ihrer vorherigen Ausbildung keine Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Sonderpädagogik erlangt hatten. Durch Absolvierung dieses Kurses wurde ihre Qualifikation erhöht und ihre Kompetenz um grundlegende, aber auch spezifische Erkenntnisse für die Arbeit mit gesundheitlich behinderten Menschen erweitert, sie erhielten neue Kenntnisse im Bereich Kommunikationstechnik und über die Ausnutzung moderner Technologien im Beratungsdienst, die für einen sinnvollen Kontakt mit gesundheitlich Behinderten unerlässlich sind. Das Projekt trug so nicht nur zur Erweiterung der Qualifikation der Zielgruppe, aber auch zur Erhöhung deren beruflichen Geltendmachung und Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt bei. Sekundäre Auswirkung ist dann auch eine Qualitätserhöhung der beruflichen und sozialen Inklusion der gesundheitlich behinderten Menschen.

Im Rahmen der Kurse wurde die Zielgruppe ebenfalls mit den Haupttendenzen der gleichberechtigten Stellung und gleichen Gelegenheiten für gesundheitlich Behinderte bekannt gemacht, wie sie in den Dokumenten der Europäischen Union einkomponiert sind. Für die einzelnen Kurse wurden Lehrtexte in Form eigenständiger Publikationen erarbeitet. Höhepunkt des ganzen Schulungszyklus war die Veranstaltung der Abschlusskonferenz, in welcher die Projektergebnisse präsentiert wurden, und die Herausgabe dieses Sammelwerks mit Beiträgen dieser Konferenz. Die Kursabsolventen erhielten

zum Abschluss eine multimediale CD mit konkreten, praktischen Beispielen spezifischer Situationen und Techniken, durch deren Einhalten, bzw. Aneignung sie ihren Zutritt zu gesundheitlich behinderten Menschen, vor allem im Bereich spezifischer Kommunikationstechniken, verbessern. Die Absolventen eigneten sich die Grundlagen der Kommunikation mithilfe der Zeichensprache und des Fingeralphabets für die Kommunikation mit Hörbehinderten, Techniken für die Kommunikation mit Sehbehinderten, Körperbehinderten, Grundlagen der alternativen und augmentativen Kommunikation für Menschen mit gestörten Kommunikationsfähigkeiten u. ä. an.

Untrennbarer Bestandteil dieses Projekts war die systematische Publikation des Projektvorhabens und der erreichten Ergebnisse und Auswirkungen in der Praxis. Das Lösungsteam wird mit den leitenden Mitarbeitern (Arbeitgebern der Zielgruppe) in engem Kontakt sein. Bestandteil der Propagationsaktionen war immer die Präsentation des sich auf die Projektziele beziehenden Ziels der Europäischen Union und des Europäischen Sozialfonds. Im Laufe der Realisierung und gesamten Lösung des Projekts wurde maximal moderne Informationstechnologie genutzt.

Die Kursteilnehmer erhielten beim Abschluss ein Zertifikat über die Teilnahme, eine den Inhalt der einzelnen Lektionen enthaltende Publikation und anderes praktisches Material. Die Kurse waren kostenlos, sie wurden fortlaufend zusammen mit den einzelnen Lösungsetappen des Projekts überwacht und evaluiert. Partner des Gesamtprojekts war die Bezirksbehörde des Bezirks Olomouc.

Lösungsteam des Projekts:

Projektleiter:

Doz. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Projektkoordinator:

Prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.

Lösungsteam:

Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.

PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.

Projektmanager:

Ing. Jaroslav Skácel

Projektpartner:

Bezirksbehörde Olomouc

Supervisor des Projekts:

Doz. MUDr. Václav Rýznar, CSc., MBA

Doz. PhDr. Eva Suralová, Ph.D.

Kommunikation bei Menschen mit spezifischen Bedürfnissen

Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.

Das Wort Kommunikation gehört gegenwärtig zu den sehr häufig benutzten Terminen. Seine Bedeutung wird aus dem Bereich des Verkehrs in den Bereich der zwischenmenschlichen Interaktion übertragen. Die Kommunikation als Prozess wird von vielen Faktoren beeinflusst – was ist Gegenstand der Kommunikation, wer kommuniziert mit wem, wann und wo verläuft die Kommunikation, auf welche Art, warum kommunizieren wir überhaupt und zu welchem Zweck.

In unserem Text werden wir uns mit der Kommunikation befassen, deren Akteure Menschen mit spezifischen Bedürfnissen sind, egal, ob in der Rolle des Sprechenden oder des Empfängers der Information. Ihre spezifischen Bedürfnisse können durch gesundheitliche Behinderung – der Sinne, mentaler, eingeschränkter Mobilität, gestörter Kommunikationsfähigkeit oder kombinierter Behinderung, aber auch durch Alter, geistige Krankheit oder psychosoziale Gefährdung verursacht sein. Im Ausland treffen wir bei der Kennzeichnung von Menschen mit gesundheitlicher Behinderung unterschiedlichste Begriffe – außerordentliche Personen, Personen mit Handicap, eingeschränkte, gestörte oder nicht anpassungsfähige. In unserem Land werden für Menschen mit Behinderung die Begriffe behinderter, benachteiligter, gesundheitlich behinderter Mensch, Mensch mit Handicap, Mensch mit speziellen Bedürfnissen, außerordentliches Kind mit besonderen Erziehungs- und Bildungsbedürfnissen und weitere angewendet (8).

In der letzten Zeit erscheint bei der Kennzeichnung von Menschen mit gesundheitlicher Behinderung der Trend „People first language“, bei dem an erster Stelle die Menschen, nicht aber ihre Behinderung, sind (Frau mit Autismus, Kind mit Sehbehinderung, Mann mit Körperbehinderung u.ä.). Dieser Trend ging von den Menschen mit der Gesundheitsbehinderung und ihren Angehörigen aus, gegenwärtig ist er in Kreisen der Sonderpädagogik schon üblich und verbreitet sich schrittweise in weitere Fachkreise und das Unterbewusstsein der breiten Öffentlichkeit. Bestandteil dieses Trends sind mehrere Thesen:

- Betonen Sie die Menschen, nicht Aufkleber. Benutzen Sie nicht Begriffe wie „behindert“, „retardiert“, „nicht hörend“, aber „Menschen mit mentaler Behinderung“, „Menschen, die nicht hören können“.
- An erster Stelle ist der Mensch, nicht seine Behinderung (nicht „autistische Frau“ aber „Frau mit Autismus“). Die Betonung sollte auf den Einzelnen und seine Fertigkeiten, nicht auf seine Funktionseinschränkung gelegt werden.

Anstelle von Sätzen „Er ist Invalide“, „Er ist auf den Rollstuhl angewiesen“ Sätze wie „Er geht mit Krücken“, „Er benutzt einen Rollstuhl“ angewendet werden.

- Wenn dies für den Bericht nicht grundsätzlich ist, konzentrieren Sie sich nicht auf die Behinderung, aber auf die Folgen, welche die Lebensqualität der Menschen beeinflussen (z. B. Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, Wohnen, Arbeitsplatzangebot, Diskriminierung).
- Beschreiben Sie den Erfolg von Menschen mit Behinderung nicht als übermenschlich. Auch wenn die Gesellschaft Helden bewundert, stellen Sie Menschen mit Behinderung nicht als Superstars dar, dies schafft die täuschende Erwartung, dass alle Menschen mit Behinderung dieses Niveau erreichen können.
- Wenn Sie über Behinderung infolge einer Krankheit sprechen, stellen Sie die Personen mit Behinderung nicht als Kranke vor (z. B. Behinderung infolge von Kinderlähmung). Anders ist es bei chronischen Erkrankungen.
- Sprechen Sie eher über Menschen ohne Behinderung als über normale oder gesunde Menschen.
- Handicap ist kein Synonym für Behinderung. Es bezeichnet eine von der Gesellschaft, der Umgebung oder Einzelnen geschaffene Benachteiligung.
- Stellen Sie Menschen mit Behinderung als aktive Mitglieder der Gesellschaft dar. Wir sprechen darüber, was Menschen mit Behinderung tun können, nicht was sie nicht tun können. (4)

Die Aktualität dieses Trends kann unter anderem auch der Änderung des Namens der überdachenden Organisation des Nationalen Rates gesundheitlich Behinderter in „Nationaler Rat der Menschen mit gesundheitlicher Behinderung“ beobachtet werden. Wir sind überzeugt, dass die Änderung in der angewendeten Terminologie nicht nur formelle Angelegenheit bleibt und zur positiven Änderung der Wahrnehmung der Menschen mit gesundheitlicher Behinderung durch die ganze Gesellschaft beiträgt.

Kommunikation

Was können wir uns unter dem bekannten und heute sehr häufig angewendeten Begriff Kommunikation vorstellen? Im akademischen Fremdwörterbuch finden wir unter dem Stichwort Kommunikation mehrere Bedeutungen. Die erste davon ist die Übertragung verschiedenster Informationsinhalte im Rahmen von Kommunikationssystemen, Benutzung von Kommunikationsmedien, besonders durch die Sprache, weitere Bedeutungen sind dann öffentlicher Verkehr,

Verbindung oder eingegrenzter Raum für die Verbindung durch Verkehrsmittel (Verkehrswege). Kommunizieren bedeutet dann nach Wörterbuch bekannt geben, mitteilen, verbinden, in Verbindung sein oder sprechen. (7)

In unserem Text konzentrieren wir uns auf die Bedeutung der Kommunikation als Mitteilung. „Kommunikation ist die Mitteilung bestimmter Bedeutungen im Prozess des direkten oder indirekten sozialen Kontakts. In diesem Sinn ist die Kommunikation Grundbestandteil der zwischenmenschlichen Kommunikation.“ (6, S. 193) Kommunizieren bedeutet also, sich gegenseitig etwas mitzuteilen, sich gemeinsam über etwas zu freuen, dem Anderen etwas zu übergeben, zu übermitteln, zu gewähren, zu geben und zu empfangen, untereinander zu teilen. (4)

Was ist Inhalt der Kommunikation? Wir können uns nicht nur Nachrichten und Informationen (Neuigkeiten) mitteilen, aber teilen auch mit, wie zu verstehen ist, was wir sagen, wie es uns geht und wie wir uns fühlen, unsere Einstellung zur Sache, über die wir sprechen, unsere Einstellung zum Zuhörer, mit dem wir sprechen, wir teilen unsere Selbstempfindung mit – für wen wir uns halten, für wen den anderen Kommunikationsteilnehmer, wir deuten den weiteren Verlauf unserer Beziehungen an, legen Regeln für die weiteren Phasen der Treffen fest und nicht zuletzt teilen wir unsere Forderungen, unsere Wünsche mit.

Auf welche Art können wir kommunizieren, wie teilen wir das mit, was wir uns sagen möchten? Die Kommunikation kann durch Wörter (verbal), ohne Worte (nonverbal) und durch Taten (Aktivität, Handeln und Verhalten) verlaufen.

Unter verbaler Kommunikation verstehen wir eine Mitteilung durch Worte, durch die Sprache. Allgemein wird der verbalen Kommunikation größere Bedeutung als der nonverbalen Kommunikation zugeschrieben, weil wir verbal vor allem Nachrichten und Informationen mitteilen. Aber verbale und nonverbale Kommunikation ergänzen sich gegenseitig. Die verbale Kommunikation kann mehrere Gestalten haben:

- Gesprochener Dialog – ein Gespräch zwischen zwei Personen (persönlich oder telefonisch)
- Geschriebene Sprache – jegliche schriftliche Aufzeichnung (Korrespondenz, schriftliche Mitteilung, Nachrichten, Artikel, Bestellungen u. a.)
- Gespräch in einer kleinen Gruppe – gemeinsame Kommunikation mehrerer Personen (Beratung, Diskussion, Freundschaftstreffen u. a.)
- Sprache zu einer großen Menschengruppe – Situationen, wenn eine Person gleichzeitig eine größere Menschenanzahl anspricht (Vorlesung, Fachvortrag, Rede u.a.)
- Selbstgespräch – das Gespräch des Menschen mit sich selbst kann still oder laut sein (z. B. bei Entscheidungen, klären von Problematiken, Formulierung eigener Gedanken). (3)

Die verbale Kommunikation der Menschen mit spezifischen Bedürfnissen kann durch ihre gesundheitliche Behinderung beeinflusst sein. Zum Beispiel ist für Menschen mit Sehbehinderung verbale Kommunikation Hauptinformationsquelle, nonverbale Kommunikation können sie nur durch sog. Paralinguistik (Ton der Stimme, Melodie, Lautstärke der gesprochenen Äußerung) empfinden, demgegenüber Menschen mit Hörbehinderung wird verbale Kommunikation hinsichtlich ihrer eingeschränkten Möglichkeit der Wahrnehmung der Töne gesprochener Sprache Schwierigkeiten bereiten, was auch ihr Verständnis geschriebener Texte beeinflusst.

Unter nonverbaler Kommunikation verstehen wir Kommunikation ohne Worte. In bestimmten Situationen kann die nonverbale Kommunikation die verbale völlig ersetzen (Mimik, Gesten), in den meisten Fällen verlaufen aber verbale und nonverbale Kommunikation gleichzeitig. Die nonverbale Kommunikation ergänzt so gewöhnlich die verbale Mitteilung, verstärkt ihre Wirkung, reguliert sie, kann sogar aufdecken, dass die Aussage nicht authentisch ist (Vortäuschung, Ironie).

Mittels nonverbaler Kommunikation können wir unseren aktuellen psychischen Zustand, Emotionen, Gefühle, Launen, Affekte, Einstellungen und Beziehungen zu anderen Menschen, Interesse an anderen Menschen mitteilen, bemühen uns um die Ausbildung bestimmter Vorstellungen, wer wir sind, bemühen uns, die Entwicklung des weiteren Kontakts zu lenken. Interesse teilen wir zum Beispiel durch leichtes Vorbeugen zum Anderen, Augenkontakt, eventuell auch Berührung der Hand mit. Interessenlosigkeit kann durch legere Stellung und Blick außerhalb des Augenkontakts ausgedrückt werden.

Die nonverbale Kommunikation kann durch Gesichtsausdruck, Entfernen, Berührung, Stellung, Bewegung, Gesten, Blicke, „Ton“ der Sprache, Aufmachung der äußeren Erscheinung u. ä. verlaufen. Größte Bedeutung wird nonverbalen Äußerungen des Gesichts und Kopfes zugeschrieben, dann der Hände und Arme und erst danach Bewegungen und Stellungen des Körpers und der Füße.

Zu Formen der nonverbalen Kommunikation gehören:

- Mimik – was wir uns durch den Gesichtsausdruck mitteilen (emotionelles Erleben)
- Sprache der Augen und Blicke – Eröffnung des sozialen Kontakts, Mitteilungen von Emotionen
- Proxemik – Mitteilung durch Nähern und Entfernen (Mitteilung von Sympathie, Distanz u. ä.)
- Haptik – Bedeutung der Berührungen (Händedruck, unmittelbare Berührung)

- Posturologie – Sprache unserer physiologischer Stellung, Körperhaltung und Bewegungskonfigurationen (signalisiert emotionellen Zustand, Voreingenommenheit, Stellung zum anderen Partner in der Kommunikation und auch zur Mitteilung)
- Kinesik – Bewegungssprache (Bewegungen können ausdrucksvoll, übermäßig oder angemessen sein, es kann daraus die Qualität der erlebten Emotionen und der psychische Zustand des Menschen beurteilt werden)
- Gestik – eine Geste unterstreicht und ergänzt eine verbale Mitteilung, sie kann auch vertreten werden durch
 - Aufmachung des Äußeren
 - Paralinguistik – Mitteilung durch Obertöne (Lautstärke, Tonhöhe, Tempo, Volumen, Flüssigkeit, Intonation und Melodie der Sprache, Richtigkeit der Aussprache, Fehler in der Sprache, Qualität der Sprache – Sachlichkeit des Gesprächs, Gliederung der Sprache – Phrasen). (3)

Die Kommunikation verläuft nicht nur verbal und als wortlose Kommunikation, aber auch durch Taten. Wir teilen auch durch Taten mit, nicht nur dadurch, was wir sagen, aber dadurch, was wir tun, wie wir handeln und wie wir uns verhalten. Unser Handeln und unser Verhalten, alles, was wir tun hat, einen bestimmten Wert, es geht nicht nur darum, was wir in dem Moment machen, wenn wir sprechen. Es geht auch darum, was wir davor gemacht haben, wie wir uns verhalten haben und gehandelt haben, bevor wir den Mund geöffnet haben. Es geht auch darum, was wir machen werden, wie wir uns verhalten und handeln werden, wenn das Gespräch endet. (3)

Die Kommunikation der Menschen mit spezifischen Bedürfnissen kann wegen sensorischer oder kognitiver Barrieren, aber auch wegen unzureichender Motorik und emotionell freiem Bereich, sowohl in der Phase der Produktion als auch in der Phase des Informationsempfangs (Perzeption, Decodieren, Ablegen, anschließende Verarbeitung und adäquate Anwendung) beeinflusst sein. (9) Konkrete Beispiele und Empfehlungen für die Kommunikation mit Menschen mit verschiedenen Typen spezifischer Bedürfnisse sind Inhalt der anschließenden Kapitel. Ausgangspunkt für deren praktische Anwendung können die folgenden Credos der Unterstützung der Menschen mit gesundheitlichen Behinderungen sein.

- Credos der Unterstützung der Menschen mit gesundheitlicher Behinderung
- Sehen Sie meine Behinderung nicht als Problem. Empfinden Sie meine Behinderung als Eigenschaft.
 - Sehen Sie meine Behinderung nicht als Mangel an. Sie sind es, die mich als einen Behinderten und Hilflosen sehen.

- Versuchen Sie nicht, mich zu reparieren, ich bin nicht kaputt. Unterstützen Sie mich. Ich kann der Gesellschaft auf meine eigene Weise nützlich sein.
- Sehen Sie in mir nicht den Klienten. Ich bin Ihr Mitbürger. Sehen Sie mich als Ihren Nachbarn. Machen Sie sich bewusst, dass niemand völlig unabhängig ist.
- Versuchen Sie nicht, mein Verhalten zu ändern. Haben Sie Geduld und hören Sie zu. Das, was Ihnen ungeeignet erscheint, kann die einzige Art meiner Kommunikation mit Ihnen sein.
- Versuchen Sie nicht, mich zu ändern, dazu haben Sie kein Recht. Helfen Sie mir zu lernen, was ich wissen will.
- Verstecken Sie Ihre Unsicherheit nicht hinter professioneller Distanz. Seien Sie ein Mensch, der zuhört und mir nicht den Kampf nimmt, in der Bemühung mir alles zu erleichtern.
- Probieren Sie an mir nicht Theorie und Strategie, stehen Sie bei mir. Wenn es zwischen uns etwas knirscht, nehmen wir es als Gelegenheit, uns kennenzulernen.
- Versuchen Sie nicht mich zu steuern, als Mensch habe ich das Recht ich selbst zu sein. Das, was Sie vielleicht als ungeeignet oder Manipulation von meiner Seite ansehen, ist vielleicht die einzige Art, wie ich Kontrolle über mein Leben haben kann.
- Lehren Sie mich nicht, gehorsam, untertänig und zuvorkommend zu sein. Ich brauche das Gefühl, das ich das Recht habe, NEIN zu sagen, wenn ich mich wehren will.
- Seien Sie mir gegenüber nicht wohlwärtig, seien Sie mein Verbündeter gegen die, die mich wegen des eigenen guten Gefühls ausnutzen.
- Bemühen Sie sich nicht, mein Freund zu sein. Versuchen Sie, mich kennenzulernen. Erst danach können wir Freunde werden.
- Sie helfen mir nicht, wenn Sie es für Ihr eigenes gutes Gefühl tun. Fragen Sie mich zuerst, ob ich Hilfe brauche. Erlauben Sie mir, Ihnen zu zeigen, wie Sie mir helfen können.
- Bewundern Sie mich nicht. Der Wunsch nach einem vollwertigen Leben verlangt keine Bewunderung. Respektieren Sie mich, weil Respekt Gleichberechtigung voraussetzt.
- Erzählen, berichtigen, führen Sie nicht, hören Sie zu, unterstützen und folgen Sie.
- Arbeiten Sie nicht an mir, arbeiten Sie mit mir. (5)

Verzeichnis der benutzten und empfohlenen Literatur:

1. HURST, B. Encyklopedie komunikačních technik. (*Enzyklopädie der Kommunikationstechniken*) Praha: Grada publishing a.s., 1994. ISBN 80-85424-40-1
2. Desatero pro lepší komunikaci s pacienty se zdravotním postižením (*Zehn Punkte für eine bessere Kommunikation mit Patienten mit gesundheitlicher Behinderung*) [online.] [2008-02-07] Zugänglich auf: <<http://www.vzpj.cz/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/desatera-nrzp?tisk=true>>
3. KRÍVOHLAVÝ, J. Jak si navzájem lépe porozumíme (*Wie wir uns besser verstehen*). Praha: Svoboda, 1988.
4. Jak mluvit o lidech s postižením. (*Wie über Menschen mit Behinderung sprechen*) [online.] [cit.2008-01-31] Zugänglich auf <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=30&tmplid=45>>
5. KUNC, N., VAN DER KLIFT, E. A Credo for Support. [online.] [cit.2008-01-31] Zugänglich auf <<http://www.radford.edu/~bhiltons/Credo%20for%20Support.doc>>
6. NAKONEČNÝ, M. Sociální psychologie. (*Sozialpsychologie*) Praha: Svoboda, 1970
7. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. a kol. Akademický slovník cizích slov. (*Akademisches Fremdwörterbuch*) Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0607-9
8. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. (*Sonderpädagogik*) Olomouc: UP,2004.ISBN 80-244-0873-2.
9. VAŠEK, Š. Základy speciální pedagogiky. (*Grundlagen der Sonderpädagogik*) Bratislava: Sapientia, s. r. o., 2003. ISBN 80-968797-0-7.
10. VYBÍRAL, Z. Psychologie lidské komunikace. (*Psychologie menschlicher Kommunikation*) Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.

Möglichkeiten der Verhaltensänderung zu Menschen mit Sehbehinderung

Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.

Unser Leben wird in seinem Verlauf von vielen Variablen beeinflusst. Eine davon, die wir uns nur bewusst machen, wenn in sie auf irgendeine Weise eingegriffen wird, ist die Fähigkeit, Informationen mit den Augen aufzunehmen, weiter zu verarbeiten und zu bewerten. Jegliche Einschränkung des Sehvermögens ist uns unangenehm, bringt uns Stress, Angst vor der Zukunft. Sehr häufig befürchten wir, dass der gegebene Zustand nicht nur vorübergehend sein könnte und stellen uns die Folgen vor, die für uns im persönlichen und auch professionellen Leben eintreten würden.

Wahrscheinlich aus diesem Grunde sind dann auch in der Gesellschaft Befürchtungen und Vorurteile nicht nur bei Verlust der Sehempfindung aber auch über die Fähigkeiten und Fertigkeiten von Menschen mit Sehbehinderung verbreitet. Auf den folgenden Reihen versuchen wir gemeinsam, diese Behauptungen, Fakten und Gedanken zu entschlüsseln, so wie wir es gemeinsam mit den Kursteilnehmern ganze drei Vorlesungsblöcke gemacht haben.

Menschen mit Sehbehinderung

Erste und häufigste in der Gesellschaft auftretende falsche Interpretation ist der Begriff Sehbehinderung. Die meisten Menschen, die normale Dioptriebrillen tragen, ob nun mit multifokalen, zylindrischen oder auch „nur“ torischen Gläsern, sprechen über sich, als über Sehbehinderte. Ist aber wirklich so? Nach Meinung der Ärzte, Fachleute und Erfahrungen ist dies nicht der Fall, denn sie sind in der Lage, zu kochen, ohne Schwierigkeiten zur Arbeit zu gehen oder im Park zu laufen. In der Fachliteratur finden wir eine klarere Spezifikation, die davon spricht, dass ein Sehbehinderter nur jener Mensch ist, dem die Korrektur (Brille, Operation, Medikamente und anderes) nicht vollständig helfen und ihm der Sehfehler Probleme im täglichen Leben bereitet.

Außer den gängig vertauschten Begriffen Mensch mit Sehbehinderung und Mensch mit Sehfehler ist auch völlig üblich, dass bei Aussprechen des oben erwähnten Begriffs – Sehbehinderung – sich jeder Blindheit vorstellt. Es ist spezifisch, dass die kleinste Gruppe (ca. 12000 in der Tschechischen Republik) unter den Sehbehinderten im Geist der Gesellschaft den größten Raum einnimmt. Die vorhergehenden Reihen werden auch von den neuesten Forschungen bestätigt,

die sagen, dass es „in der Tschechischen Republik gegenwärtig etwa 60–100 000 Personen mit schwerer Sehbehinderung gibt, davon sind 7–12 000 blind. Etwa 34–40 % der Sehbehinderten sind Kinder und Erwachsene im produktiven Alter, 60–65 % der schwer Sehbehinderten sind Menschen über 60 Jahre“. (10, S. 351)

Auch blinde Menschen sind verschiedener Kategorie. Bei der Klassifikation können wir uns dann auf reine ophthalmologische – ärztliche, aber auch sonderpädagogische Gesichtspunkte stützen.

Hycl und Valešová (7) führen in ihrer Publikation die für die Tschechische Republik charakteristische ärztliche Eingrenzung auf:

1. Schwachsichtigkeit – Visus (Sehschärfe) des besseren Auges ist unter $6/18$ bis $3/60$ (wobei der Bruch $6/18$ die Sehschärfe, also die Unterscheidungsfähigkeit des Auges kennzeichnet und aussagt, dass ein Mensch mit dieser Sehschärfe aus sechs Metern das sieht, was ein Mensch mit normaler Sehschärfe aus 18 Metern sieht),
2. Blindheit – ist ein Absinken der Sehschärfe unter $3/60$ bis hin zur Lichtwahrnehmung,
3. praktische Blindheit – wird entweder als Absinken der Sehschärfe unter $3/60$ bis einschließlich $1/60$ oder Einschränkung des binokularen Gesichtsfelds weniger als 10 Grad aber mehr als 5 Grad definiert,
4. wirkliche Blindheit – die Sehschärfe liegt unter der Grenze $1/60$ bis Lichtwahrnehmung oder beidseitiges Gesichtsfeld unter 5 Grad,
5. Vollblindheit – von Lichtwahrnehmung mit fehlerhafter Lichtprojektierung bis zum Verlust der Lichtwahrnehmung.

Außer der vorangegangenen, ärztlichen Klassifizierung, die sich vor allem auf das Niveau der Sehschärfe, bzw. auf das Gesichtsfeld konzentriert, finden wir auch Eingrenzungen nach gestörtem Teil des Sehanalysators. Hierbei differenziert die Zehnte Revision der Internationalen statistischen Klassifizierung der Krankheiten und zugehörigen Gesundheitsproblemen der Weltgesundheitsorganisation:

H 00 – H 06 Krankheiten des Lids, des Tränensystems und der Augenhöhlen,
H 10 – H 13 Erkrankungen der Bindehaut,
H 15 – H 22 Krankheiten der Sklera, Hornhaut, Iris und des Wimpernkörpers,
H 25 – H 28 Erkrankungen der Linse,
H 30 – H 36 Krankheiten der Adernhaut und der Netzhaut,
H 40 – H 42 Glaukom.
H 43 – H 45 Krankheiten des Glaskörpers und des Augapfels,
H 46 – H 48 Krankheiten des Sehnervs und der Sehbahnen,

H 49 – H 52 Störungen der Augenmuskeln, der binokularen Bewegung,
Akkommodation und Refraktion,
H 53 – H 54 Sehstörungen und Blindheit,
H 55 – H 59 anderen Krankheiten und Augenadnex.

Auf den oben beschriebenen Reihen sind zwei Klassifikationen Sehbehinderter angeführt, unter Laien und auch unter Fachleuten wird aber meist die Klassifikation nach Stufe der Sehbehinderung in Menschen:

- blinde,
- mit Resten des Sehvermögens,
- schwachsichtige und
- mit Störungen des binokularen Sehvermögens angewendet.

Für den Sonderpädagogen ist es dann wichtig, die einzelnen Stufen der Behinderung zu entschlüsseln und sie mit Ausrichtung auf die Folgen der der Sehbehinderung zu charakterisieren:

Blindheit

„Unfähigkeit mit dem Auge wahrzunehmen, auch wenn eine gewisse Sehempfindung – Lichtwahrnehmung erhalten ist“ (8, S. 19)

Blindheit ist die am häufigsten definierte Sehbehinderung, auch in der Sonderpädagogik, deshalb ergänzen wir die oben erwähnte Definition von Květoňová um die Eingrenzung nach Flenerová (5, S. 13), welche die „Blindheit als Mangel des Sehvermögens“ ansieht, „der sich durch vollständigen oder fast vollständigen Verlust der Leistung des Sehanalysators und dadurch auch Unmöglichkeit einer Seh wahrnehmung ausdrückt“.

Mit der Blindheit ist der eigenständige und sehr verbreitete Gedanke verbunden, dass ein Blinder gar nichts sieht, also schwarze Dunkelheit sieht. Die meisten Blinden fallen aber in das Band mit erhaltener Lichtwahrnehmung (Fähigkeit Licht wahrzunehmen, welche weiter in Lichtwahrnehmung mit richtiger Projektierung – Erkennen der Lichtrichtung und Anzahl der Lichtquellen, mit fehlerhafter Projektierung – Erkennen der Lichtrichtung und Lichtwahrnehmung ohne Projektierung – Erkennen des Lichtklimas). Menschen mit Diagnostik Amaurose (totaler, dauerhafter, unheilbarer Verlust des Sehvermögens ohne Lichtwahrnehmung) sagen Ihnen meist, dass sie anstelle schwarzer Dunkelheit Lichtspiralen, Blitze, Sterne usw. sehen. Es ist also offenbar, dass auch die Gruppe der Blinden eine sehr breite Kategorie ist.

Restsehvermögen

Menschen mit Restsehvermögen werden in der Sonderpädagogik meist als diejenigen charakterisiert, deren Sehschärfe an der Grenze zwischen Blindheit und Schwachsichtigkeit liegt.

Nach Flenerová (5, S. 13) handelt es sich um „Kinder, Jugendliche und Erwachsene, deren mangelhaftes Sehvermögen in einem solchem Mangel oder einer Störung des Sehorgans besteht, dass es zur Behinderung der Sehfähigkeit auf der Stufe Restsehvermögen kommt.“

Über die Terminologie dieser Personengruppe mit Sehbehinderung führen Sonderpädagogen gegenwärtig heftige Diskussionen über deren Richtigkeit und Aussagekraft (siehe oben).

Schwachsichtigkeit

„Schwachsichtigkeit ist im Sinne der Sonderpädagogik ein organischer Mangel der Sehkraft, der sich durch teilweise nicht entwickelter, verringerter oder verzerrter Tätigkeit der Sehanalysatoren beider Augen und dadurch einer Störung der Seh Wahrnehmung ausdrückt.“ (5, S. 9)

Schwachsichtige Personen sind die breiteste Gruppe unter den Sehbehinderten. Dem entspricht auch die Anzahl der Diagnosen, von Glaukom (Grüner Star), Katarakt (Grauer Star), Myopie und Hypermetropie gravis (schwere Kurz- und Weitsichtigkeit), Nystagmus (unwillkürliches Augenzucken), Afakie (fehlende Augenlinse), Daltonismus (Verlust der Farbwahrnehmung – Störung der Wahrnehmung roter und grüner Farbe) und andere.

Störungen des binokularen Sehvermögens

Störungen des binokularen Sehvermögens sind am meisten im Kindesalter vertreten, in dem sie auch am einfachsten heilbar sind.

„Einfaches binokulares Sehvermögen ist Ausdruck der Fähigkeit des Gehirns, die Bilder beider Augen in eine Raumempfindung zu verbinden. Es entsteht durch vollendete sensomotorische Koordination beider Augen. Binokulares Sehvermögen ist eine erlangte Fähigkeit, die sich nach der Geburt mit Reifen der Netzhaut und deren gelben Fleck (Makula Lutea) entwickelt. Schon im ersten Lebensjahr entwickelt sich der Konvergenzreflex, die Fähigkeit Gegenstände zu fokussieren, entwickeln sich Fusionsmechanismen und später auch stereoskopisches Sehen. Der Prozess der Vervollkommnung, Festigung und Stabilisierung des einfachen binokularen Sehens verläuft bis zum 6. Lebensjahr. Eine Störung in der Entwicklung des binokularen Sehens kann bis zur Entstehung von Strabismus oder Amblyopie führen.“ (10, S. 134)

Strabismus

Nach Hromádková (6, S. 40) ist Strabismus ein „Zustand, bei dem beim Fixieren eines bestimmten Gegenstands in der Nähe oder Ferne sich die Sehachsen nicht im gleichen Punkt treffen. Es ist immer eine größere oder kleinere Störung des einfachen binokularen Sehens anwesend. Strabismus ist hauptsächlich eine Funktionsstörung, nach Außen durch asymmetrische Stellung der Augen begleitet.“

Schwachsichtigkeit

Divišová (2, S. 56–57) charakterisiert Schwachsichtigkeit so: „Der Termin Amblyopie – Schwachsichtigkeit wird gewöhnlich im engeren Sinne zur Kennzeichnung verringerten Sehens des Auges benutzt, wo objektiv keine Anomalie nachgewiesen werden kann.“ Im breiteren Sinn des Wortes bedeutet es verringertes Sehen jeglicher Stufe- ausgenommen Blindheit – das nicht durch optische Berichtigung korrigiert werden kann“.

Wir hoffen, dass wir in den vorangegangenen Zeilen nachgewiesen haben, dass Menschen mit Sehbehinderung eine vielfältige Kategorie sind, die nicht nur Blinde aber auch Menschen mit anderer Behinderungsstufe und Typ und den daraus hervorgehenden Folgen enthält.

Kompensationsfaktoren und Hilfsmittel

Weitverbreiteter Mythos ist weiterhin die Verbesserung des Gehörs, Tastsinns oder Geruchssinns nach Verlust der Sehwahrnehmung. Obwohl die meisten zugänglichen Medien diese Erdichtung widerlegt und sich um Richtigstellung bemüht, immer noch sind viele Laien der Meinung, dass sich dem Menschen, wenn er um das Augenlicht oder eines Teils seines Sehvermögens kommt, auf einmal alle anderen Sinne verbessern. Es ist nicht so, wenn der Mensch dann besser hört oder fühlt, dann ist es durch Üben und Vervollkommnung dieser Fähigkeiten. Dahinter stehen Fleiß und Wille des Menschen mit Sehbehinderung.

Niedrigere und höhere Kompensationsfaktoren zusammen mit Kompensationstechnik, Hilfsmitteln und Geräten, die in bestimmten Maße den Verlust des Sehvermögens und dessen Folgen ersetzen, sind Möglichkeiten, wie diese Menschen in unsere übereilte Zeit eingegliedert werden können.

Alle Hilfsmittel, die gegenwärtig Sehbehinderte benutzen, werden auf Grundlage der Marktnachfrage produziert. Das Angebot ändert sich und steigt ständig. Die meisten, in der letzten Zeit hergestellten Produkte, hängen mit der Entwicklung der technischen Mittel und Rechnerkomponenten zusammen.

Kompensationshilfsmittel können in mehrere Grundkriterien gegliedert werden, jedes aus anderem Gesichtspunkt bedeutend:

Klassifizierung nach Finanzierung

- A) – Von der Krankenversicherung finanzierte Hilfsmittel (Augenglassysteme, Augenprothesen, weißer Stock, digitales Arzttelefon, Kontaktlinsen, u. ä.).
 - Von der Sozialabteilung finanzierte Hilfsmittel (Spiegelindikator, Fernsehkameralupe, Picht- Blindenschreibmaschine, Zweirad, u. ä.).
- B) – Vollständig finanzierte Hilfsmittel – dies sind für ein gleichwertiges Leben in der Gesellschaft erforderliche Hilfsmittel, also zur sog. Ausgleicheung der Gelegenheiten (Picht- Blindenschreibmaschine, digitale Lesegeräte für Blinde, Fernsehkameralupe, Colortest, u.ä.).
 - Teilweise finanzierte Hilfsmittel (Drucker, Zweirad, Blindenuhr, ...).
 - Nicht finanzierte Hilfsmittel (Spielzeug, Eitrenner, u.ä.).

Hilfsmittel für Personen mit den einzelnen Behinderungsstufen

- Hilfsmittel für Blinde (Picht- Blindenschreibmaschine, Colortest, Braillezeilen, Stiftzeichen, Uhren mit Stimmenauegang, ...).
- Hilfsmittel Schwachsichtigkeit oder Sehvermögenrest (Lehrbücher mit größerem Schwarzdruck, Fernsehkameralupen, Brillen, Turmon, ...).
- Hilfsmittel für Menschen mit Störung des binokularen Sehvermögens (Stereoskop, CAM Stimulator, Troposkop, Cheiroskop, ...).

Nach Anwendungsart

- Allgemeine Hilfsmittel (Handy, Colortest, Colorino, Fernsehkameralupe, Sherlock, u. a.).
- Hilfsmittel für Haushalt und Freizeit (Eitrenner, Laserpistole, Tablettenteiler, Kurzzeitwecker, Wecker, Personen- und Küchenwaage mit Sprachausgang, Thermometer, u.a.).
- Diagnostische und spezielle Hilfsmittel (Troposkop, Lokalisator, Mnekoskop, Cheiroskop, Korrektor, u. a.).
- Schul- und Arbeitshilfsmittel (Reliefkarten, Stiftheft erster und zweiter Größe, Rechner mit Sprachausgang, Picht- Blindenschreibmaschine, Tiermodelle, Modelle des menschlichen Körpers, Centrofixstifte, Lehrbücher in Brailleschrift oder vergrößertem Schwarzdruck, u.a.).
- Hilfsmittel für die Raumorientierung (weißer Stock, akustische Warnlampe, Sprachwarnleuchte, Tyflosonar, u.a.).

Obwohl die Hilfsmittel und die Übung der Sinne den Sehbehinderten helfen, sich besser in der Umgebung zu orientieren oder gewöhnliche Tätigkeiten auszuüben, sind diese nicht allmächtig und der Mensch mit Sehbehinderung muss sich immer auf sich selbst und höhere Kompensationsfaktoren, bzw. auch auf den Willen, das Angebot und die Bereitschaft der Gesellschaft verlassen.

Blick auf Personen mit Sehbehinderung

Personen mit Sehbehinderung erweckten seit Gedenken widersprüchliche Gefühle. So wie sich die Gesellschaft, der Glauben und die Zusammensetzung der Bewohner änderten, so änderte sich auch das Verhalten und die daraus folgende Unterstützung oder Hilfe. Schon im Altertum wurde die Sehbehinderung (heute wäre die Diagnose wahrscheinlich praktische Blindheit, totale Blindheit) aus zwei Grundgesichtspunkten betrachtet:

- als Strafe oder Geschlechtsfluch, für etwas, was der Einzelne oder seine Vorfahren in der Vergangenheit begangen hatten,
- als Belohnung und „Segen“, der diesem Menschen ermöglicht, in die Zukunft zu sehen und diese vorauszusagen, bzw. zu ändern.

Die heutige moderne Gesellschaft verlässt schon die oben erwähnte Theorie, auch wenn diese von Zeit zu Zeit noch erscheint und sich zu weiteren nicht immer fortschrittlichen Theorien neigt. Sehbehinderte werden oft angesehen als:

- bewundernswerte, unangemessen gelobte Menschen, die nicht unsere Hilfe benötigen, weil sie alles allein schaffen,
- mitleidsbedürftige Menschen, die nichts ohne die Hilfe der Umgebung erreichen.

Beide Theorien und die in der Gesellschaft erscheinenden Mythen über Menschen mit Sehbehinderung helfen nicht, da sie diese wieder außerhalb der Tatsachen stellen und dadurch unbewusst schaden. Deshalb muss sich die ständig wiederholte Tatsache bewusst gemacht werden, die auch die Sehbehinderten selbst publizieren und veröffentlichen – „wir sind gleich, wie die Menschen um uns herum, wir können nur nicht sehen und das ist nicht das Schlimmste.“

Meinungen und verwurzelte Vorurteile ändern sich aber schwer und es wird noch eine Weile dauern, bis die ganze Gesellschaft Sehbehinderten mit normaler Höflichkeit und Empathie entgegenkommen wird, so, dass sie nicht belästigt, aber hilft, schützt und ermuntert.

Die Kenntnisse über Sehbehinderte zu ändern, ist auch das Ziel vieler Organisationen und ist auch einer der sog. modernen Trends der Sonderpädagogik

für Personen mit Sehbehinderung (Tyflopädie, Ophthalmopädie). Einfachste und effektivste Art der Meinungsbeeinflussung ist die Ausnutzung moderner Technologien und Massenmedien, in denen wir auf die Masse und immer mit Anpassung der Zielgruppe wirken können.

Raumorientierung und selbstständige Bewegung Sehbehinderter

Bei der Frage nach bekanntester Folge der Sehbehinderung wird wahrscheinlich typische und häufigste Antwort gerade die Bewegungseinschränkung und Unmöglichkeit, ein Fahrzeug zu fahren, sein. Die Tatsache, dass Sehbehinderte Probleme mit der Raumorientierung haben, ist unwiderlegbar und in der Gesellschaft bekannt. Schon weniger machen wir uns aber bewusst, dass auch Menschen mit Schwachsichtigkeit, Sehvermögensresten, aber auch Menschen mit Störungen des binokularen Sehvermögens Probleme mit der Raumvorstellung und der Bewegung im freien Raum haben können.

Die meist verbreitetsten Annahmen, die mit der Raumorientierung und der selbstständigen Bewegung verbunden sind, sind folgende:

- Der weiße Stock ist nur Kennzeichen von Blinden. Auch Personen mit Restsehvermögen lernen, mit dem weißen Stock zu gehen. Sie können ihn in einer für ihr Sehvermögen ungünstigen Situation benutzen (schlechte Lichtbedingungen, unbekannte Umgebung, gefährliche Umgebung, u. ä.). Oft kommt es dann zu Situationen, dass ein Sehbehinderter den weißen Stock benutzt, um sich besser zu orientieren und dann beispielsweise eine Zeitschrift hervorholt und liest. Hier muss auf das oben geschriebene verwiesen werden – blinde Menschen und Menschen mit Restsehvermögen sind eine ungleichmäßige Gruppe, in der Menschen mit verschiedener Sehschärfe, verschiedenem Gesichtsfeld usw. nebeneinander existieren.
- Jeder Mensch mit weißem Stock begrüßt unsere Hilfe, die wir ihm anbieten. Schon oben wurde beschrieben, dass der Sehbehinderte eine selbstständige Persönlichkeit ist, mit allen Vorzügen und Fehlern, wie jeder andere. Jeder benötigt manchmal Hilfe, aber wieder nicht zu oft, deshalb dürfen wir uns nicht wundern, wenn unser gut gemeintes Angebot von Einem mit Dank abgelehnt, vom Anderen angenommen wird. Dies sollte uns nicht vom Willen abbringen, Jemandem zu helfen, aber eben nur dann, wenn die Unterstützung gewollt und begrüßt wird.
- Als Begleiter muss ich wissen, wie ich mich verhalten soll. Dies gilt nur, wenn ich ständiger Begleiter bin, nicht, wenn ich nur zufälliger Begleiter bin. Jeder Sehbehinderte, der unsere Hilfe annimmt, sollte eine „kleine Schulung vornehmen“, wie wir mit ihm handeln, worauf aufmerksam machen und wie wir ihn führen sollen.

- Ein Führungshund führt seinen Herrn. Ja, er führt zwar seinen Herrn, auf der anderen Seite hört er nur dessen Anweisungen und richtet sich danach. Der Hund macht nichts ohne Wissen des Herrn – er hält am Straßenübergang an, führt ihn erst nach Aufforderung über die Straße, hält an einer Treppe an, führt erst nach Aufforderung weiter, usw.
- Wenn ich einen Blinden führe, wird er sich freuen, wenn ich unaufhörlich rede und ihm beschreibe, was ich sehe. Beim Gehen ist es natürlich möglich, zu beschreiben, wo wir gerade gehen und was wir sehen, es ist aber unnötig, mit Informationen zu übersättigen oder nur deshalb zu reden, damit es nicht still ist.

Jeder Sehbehinderte weiß, wo er bei seiner Bewegung und Raumorientierung seine schwachen, aber auch starken Seiten hat. Es ist immer erforderlich, diese auszunutzen und mit ihnen umzugehen. Wenn ein Sehbehinderter bei seiner Bewegung einen weißen Stock benutzt, kann vorausgesetzt werden, dass er die Strecke detailliert gelernt hat und sie beherrscht. Ein Instrukteur für Raumorientierung muss die Strecke so auswählen, dass sie nicht am kürzesten oder schnellsten, aber am sichersten ist. Beim Üben muss der Sehbehinderte über die Gesamtsituation und über Alles, was auf der Strecke angetroffen werden kann, informiert werden, damit er es immer in die Strecke eingliedern kann, die er schon kennt.

Raumorientierung und selbstständige Bewegung sind bei Menschen mit Sehbehinderung in ein gewisses Maß eingeschränkt, aber nicht unmöglich. Jeder Sehbehinderte hat aber Persönlichkeitsvoraussetzungen für selbstständiges Gehen und diese müssen respektiert werden.

Arbeitseingliederung

Letztes Thema, dem wir uns in dieser Publikation widmen möchten, sind die Arbeitsmöglichkeiten, denn wir erfahren immer häufiger von den Menschen mit Sehbehinderungen selbst völlig falsche Theorien einiger Arbeitgeber.

Arbeitgeber erzählen häufig ohne Hemmungen, dass sie „keinen Grund sehen, warum sie einen Sehbehinderten beschäftigen sollten, wenn er Invalidenrente hat, wenn er langsamer ist, wenn sich jemand um ihn kümmern muss und ihm mehr Aufmerksamkeit widmen muss, die dieser erforderst, usw.“ Alle genannten Vorurteile verbreiten sich leider wie eine Lawine in der Gesellschaft und wir erachten es als notwendig, sie als Abschluss dieses Kapitels durch die unten aufgeführten Behauptungen zu widerlegen:

- Sehbehinderte nehmen die Arbeit, ebenso wie die intakte Population nicht nur als Notwendigkeit zur Erlangung finanzieller Mittel zur eigenen Lebenserhaltung, aber auch als eine der Möglichkeiten zur Sozialisierung.
- Bei der Schulbildung erreichen Sehbehinderte gleiche Kenntnisse und Fertigkeiten, wenn sie einen der Sehbehinderung entsprechenden Beruf wählen, wie ihre intakten Altersgenossen und sind in der Lage, später im Arbeitsprozess die gleichen Ergebnisse zu erreichen, selbstverständlich immer unter Berücksichtigung der die Sehbehinderung betreffenden Einschränkungen. Die gegebenen Einschränkungen können dem Arbeitgeber durch Finanzanregungen und staatliche Unterstützung ersetzt werden.
 - Kein Sehbehinderter fordert vom Arbeitgeber logisch übermäßige Aufmerksamkeit.

Eine erfolgreiche Eingliederung in den Arbeitsprozess und die Hochschätzung seiner Umgebung ist Maßstab für Jeden. Im Unterschied zur intakten Population haben aber Menschen mit Sehbehinderung dieses Ziel nicht nur in den eigenen Händen, da sie, um ihre Qualitäten zu zeigen, gerade die oben beschriebenen Vorurteile überwinden müssen. Aber auch Sehbehinderte können ihr Schicksal beeinflussen, vor allem durch Höhe und Niveau ihrer Ausbildung, denn nach statistischen Aussagen – je höher die Bildung, desto höher die Chance auf eine entsprechende Arbeit.

Menschen mit Sehbehinderung sind eine sehr vielfältige Gruppe und so müssen sie gesehen werden. Wir hoffen, dass die vorhergehenden Seiten gezeigt haben, dass nicht alle Mythen wahr sind, dass Vorurteile und der sog. Hallo-Effekt abgebaut werden müssen. Vor allem muss uns bewusst werden, dass Empathie, Höflichkeit und Verstand dazu beitragen, dass wir ohne Scheu über die Inklusion der Menschen mit Sehbehinderung in die Gesellschaft sprechen können.

Verzeichnis der benutzten und empfohlenen Literatur:

1. BENDO VÁ, P., JERÁBKOVÁ, K., RŮŽIČKOVÁ, V. Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami (*Kompensationshilfsmittel für Menschen mit spezifischen Bedürfnissen*) Olomouc: VUP, 2006.
2. DIVIŠOVÁ, G. Strabismus. Praha, 1979.
3. EDELSBERGER, L. (red.) a kol. Defektologický slovník. (*Defektologisches Wörterbuch*) Jinočany: H&H, 2000.
4. FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., RŮŽIČKOVÁ, V. Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. (*Sonderpädagogik der Menschen mit Sehbehinderung*) Olomouc: UP, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5

5. FLENEROVÁ, H. Kapitoly z tyflopédie I. (*Kapitel aus der Tyflopädie*) Praha: SPN, 1985.
6. HROMÁDKOVÁ, L. Šilhání. (*Schielen*) Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991.
7. HYCL, J., VALEŠOVÁ, L. Atlas oftalmologie. (*Atlas der Ophthalmologie*) Praha: Triton 2003.
8. KVĚTOŇOVÁ, L. Oftalmopedie. (*Ophthalmopädie*) Brno: Paido, 1998.
9. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. (*Sonderpädagogie*) Olomouc: VUP 2003.
10. ROZSÍVAL, P. et al. Oční lékařství. (*Augenmedizin*) Praha: Galén a Karolinum, 2006.
11. WIENER, P. Prostorová orientace zrakově postižených. (*Raumorientierung von Sehbehinderten*) Praha: UK IRZP, 2006.

Beratungstätigkeit für gesundheitlich Behinderte – Auffassung und Beitrag des Kurses

Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.

Die zweite Projektetappe des Operationsprogramms zur Entwicklung der Personalressourcen des Europäischen Sozialfonds und MŠMT Nr. CZ 04.1.03/3.2.15.2/0281 mit der Bezeichnung „Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“ die von der Pädagogischen Fakultät der Palacký Universität in Olomouc verwirklicht wurde, war auf Kurse der Sonderpädagogik mit dem Thema Spezifiken der Beratungstätigkeit für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung aller Alterskategorien gerichtet. Der Kurs war für Sozialmitarbeiter, mittleres medizinisches Personal und Mitarbeiter der Abteilungen Gesundheits- und Sozialwesen der Behörden im Bezirk Olomouc bestimmt.

Der Kurs: Beratungstätigkeit für gesundheitlich Behinderte“ verlief von Juli bis Oktober 2007 und bot den Teilnehmern 7 Lektionen in einem Gesamtumfang von 42 Stunden. An seiner Führung beteiligte sich das gesamte Lektorenkollektiv:

- Beratung im Kontext der Dienstleistungen für Menschen mit spezifischen Bedürfnissen (Anna Kučerová)
- Konzept der Frühfürsorge (Anna Kučerová)
- Beratungstätigkeit für Menschen mit mentaler Behinderung (Petra Bendová)
- Beratungswesen für Menschen mit gestörter Kommunikationsfähigkeit (Petra Bendová)
- Beratungstätigkeit für Menschen mit Hörbehinderung (Jiří Langer)
- Beratungstätigkeit für Menschen mit Sehbehinderung (Veronika Růžičková)
- Beratungstätigkeit für Kranke mit Körperbehinderung (Petra Bendová).

Praktischer Ausgang der Verwirklichung der zweiten Etappe ist auch die Publikation „Beratungstätigkeit für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung“, welche die Erkenntnisse der einzelnen Lektionen zusammenfasst.

Die erste Kurslektion mit der Bezeichnung „Beratungstätigkeit im Kontext der Dienstleistungen für Personen mit spezifischen Bedürfnissen“ gab den Kursteilnehmern eine Einführung in die allgemeine Problematik der Beratungstätigkeit für Menschen mit spezifischen Bedürfnissen aller Altersgruppen. Sie machte mit dem System der Schulberatung, Beratung im Gesundheitswesen und Beratung im sozialen Bereich mit Betonung auf das Gesetz

Nr. 108/2006 Slg., über Sozialdienstleistungen bekannt und ermöglichte eine effektivere Orientierung im gesamten Dienstleistungskomplex für Menschen mit spezifischen Bedürfnissen und ihre Angehörigen.

In der heutigen Zeit wird dem frühen Alter eines Kindes eine große Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung zugeschrieben. Diese Tatsache erscheint bei Kindern mit spezifischen Bedürfnissen weit ausgeprägter. Die Unterstützung des Kindes mit gesundheitlicher Behinderung, seiner Familie und der Kommune ist Aufgabe der Frühfürsorge, eines verhältnismäßig jungen Fachgebiets im Bereich der Dienstleistungen für Menschen mit spezifischen Bedürfnissen. Das Wissen der Fachwelt und der Öffentlichkeit über diese Dienstleistungen ist aber immer noch unzureichend. Deshalb war die Charakteristik des Gebiets der Frühfürsorge, seine Entstehung, theoretischen Ausgangspunkte, Eingrenzung der Nutzer, des Programms, deren Anbieter und ihr Team, die Prinzipien der Dienstleistungsgewährung und die Bekanntmachung mit der Tätigkeit der Zentren für Frühfürsorge Inhalt einer selbstständigen Kurslektion mit der Bezeichnung „Konzept der Frühfürsorge“.

Die dritte Kurslektion mit dem Namen „Beratungstätigkeit für Menschen mit mentaler Behinderung“ brachte den Teilnehmern komplexe Erkenntnisse über die Beratung für Menschen mit mentaler Retardation mit Konzentration auf Koordination und Kontinuität in allen Lebensstadien von früher Intervention über Beratung nicht nur im Verlauf der Schulbildung bis hin zum Bereich der Eingliederung in den Arbeitsprozess und weitere Lebensbereiche.

Die Lektion „Beratungstätigkeit für Menschen mit gestörter Kommunikationsfähigkeit“ machte die Teilnehmer mit logopädischer Problematik bekannt, betonte die Bedeutung der zwischenmenschlichen Kommunikation, grenzte die einzelnen Störungstypen der Kommunikationsfähigkeit ein, deutete die Möglichkeiten ihrer Diagnostik und Beratungsintervention im Rahmen des System logopädischer Fürsorge in der Tschechischen Republik nach einzelnen Ressorts (MPSV, MŠMT und MZ) und des gemeinnützigen Sektors an.

Kommunikation als Hauptthema war auch Inhalt der nächsten Kurslektion mit der Bezeichnung „Beratungstätigkeit für Menschen mit Hörbehinderung“. Der Lektor machte die Kursteilnehmer mit Beratungsaktivitäten von Instituten und Organisationen bekannt, welche Menschen mit Hörbehinderung gewährt werden. Alles wieder im Sinne des komplexen Zutritts zu allen Altersgruppen – Dienstleistungen der Frühfürsorge für Familien mit Kindern mit Hör- und kombinierter Behinderung, Beratung bei der Bildung (Sonderpädagogikzentren und Beratung für Studenten mit Hörbehinderung an Hochschulen) und weitere Beratungsaktivitäten, einschließlich über das Internet, gezielt auf die gesamte Themenskala der Hörbehinderte betreffenden Problematik (Berufsberatung

für Gehörlose, Cochlear-Implantation, sozialrechtliche Beratung, Leben mit Schwerhörigkeit, Tinnitus, u.a.).

Die Beratungstätigkeit für Menschen mit Sehbehinderung überschneidet sich mit dem Dienstleistungskomplex für Menschen mit Sehbehinderung sowohl horizontal (nach einzelnen Bereichen – Schul-, Gesundheits-, Sozialberatung, im Bereich architektonischer Barrieren, Beschäftigung), als auch vertikal (von der Feststellung des Sehfehlers bis ans Lebensende – Frühfürsorge, Sonderpädagogikzentren, Hochschulberatungen, Umschulungszentren) und zeigte sich im Konzept der Lektion gleichen Namens.

Der Kurs wurde durch Lektion „Beratungstätigkeit für Menschen mit Mobilitätsstörung“ abgeschlossen. Hier hatten die Kursteilnehmer die Möglichkeit, sich die Prinzipien der Beratungstätigkeit und deren Planung für Menschen mit Mobilitätsstörung anzueignen. Sie machten sich mit den an die Mitarbeiter des Beratungsdienstes gestellten Anforderungen und mit der Tätigkeit der einzelnen, die Beratung für Menschen mit Mobilitätsbehinderung anbietenden Institutionen der Tschechischen Republik nach Ressorts bekannt.

Der gesamte Kurs war so konzipiert, dass sich die Teilnehmer Fertigkeiten für den Umgang mit den Menschen mit gesundheitlicher Behinderung aneignen konnten, Kenntnisse über die einzelnen Typen der Beratungsdienste erhielten und sich im Organisationssystem der Dienstleistungen für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung orientieren können und dadurch ihre Professionalität im Kontakt mit Menschen mit spezifischen Bedürfnissen erhöhen.

Besonderheiten bei der Kommunikation mit Menschen mit gesundheitlicher Behinderung (Blick auf Realisierung und Verlauf des dritten Kurses)

Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Die Kommunikation spielt im Leben des Menschen eine völlig grundsätzliche Rolle und der Bedarf der Kommunikation ist eines der grundlegendsten und wichtigsten menschlichen Bedürfnisse. Durch gemeinsame Kommunikation erhält und übergibt der Mensch Erkenntnisse, Erfahrungen und Informationen und entwickelt so seine Denkfähigkeit, wodurch er sich von den übrigen Lebewesen unterscheidet. Bei Störung der natürlichen Kommunikationsentwicklung kommt es dann zur eingeschränkten Entwicklung der Verstandesfunktionen und des Denkens.

Die zwischenmenschliche Kommunikation können wir aus Sicht der Kommunikationstheorie als soziale Interaktion verstehen, im engeren Sinne als Sprachhandlung. Gemeinsamer Nenner ist das Interesse an der Informationsquelle, deren Sprecher, Art der Informationsübertragung und deren Annahme durch den Adressaten. Voraussetzung für erfolgreiche und funktionierende Kommunikation (resp. soziales Handeln) ist die Existenz der (allgemein auch kulturell spezifischen) Kommunikationskompetenz. Die Kommunikationskompetenz ist der Komplex aller Kenntnisse, die dem Sprecher ermöglichen, in einer bestimmten Kulturgemeinschaft zu kommunizieren. Dieser Komplex enthält nicht nur die Kenntnis der Sprache (Sprachkompetenz), aber auch die Kenntnis, wie die Sprache in verschiedensten Kommunikationssituationen anzuwenden ist. Kommunikationskompetenz ist also zum Beispiel auch die Kenntnis, wann zu sprechen, wann zu schweigen und welche Sprachnuance in der gegebenen Situation anzuwenden ist usw. (2)

Häufigstes Instrument der menschlichen Kommunikation ist die Sprache (im Sinne jeglicher menschlicher Rede), deren Mittel gesprochene Sprachen, Zeichensprachen oder andere Kommunikationssysteme sein können. Im Falle der hörenden Majoritätsgesellschaft ist Grundkommunikationsmittel die gesprochene Sprache und deren Aneignung im frühen Kindesalter ist Grundlage für die weitere Entwicklung, Lesen, Schreiben und der sonstigen Bildungsfaktoren. Die meisten Mitglieder der Gesellschaft eignen sich die gesprochene Sprache (unter Voraussetzung günstiger Bedingungen) verhältnismäßig einfach im

Verlaufe der ersten, wenigen Lebensjahre an. Wenn aber eine ernste oder verlängerte Deprivation in irgendeinem Bereich, der für die Sprachaneignung wichtig ist, existiert, verursacht sie Kommunikations- oder Sprachprobleme. Einige Gesundheitsbehinderungen können also durch ihren Charakter eine gestörte und in einigen Fällen eingeschränkte Entwicklung der erforderlichen Kommunikationskompetenz verursachen.

Ziel des Abschlusskurses des Projekts „Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“ war deshalb die Bekanntmachung der Kursteilnehmer mit Informationen über die Problematik Kommunikation der Menschen mit gesundheitlicher Behinderung und deren Spezifiken. Inhalt der ersten Kurslektion unter der Leitung von Dr. Kučerová war die allgemeine Eingrenzung des Begriffs Kommunikation und deren Bedeutung für den Menschen, die Erklärung der zugehörigen Terminologie und die Präsentation der Grundklassifizierung der Kommunikationssysteme.

In der zweiten Lektion, ebenfalls unter Leitung von Dr. Kučerová, machten sich die Kursteilnehmer mit der Spezifik der Kommunikation von Menschen mit verschiedenen Typen Gehörbehinderung unter Ausnutzung der gesprochenen Sprache bekannt. Prioritätsstellung in der gemeinsamen Interkulturkommunikation von Menschen mit Gehörbehinderung nimmt die Wahrnehmung der gesprochenen Sprache durch Ablesen vom Mund ein. Das Ablesen oder die visuelle Perzeption der Sprache charakterisiert Dr. Kučerová als „komplexes Lesen nicht nur der Bewegung der Sprechorgane, aber der Bewegungen des ganzen Körpers, Stellung des Sprechenden, Wechseln der Entfernung zwischen den Kommunizierenden, Pausen beim Sprechen, Mimik und Gesten“. (4, S. 6). Der eigentliche Ableseprozess verläuft auf Grundlage visueller Wahrnehmung fazialer Bilder der Laute – Kineme, wobei verschiedene Kineme unterschiedlich erkennbar sind. Am Erfolg des Ablesens beteiligen sich mehrere Faktoren (Bedingungen), die in äußere (objektive und beeinflussbare) und innere (subjektive, nicht beeinflussbare) eingeteilt werden. Weiteres auf gesprochener Sprache begründetes Kommunikationsmittel ist das Fingeralphabet, das in ein- oder zweihändiger Version benutzt wird. Zur Unterstützung der Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung können auch verschiedene technische und Kompensierungsmittel ausgenutzt werden, welche dem Menschen mit der Hörbehinderung helfen, die gesprochene Sprache wahrzunehmen. Es handelt sich vor allem um Hörgeräte, Gruppenverstärker, die gesprochene Sprache sichtbar machende Hilfsmittel und das Cochlear-Implantat.

Im weiteren Teil der Vorlesung präsentierte Dr. Kučerová die Spezifik der oralen Kommunikation bei gehörlosen Menschen, Menschen mit schwerer Stufe der Hörbehinderung und im späteren Alter ertaubte Menschen. Den Kursteilnehmern

wurden die zehn Punkte der Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung und die daraus hervorgehenden Empfehlungen vorgestellt.

In der dritten Lektion band Dr. Langer an die in den vorangegangenen Vorlesungen präsentierten Informationen an und machte die Kursteilnehmer mit den Spezifiken bei der Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung über die Zeichensprache bekannt. Einleitend erfuhren die Teilnehmer Erkenntnisse über die Grundunterschiede der Kommunikation mithilfe visuell-motorischer Kommunikationssysteme. Hierzu gehören zum Beispiel die Notwendigkeit des ununterbrochenen Augenkontakts, effektive Ausnutzung der Mimik, häufigere Störung des persönlichen Zone, spezifische Arten, die Aufmerksamkeit zu fesseln u. a. Eine effektive und vollwertige Kommunikation ist bei Menschen mit Hörbehinderung absolut notwendig für ihre aktive Eingliederung in die Gesellschaft. Deshalb sollte eine der Aufgaben für alle helfenden Berufe und Personen, die mit Menschen mit Gehörbeschädigung in Kontakt kommen, die Bemühung sein, die Persönlichkeit des Menschen mit Hörbehinderung, seine Sprach- und Sozialkompetenz zu entwickeln und ihm so die Möglichkeit einer bestmöglichen Sozialisierung in die hörende Majoritätsgesellschaft zu geben.“ (5, S. 13)

Der nächste Teil der Vorlesung wurde der Erklärung einiger Grundtermini und Begriffe gewidmet, die im Zusammenhang mit der Kommunikation mit Hörbehinderten benutzt und sehr häufig nicht ganz richtig begriffen werden. An praktischen Beispielen konnten die Teilnehmer die Unterschiede zwischen den einzelnen Kommunikationssystemen beobachten, die zusammenfassend als „Zeichensprache“ gekennzeichnet sind. Anschließend trug Dr. Langer Grundinformationen über die tschechische Zeichensprache, deren Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen mit Hörbehinderung, Spezifiken beim Studieren der Zeichensprache, ihre linguistischen Eigenschaften und heutigen Stellung vor.

Der Abschluss der Lektion war der Problematik von Dolmetscherdiensten für Menschen mit Hörbehinderung gewidmet. Die Kursteilnehmer wurden so über den Dolmetschprozess als solchen, seiner Typen, den Bedingungen, die eingehalten werden müssen, dem gegenwärtigen Stand bei dessen Sicherstellung für Gehörlose in der Tschechischen Republik informiert und diskutierten über den ethischen Kodex des Dolmetschers für Zeichensprache.

Mit Fragen der Kommunikation mit Menschen mit gestörter Verständlichkeit und Flüssigkeit der Sprache machte die Teilnehmer Dr. Bendová vertraut und hob gleich in der Einleitung die Bedeutung der Kommunikation als eine der Grundvoraussetzungen für die Existenz des Menschen in der Gesellschaft hervor. Dr. Bendová konzentrierte sich in ihrer Vorlesung auf 10 Kreise (Diagnosen) gestörter Kommunikationsfähigkeit und deren Spezifiken (Palatolalie und

Rhinolalie, Dyslalie, Entwicklungsdysphasie, Balbuties, Tumultus Sermonis, Mutismus, Aphasie, Menschen mit mittelschwerer und schwerer mentalen Retardation, Dysarthrie und Dysphonie bis Afonie).

Jede dieser gestörten Kommunikationsarten wurde den Anwesenden mithilfe praktischer Beispiele und Videoaufnahmen näher gebracht. Anschließend erhielten die Teilnehmer praktische Ratschläge für effektives Bewältigen der Kommunikation mit dem Klienten einer der oben angeführten Diagnosen der gestörten Kommunikationsfähigkeit.

In der folgenden Lektion widmete sich Dr. Bendová Mitteln der augmentativen und alternativen Kommunikation bei Menschen mit körperlicher und kombinierter Behinderung, die kurz als Systeme AAK gekennzeichnet werden. Deren Ziel ist besonders die „Möglichkeit zur Entstehung eines Kommunikationsdefizits zu minimalisieren und die Schaffung eines neuen Unterstützungs- oder Hilfskanals ist, der den Menschen mit körperlicher oder kombinierter Behinderung ermöglicht, gleichwertige Kommunikationspartner zu werden.“ (1, S. 43)

Zunächst wurden den Teilnehmern die Spezifiken der alternativen und augmentativen Kommunikation, deren Bedeutung und Klassifizierung erklärt. Es folgte eine Bekanntmachung mit den Gesichtspunkten und Ausgangspunkten bei Wahl des optimalen Kommunikationssystems für den konkreten Klienten und Aspekte der AAK-Ausnutzung in der Praxis. Den restlichen Teil der Vorlesung widmete sich Dr. Bendová Charakteristiken und praktischen Beispielen der einzelnen Systeme der alternativen und augmentativen Kommunikation (Piktogramme, System Bliss, Makaton und Zeichen in die Sprache).

Über die Problematik der Kommunikation mit Sehbehinderten sprach zu den Kursteilnehmern Dr. Růžičková und grenzte schon in der Einleitung der Vorlesung konkrete Faktoren und Aspekte der Sehfunktionen und weitere Umstände, die Einfluss auf die Kommunikation mit Sehbehinderten haben und deren einzelne Kategorien (z. B. Blinde, Menschen mit Restsehvermögen, Schwachsichtige, Menschen mit gestörtem Gesichtsfeld, Sehschärfe, Farbgefühl, Verarbeitung der Seh wahrnehmungen und Menschen mit Störungen der Augenmobilität) ein, da „jede der genannten Gruppe der Sehbehinderten während der schriftlichen oder mündlichen Kommunikation bestimmte Anforderungen an Anpassung und Spezifiken hat.“ (6, s. 28)

Danach machten sich die Teilnehmer mit den Kommunikationsgrundsätzen mit Menschen der einzelnen Stufen der Sehbehinderung mithilfe gesprochener Sprache bekannt, wobei Dr. Bendová Prinzipien, Empfehlungen, konkrete Ratschläge und Regeln aufführte, die für eine effektive Kommunikation eingehalten werden müssen. Der nächste Teil der Vorlesung war der schriftlichen Kommunikation Sehbehinderter gewidmet, besonders wurde dann die Braille

– Punkschrift vorgestellt. Zum Abschluss erhielten die Teilnehmer Erkenntnisse über Tyflotechnik und probierten die Arbeit mit den technischen Hilfsmitteln aus, die Sehbehinderten die Kommunikation erleichtern (Picht Schreibmaschine, Prager Tabelle, digitales Lesegerät für Blinde, Brailledisplay, u. a.).

Ziel des ganzen Kurses und seiner einzelnen Lektionen war Erreichen von Grundkenntnissen über die Spezifiken, Abweichungen und Besonderheiten bei der Kommunikation von Personen mit verschiedenen gesundheitlichen Behinderungen. Die Vortragenden bemühten sich deshalb, alle Informationen in moderner, attraktiver Form unter Ausnutzung praktischer Beispiele, didaktischer Technik und Erlebnislernen, zu präsentieren. Wir glauben deshalb, dass das Ziel erreicht wurde und die Kursteilnehmer nützliche Kenntnisse mitnahmen, die sie bei einem eventuellen weiteren Studium mit sonderpädagogischer Thematik und in ihrer Arbeit anwenden können.

Verzeichnis der benutzten und empfohlenen Literatur:

1. BENDO VÁ, P. Prostředky augmentativní a alternativní komunikace u osob s tělesným a kombinovaným postižením. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. (*Mittel der augmentativen und alternativen Kommunikation bei Menschen mit körperlicher und kombinierter Behinderung. In Autorenkollektiv. Spezifiken der Kommunikation der Menschen mit gesundheitlicher Behinderung*) Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. S. 43–48. ISBN 978-80-244-1935-0.
2. Kolektiv autorů. Encyklopedický slovník češtiny. (*Enzyklopädisches Wörterbuch der Tschechischen Sprache*) Praha: Lidové noviny, 2002, 604 S. ISBN 80-7106-484-X.
3. Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. (*Spezifiken der Kommunikation von Menschen mit gesundheitlicher Behinderung*) Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 48 S. ISBN 978-80-244-1935-0.
4. KUČEROVÁ, A. Zásady a techniky zlepšení podmínek vnímání mluvené řeči v rámci komunikace s osobami se sluchovým postižením. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. (*Grundsätze und Techniken der Bedingungen für die Wahrnehmung gesprochener Sprache im Rahmen der Kommunikation mit Gehörbehinderte. In Autorenkollektiv. Spezifiken der Kommunikation von Personen mit gesundheitlicher Behinderung*) Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. S. 5-11. ISBN 978-80-244-1935-0.
5. LANGER, J. Komunikace s osobami se sluchovým postižením prostřednictvím znakového jazyka. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. (*Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung mit*

- tels Zeichensprache. In Autorenkollektiv. Spezifiken der Kommunikation von Personen mit gesundheitlicher Behinderung*) Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. S. 13-26. ISBN 978-80-244-1935-0.
6. RŮŽIČKOVÁ, V. Komunikace s osobami se zrakovým postižením. In Kolektiv autorů. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. (*Kommunikation mit Menschen mit Sehbehinderung. In Autorenkollektiv. Spezifiken der Kommunikation von Personen mit gesundheitlicher Behinderung*) Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. S. 27-34. ISBN 978-80-244-1935-0.

Kontakt

Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Kateder Sonderpädagogik PdF UP

Žižkovo nám. 5

771 40 Olomouc

Tel.: 585 635 322

E-Mail: jiri.langer@upol.cz

URL: <http://ksp.upol.cz>

Änderung der Einstellung der Kursteilnehmer zu Menschen mit spezifischen Bedürfnissen (Präsentation der Umfrageergebnisse)

PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Der in der Gesellschaft lebende Mensch bewegt sich ab seiner Geburt in einem Netz sozialer Bindungen und Beziehungen. Diese sind zunächst auf eine enge soziale Umgebung (Familie) beschränkt. Später expandiert der Mensch auch in die Sphäre der breiteren sozialen Umgebung. Während dieses sozialisierenden Prozesses werden seine Persönlichkeit geformt, seine Verhaltensmuster geformt, entwickeln sich Kommunikationskompetenzen usw.

Der Sozialisierungsprozess ist ein langfristiger Prozess. Bei Menschen mit gesundheitlicher Behinderung beteiligen sich daran unter anderem auch Mitarbeiter unterstützender Berufe. Diese sollten sich immer um die Schaffung eines Vertrauensgefühls mit den Klienten (vor allem dem Patienten, Schüler, Leistungsnehmer) bemühen, sollten weiter geduldig, emphatisch und offen sein. Zu den Problemen und Bedürfnissen des Patienten sollten sie immer empfindsam, gefühlvoll sein, ihn bei der Bewältigung von Krisensituationen unterstützen und ihn lehren, diese Situationen (wenn möglich) zu vermeiden. Der Klient muss auch, und dies nicht nur im Verlauf des Edukations-, aber auch des Behandlungsprozesses, motiviert werden, es muss ihm ausreichend Raum zur Arbeit (Erfüllung von Arbeitsaufgaben, Eigenbedienung usw.), aber auch zur Erholung gegeben werden. Die Leistungen der Klienten müssen immer objektiv gewertet werden und im Rahmen der Bewertung sollte nicht mit seinen Mängeln (bzw. Fehlern), aber vor allem mit den positiven Ergebnissen, die sie in Teilbereichen der Persönlichkeitsentwicklung erreichen, gearbeitet werden. Alle diese Tatsachen sollten auf Grundlage einer gleichberechtigten (Partner-) Beziehung zwischen dem Mitarbeiter des Hilfsberufs und dem Klienten realisiert werden.

Die Beziehungsqualität zwischen dem Mitarbeiter und dem Klienten spiegelt sich erheblich im Bereich des Gelegenheitsausgleich für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung und auch in den Bereichen Humanisierung und Demokratisierung ihres Lebens und ebenfalls in der Sphäre ihrer gesellschaftlichen Integration und Inklusion wider.

Mit dem Ziel, den Mitarbeitern der gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen im Bezirk Olomouc wenigstens eine Grundausbildung im Bereich der Sonderpädagogik zu geben und dadurch zur Qualitätserhöhung der Fürsorge um Menschen mit gesundheitlicher Behinderung beizutragen, wurde das

Projekt „Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“ realisiert. Im Verlaufe des Zyklus hatten die Kursteilnehmer die Möglichkeit, sich mit den Grundlagen der Sonderpädagogik, mit dem Beratungssystem für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung und den Besonderheiten der Kommunikation mit ihnen bekannt zu machen. Zum Abschluss des Kurszyklus wurden die Änderungen in der Einstellung der Teilnehmer zu ihren Klienten untersucht.

Zu diesem Zweck wurde im Rahmen des Projekts „Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“ ein Fragebogen mit 10 Positionen ausgearbeitet. Die ersten beiden dienten der Sammlung der grundlegenden anamnestischen Daten über die Befragten. Der Fragebogen wurde den Kursabsolventen im Februar 2008 entweder durch persönlichen Kontakt oder über E-Mail übergeben.

Auf die unten aufgeführten Positionen antworteten 54 der 70 angesprochenen Teilnehmer der Kurse Nr. 1 Grundlagen der Sonderpädagogik, Nr. 2 Beratungstätigkeit für Menschen mit spezifischen Bedürfnissen und Nr. 3 Spezifiken der Kommunikation von Menschen mit gesundheitlicher Behinderung.

Das Forschungsmuster bildeten 52 Frauen und 2 Männer. Die Alterskategorie der Befragten war verhältnismäßig breit, von 18-55 Jahren, die meisten Befragten (d. h. 22) waren im Alter von 36-45 Jahren (siehe Tabelle).

Tabelle Nr. 1 Alter der Befragten

Alter	Anzahl der Befragten	Anzahl in %
18–25 Jahre	2	3,7
26–35 Jahre	18	33,3
36–45 Jahre	22	40,7
46–55 Jahre	12	22,3

Im Rahmen der auf die Änderung der Einstellung der Befragten gerichteten Untersuchung wurde ermittelt, mit welchem Ziel sie am Kurs teilnahmen. Häufigstes Motiv zur Absolvierung war Erhöhung der Qualifikation und das Bemühen zur Erweiterung der Kenntnisse auf dem Gebiet der Sonderpädagogik und damit das Erreichen neuer Anregungen für die eigene Arbeit. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Befragten mehrfach antworten konn-

ten, sind die einzelnen Varianten schematisch in der unten aufgeführten Tabelle Nr. 2 dargestellt.

Tabelle Nr. 2: Kursziel

Schematischer Ausdruck des Kursziels (siehe Legende)	Anzahl der Befragten	Anzahl in %
A	6	11,1
E	2	3,7
D	2	3,7
a+b	2	3,7
a+e	2	3,7
b+e	11	20,4
c+d	2	3,7
a+b+c	7	13,0
a+b+e	6	11,1
b+c+e	2	3,7
b+d+e	2	3,7
a+c+d+e	2	3,7
a+b+c+d+e	8	14,8

Legende:

a = Erweiterung der Kenntnisse im Bereich Sonderpädagogik (Grundlagen der SP, Beratungstätigkeit, Kommunikation)

b = Begreifen der Besonderheiten der Menschen mit gesundheitlicher Behinderung

c = Erlangen von Anregungen für meine Arbeit

d = auf Anregung des Arbeitgebers – zur Erhöhung der Qualifikation

e = zur Erhöhung der Qualifikation – aus eigenem Interesse, mehr über die gegebene Problematik zu erfahren

f) sonstiges – ergänzen Sie

Weiter wurde ermittelt, ob der Kursinhalt die Erwartungen der Befragten erfüllte. Auf diese Frage antworteten 50 (d. h. 92,6%) der Befragten positiv = Ja und 4 (d. h. 7,4%) antworteten, dass sie nicht in der Lage sind, diese Tatsache relevant zu beurteilen. (Bem. Keiner der Kursteilnehmer antwortete, dass seine Erwartungen nicht erfüllt wurden.)

Untersuchungsgegenstand war auch die Änderung der Beziehung der Befragten zu den Klienten (Schülern, Leistungsnehmern, Patienten). 48 (d. h. 88,9%) von 54 Befragten führten an, dass sich ihrer Meinung nach dank der Informationen und vermittelten Erfahrungen ihre Beziehung zu den Klienten im positiven Sinne änderte, 4 (d. h. 7,4%) sind nicht fähig diese Tatsache zu beurteilen und 2 (d. h., 3,7% sind der Meinung, dass ihre Beziehung zu den Klienten unverändert blieb.

Weiter bemühten sich die Befragten in Form einer Autoevaluation die Erhöhung der Empathie, d. h. die Fähigkeit sich in die Probleme und Situation der Menschen mit gesundheitlicher Behinderung einzufühlen, durch Absolvieren der Kurse zu beurteilen. 46 (d. h. 85,2%) von 54 Befragten gibt an, dass es zur Erhöhung der Empathie auf ihrer Seite kam, dass sie jetzt besser ihre Klienten, ihre Bedürfnisse, ihre Gesamtsituation mit den Problemen des täglichen Lebens wahrnehmen. 6 der Befragten (d. h. 11,1%) können dies nach eigener Aussage nicht beurteilen und 2 (d. h. 3,7%) haben keine Änderung der Einstellung in diesem Sinne an sich festgestellt.

Die Kurse setzten sich zum Ziel, auch die Beziehung zwischen dem „Professionellen und dem Menschen mit gesundheitlicher Behinderung“ zu verbessern. nach Meinung von 52 (d. h. 96,3%) der 54 Befragten kam es wirklich zur Erfüllung dieses Ziels, 2 (d. h. 3,7%) können diese Tatsache ihrer Meinung nach nicht adäquat beurteilen.

Bewertet wurde auch die Änderung der Einstellung zu den Klienten vonseiten der Befragten, hervorgehend aus der Kenntniserweiterung durch Absolvieren der oben genannten Kurse. 40 von 54 Befragten (d. h. 74,1%) bemerkten an sich diese Änderungen und 14 (25,9%) können diese Tatsache nicht optimal beurteilen.

Der Abschluss des Fragebogens wurde der Meinung der Befragten gewidmet, die Barrierenbeseitigung zwischen der intakten Population und Menschen mit gesundheitlicher Behinderung auf Grundlage der Veranstaltung von Kursen dieses Charakters betreffend. 50 (d. h. 92,6%) der Befragten meinen, dass die Kursabsolvierung zur Senkung der Barrieren beiträgt, 4 (d. h. 7,4%) können diese Tatsache nicht beurteilen.

Aus den Ergebnissen der Umfrage geht eindeutig hervor, dass das Absolvieren von auf die Problematik der Menschen mit gesundheitlicher Behinderung gerichteten Kursen zu positiven, qualitativen Änderungen in den Beziehungen zwischen den Mitarbeitern der unterstützenden Berufe (Sozialdienstleistungsanbieter, Mitarbeiter sozialer Dienste, Pädagogen und medizinischen Personals) und ihren Klienten (Empfänger der Sozialdienstleistungen, Schülern, Patienten) führt. Auf Grundlage der gesammelten Angaben kann konstatiert werden, dass Kurse dieses Charakters zur Optimalisierung der Fürsorge um Menschen mit gesundheitlicher Behinderung, in Institutionen sozialen, medizinischen oder auch pädagogischen Typs führen. Mit Hinsicht auf die Breite der Problematik der Menschen mit gesundheitlicher Behinderung, im Kontext der positiven Einschätzung der Ergebnisse z. B. bei der Änderung der Einstellung zu den Empfängern der Sozialdienstleistungen, Patienten, Schüler, wäre es günstig, in diesem Sinne durch einen weiteren Kurszyklus, die bisherigen Kenntnisse der Teilnehmer vertiefend, anzubinden.

Verzeichnis der benutzten und empfohlenen Literatur:

1. HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Poradenské teorie a strategie. (*Beratungstheorie und Strategie*) Praha: UK, 2002. ISBN 80-7290-098-6.
2. HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Intervence. (*Intervention*) Praha: UK, 2004. ISBN 80-7290-146-X.
3. HAWKINS, P. SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích. (*Supervision helfender Berufe*) Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
4. LUDÍKOVÁ, L. a kol. Kvalitní poradenství – záruka kvality života: sborník příspěvků z konference projektu Poradensko informační centrum pomoci pro osoby se zdravotním postižením (PIC), Iniciativa Společenství INTERREG IIIA ČR-SR: (*Gute Beratung – Garantie der Lebensqualität: Beiträge der Konferenz des Projekts Beratungs-Informationszentrum der Hilfe für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung (PIC), Initiative der Gemeinschaft INTERREG IIIA ČR-SR*) Vsetín, 11. Oktober 2006. Vsetín: Vereinigung der Mikroregion Vsetín, 2007. ISBN 978-80-239-8711-9.
5. LUDÍKOVÁ, L. (ed.) Poradenství pro osoby se zdravotním postižením. (*Beratung für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung*) Olomouc: VUP, 2007. ISBN 978-80-244-1799-8.
6. NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. (*Grundlagen der Sonderberatung*) Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
7. OPEKAROVÁ, O. Kapitoly z výchovného poradenství: školní poradenské služby. (*Kapitel aus der Erziehungsberatung: Schulberatungsdienste*) Praha: Univerzita J. A. Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-35-8.

8. POLÍNEK, M.D. (ed.) Poradenství pro osoby se specifickými potřebami v zemích Evropské unie. (*Beratung für Menschen mit spezifischen Bedürfnissen in den Ländern der Europäischen Union*) Olomouc: VUP, 2007. ISBN 978-80-244-1733-2.
9. SOBEK, J. A KOL. Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením. (*Menschenrechte im täglichen Leben, Menschen mit mentaler Behinderung*) Praha: Portus o.s., 2007. ISBN 978-80-239-9400-1.
10. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Psychologie handicapu. (*Psychologie des Handicaps*) Liberec: TUL, 2003. ISBN 80-7083-790-X.

Bericht über die Supervision im Rahmen des Projekts ESF „Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“

Doz. PhDr. Eva Souralová, Ph.D.

Die Projektlösung wurde durch gegenwärtige Tendenzen des Staats initiiert, welcher den Menschen mit gesundheitlicher Behinderung, besonders der Saturation ihrer speziellen Bedürfnisse systematische Aufmerksamkeit widmet. Im Zusammenhang mit dem Umstrukturierungskonzept der Edukationseinstellung und Absicherung des gleichen Zutritts zu Informationen kommt es allmählich zur Unterstützung der Arbeitseingliederung der Menschen mit gesundheitlicher Behinderung, wodurch ein Schritt zur Erfüllung des viel proklamierten Gedankens des sozialen Gerechtigkeit gemacht wird.

Bestandteil der graduellen Entwicklung in der Einstellung zu Menschen mit gesundheitlicher Behinderung ist eine Erweiterung des Kenntnisse aller, die sich mit diesen Menschen in ihrem Beruf treffen, da die Bekanntmachung mit der Art der Überwindung dieser physischen, psychischen und kommunikativen Barrieren im Kontakt mit Menschen mit gesundheitlicher Behinderung wesentlich zur Qualitätserhöhung der angebotenen Leistungen beiträgt. Die Informiertheit der Mitarbeiter der medizinischen Einrichtungen und Sozialabteilungen des Bezirks Olomouc ermöglicht die Absicherung der Lebensperspektive und der Lebensqualität für Menschen mit speziellen, durch die konkrete Art der gesundheitlichen Behinderung strukturierten Bedürfnissen.

Der Projektverlauf wies nach, dass das vorgeschlagene Konzept den gegenwärtigen Bedarf der Zielgruppe, Mitarbeitern medizinischer Einrichtungen und Sozialabteilungen des Bezirks Olomouc, akzeptiert. Der dreistufige Charakter der Kurse ermöglichte die Präsentation einer breiten Themenwahl, in die fachliche und gesellschaftliche Aspekte der Einstellung zu Menschen mit speziellen Bedürfnissen eingefasst wurden. Die Genese der einzelnen Themen respektierte den chronologischen Ablauf bei der Informationspräsentation, der Inhalt der Kurse Grundlagen der Sonderpädagogik, Beratungstätigkeit für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung und auch Spezifiken der Kommunikation von Menschen mit gesundheitlicher Behinderung reflektierte den mit der Weiterbildung im Bereich Sonderpädagogik zusammenhängenden Bedarf.

Das an der Lösung der Projektaufgabe beteiligte Lektorenkollektiv war unter Berücksichtigung der vielfältigen Struktur der Menschen mit gesundheitlicher Behinderung und deren spezifischen Bedürfnissen zusammengestellt. Alle Kollektivmitglieder erfüllen die Qualifikationsvoraussetzungen für Lektoren. Ihre fachliches Niveau wird durch reiche wissenschaftliche Tätigkeit, Publikationen und Vorlesungen in enger Anbindung an die empirische Applikation der theoretischen Kenntnisse bei Lösung konkreter Situationen in der Praxis dokumentiert. Diese Tatsache bewerteten auch die Teilnehmer aller drei Kursmodule positiv.

Der Verlauf der Projektrealisierung wurde aus Sicht der Kursteilnehmer durch Evaluationsfragebögen, deren Zweck die Feststellung des Beitrages der präsentierten Problematik für die berufliche Spezialisierung der Teilnehmer und der Anwendung der erlangten Kenntnisse in der Praxis, verfolgt. Die Angaben aus den Evaluationsfragebögen wurden nach Abschluss der einzelnen Lektionen ausgewertet und dem Kurslektor und Projektleiter mitgeteilt. Den Teilnehmern standen für das Ausdrücken ihrer Meinung im ersten und zweiten Modul eine Bewertungsskala von 1 bis 10 Punkten zur Verfügung. 10 Punkte bedeuteten dabei die höchste Bewertung. Im dritten Modul wurde die Beurteilung der einzelnen Lektionen geändert, zur Bewertung wurde eine Skala von 1 bis 5 Punkten benutzt, wobei 1 Punkt die beste Bewertung und 5 Punkte die schlechteste Bewertung bedeuteten. Diese Änderung wirkte sich positiv auf die Bewertung der einzelnen Teilnehmer, als auch die Administration des Projekts aus.

Der Evaluationsfragebogen war so zusammengestellt, dass die vier Grundbereiche untersucht wurden: Aktualität des Themas hinsichtlich professioneller Ausrichtung, Präsentation des Themeninhalts, Präsentation des Themas von formeller Seite und Bewertung des Vortrags des Lektors.

Im ersten verfolgten Bereich Aktualität des Themas hinsichtlich der beruflichen Ausrichtung wurden die größten Schwankungen in der Bewertung festgestellt, die Befragten nutzten zum Ausdruck ihrer Meinung die gesamte angebotene Punktskala. Da die Befragten von verschiedenen, eng spezialisierten Arbeitsplätzen kamen, ist dieses Ergebnis völlig verständlich und ist nicht an die Qualität der Lektion gebunden, da die Abschlussbewertung, formuliert als Gesamtbeitrag, sich immer in der höchsten oder zweithöchsten Punktbewertung befand.

Im Bereich, welcher die Präsentation des Themeninhalts verfolgte, konnten sich die Teilnehmer zum fachlichen Niveau des Vortrags, Anwendung adäquater Termine, Aktualität der Erkenntnisse, Gesamtkomposition und logischem Aufbau, Anteil der theoretischen Informationen und deren praktischer Anwendung ausdrücken. In der Themenpräsentation von formeller Seite wurde verfolgt, wie der Lektor moderne technische Hilfsmittel ausnutzt, ob den

Teilnehmern ergänzendes Informationsmaterial geboten wurde und in welchem Maß das aktuelle Niveau der Zuhörer im Zusammenhang mit dem Anspruch des Themas akzeptiert wurde. In der Bewertung des Vortrags konnte dann die Qualität des Vortrags und die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme mit den Zuhörern, die Reaktionsfähigkeit bei Diskussionen im Verlauf der Lektionen und bei der abschließenden Zusammenfassung der wesentlichen Gedanken bewertet werden. Die Evaluationsfragebögen zeigten in allen diesen Bereichen identische Angaben, bei allen Lektoren war die Bewertung in der höchsten oder zweithöchsten Stufe der Punktskala.

Die Validität der Angaben aus den Evaluationsfragebögen wurde im Kursverlauf durch Supervisor verifiziert. Die Diskussion mit den Kursteilnehmern bestätigte eindeutig die positive Bewertung der Themenwahl der Lektionen und auch die fundierten Vorträge der Lektoren.

Positiv kann auch das komplette Informationsmaterial in Form von Fachpublikationen, gezielt geschaffen für Mitarbeiter, die sich in ihrem Beruf mit Menschen mit gesundheitlicher Behinderung treffen, bewertet werden. Der Text der Publikation wurde auf Grundlage entsprechender theoretischer Ausgangspunkte und deren praktischer Anwendung geschaffen, der Charakter der Eingangsinformationen ist relevant mit dem festgelegten Projektziel.

Abschließend kann konstatiert werden, dass das Lösungskollektiv nach festgelegtem Ziel mit positivem Ergebnis auf die prägnant gewählte Zielgruppe vorging. Von formeller und inhaltlicher Seite wurden in der Lösung des Projekts keine Mängel festgestellt.

**Sborník příspěvků ze závěrečné konference k projektu ESF
„Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání
rozšiřujících kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky“**

•

**Memorial volume of entries at the concluding conference on the ESF project
“Creation and implementation of courses within lifelong education,
expanding qualification in the field of special education”**

•

**Sammelwerk der Beiträge von der Abschlusskonferenz zum Projekt ESF
„Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen
zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik“**

Editor Liduše Ludíková

Výkonný redaktor

Odpovědná redaktorka Mgr. Jana Kreiselová

Technický redaktor Mgr. Petr Jančík

Návrh obálky

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

www.upol.cz/vup

e-mail: vup@upol.cz

Olomouc 2008

1. vydání

Ediční řada – Sborníky

ISBN 978-80-244-1977-0