

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Prevence specifických poruch chování a učení v předškolním věku
Prevention of specific behavioral and learning disorders in pre-school
age

Tereza Vacková

Vedoucí práce: prof. PaedDr. Miroslava Bartoňová, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie s rozšířením o speciální pedagogiku

Praha, 2020

Prohlášení:

Předloženou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a všechny citace a prameny řádně vyznačil v textu. Veškerou použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v příloženém seznamu literatury. Současně souhlasím s tím, aby tato práce byla zpřístupněna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze, 3.5 2020

.....

podpis

Ráda bych tímto poděkovala prof. PaedDr. Miroslavě Bartoňové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a komentáře po celou dobu zpracovávání bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat odborníkům a rodičům, kteří se podíleli na vzniku praktické části za jejich otevřený přístup.

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku prevence specifických poruch chování a učení u dětí v předškolním věku. Cílem bakalářské práce bylo zjistit povědomí a zkušenosti rodičů o preventivních opatřeních u dětí v předškolním věku a dopady realizovaných preventivních opatření. V teoretických východiscích je popsána problematika prevence, specifických poruch chování a specifických poruch učení. Práce se dále zabývá včasným odhalením poruchy a spoluprací a komunikací mezi rodiči a odborníky a odborníky samotnými. Empirickou část tvoří smíšený výzkum – závěry zpracování dotazníku, polostrukturovaný rozhovor s rodičem, s psychologem a speciálním pedagogem/logopedem a případové studie. První výzkumnou technikou byl dotazník, který byl zaměřen na zjištění povědomí a zkušenosti rodičů o preventivních opatřeních, jejich spokojenost s nastavením a jejich realizací. Dále byly zpracovány tři případové studie, které nám ukázaly dopad realizovaných preventivních opatření, pohledy a postoje rodiče a odborníků na danou problematiku. Pro zpracování a věrohodnost závěrů byla dále využita technika rozhovoru, který byl realizován s poradenským pracovníkem (psychologem, speciálním pedagogem/logopedem) a s rodičem. Rozhovory byly zaměřeny na informovanost rodiče o preventivních programech, včasnou informovanost ze strany odborníků, spokojenost s nastavením a realizací preventivních programů a průběhem reedukace z pohledu rodiče a odborníka. Bakalářská práce ukázala, jakou mají rodiče obecnou povědomost o prevenci a v kolika letech, popřípadě, jak a kým, jsou informováni v oblasti preventivních opatření.

Klíčová slova

Prevence, Specifické poruchy chování, Specifické poruchy učení, Dotazník, Rozhovor, Kazuistiky

Abstract

This bachelor thesis deals with prevention of specific behavioural and learning disorders in preschool children. The bachelor thesis is aimed to find out the awareness and experience of parents about preventive measures for preschool children and the impacts of implemented preventive measures. The theoretical part of thesis describes the issues of prevention, specific behavioural disorders and specific learning disabilities. The work also deals with the early detection of the disorder, cooperation, communication between involved parties. The empirical part consists of mixed research — the result of the questionnaire, a semi-structured interview with a parent, a psychologist, a special ed teacher/speech therapist, and case study. The first research technique was a questionnaire, which was focused on finding out the awareness and experience of parents about preventive measures, their satisfaction with the setting, and their implementation. Furthermore, three case studies were prepared, which showed us the impact of implemented preventive measures, views, and attitudes of parents and experts on the issue. For the elaboration and credibility of the conclusions, the technique of interview was also used, which was carried out with a counsellor (psychologist, special ed teacher/ speech therapist) and a parent. The interviews were focused on the parent's awareness of prevention programs, intervention of experts, satisfaction with the setting and implementation of prevention programs, and the course of re-education from the perspective of parents and professionals. The bachelor's thesis showed the general awareness of parents about prevention and in how many years, or how and by whom, they are informed in the field of preventive measures.

Key words

Prevention, Specific behavioural disorders, Specific learning disorders, Questionnaire, Interview, Case Studies

Obsah

Úvod.....	8
1 Vymezení prevence a její účinnost.....	9
1.1 Prevence a její dělení.....	9
1.2 Postavení rodiny a její přístupy.....	10
1.3 Prevence ve školských poradenských zařízeních.....	14
1.4 Charakteristika předškolního vzdělávání	16
1.5 Preventivní programy a metody.....	18
2 Specifické poruchy chování.....	23
2.1 Vymezení pojmu a příčiny vzniku ADHD/ADD.....	23
2.2 Faktory ovlivňující edukaci dětí s ADHD/ADD.....	25
2.3 Osobnost dítěte s ADHD/ADD.....	27
2.4 Intervenční přístupy k dětem s ADHD/ADD.....	28
3 Specifické poruchy učení.....	33
3.1 Terminologie a vymezení specifických poruch učení.....	33
3.2 Etiologie specifických poruch učení.....	36
3.3 Osobnost dítěte předškolního věku.....	38
3.4 Deficity dílčích funkcí.....	40
4 Prevence specifických poruch chování a učení v předškolním věku.....	43
4.1 Cíl bakalářské práce, metodika šetření.....	43

4.2 Charakteristika sledovaného souboru a technik šetření.....	44
4.3 Interpretace výsledků šetření.....	47
4.3.1 Dotazníkové šetření.....	47
4.3.2 Případové studie a rozhovory.....	61
4.4 Závěry výzkumného šetření.....	76
4.5 Diskuze.....	82
Závěr.....	84
Seznam použitých zdrojů.....	85
Přílohy.....	88

Úvod

V bakalářské práci se zaměřujeme na téma Prevence specifických poruch chování a učení v předškolním věku. Výběr tématu ovlivnila moje zkušenost z Dětského integračního centra a z mateřské školy speciální, kde jsem se poprvé setkala s prevencí v praxi. Dále pak praxe v soukromém poradenství, kde jsem vypomáhala a vypomáhám v kurzu Předškolák a dále na letní dětské terapeutické skupině. Uvědomila jsem si, jak je prevence důležitá a působí na další vývoj dítěte. Obzvláště prevence v předškolním věku může zamezit či zmírnit rozvoj různých poruch a snížit riziko jejich působení a vlivu. Výskyt specifických poruch chování a učení je dnes známým tématem. U dětí, žáků dochází k časté kombinaci těchto dvou poruch. Včasná informovanost, prevence a zachycení diagnózy může výrazně předcházet zmíněným poruchám a ovlivnit další vývoj dítěte.

Cílem bakalářské práce je specifikovat, jaké mají rodiče povědomí o prevenci specifických poruch chování a učení, jaké jsou zkušenosti rodičů dětí předškolního věku v oblasti preventivních opatření. Klade důraz na obeznámenost rodičů, spolupráci a komunikaci mezi rodiči a odborníky a odborníky samotnými.

V teoretické části se zaměřujeme problematice prevence, specifickým poruchám chování a učení. V první kapitole je popsána prevence, její vymezení, účinnost a dělení, role a přístup rodiny, prevence ve školském poradenském zařízení, charakteristika předškolního vzdělávání a deficity dílčích funkcí. Ve druhé kapitole se zabýváme terminologií, etiologií a faktory ovlivňující edukaci dětí s ADHD/ADD, osobností dítěte a učitele v průběhu edukace, intervenčními přístupy a preventivními programy a metodami. Ve třetí kapitole se pak věnujeme specifickým poruchám učení.

V empirické části je stanoven výzkumný cíl, je zpravována pomocí smíšeného výzkumu, základní technikou je dotazník zadaný rodičům dětí předškolního věku, polo strukturovanými rozhovory s rodičem, s psychologem a speciálním pedagogem. Na základě zjištěných výzkumů byly zpracovány dvě případové studie dětí, pomocí nichž prezentujeme dopad realizovaných preventivních opatření.

1 Vymezení prevence a její účinnost

1.1 Prevence a její dělení

Prevence pochází původem z latinského slova *praevenire*, znamenající předcházení či opatření učiněná předem (Nešpor, Csémy, Pernicová 1999). Prevence tvoří soubor opatření, zamezující a snižující výskyt a šíření rizikového chování. Prevence se nejdříve zaměřovala na užívání návykových látek, která se později stala hybatelem celkové procesu vývoje prevence jako takové. Cílem prevence je zabránit vzniku poruchy, popřípadě jejímu dalšímu působení. Tvoří souhrn opatření, jejímž úkolem je zamezit poruchám a předejít dalším účinkům spojených s jejich výskytem. Aktivním ovlivňováním rizikových faktorů můžeme limitovat přítomnost poruch. Prevence také zmírňuje již dosavadní projevy poruch a pomáhá snižovat jejich důsledky. Mezi oblasti, na které se při prevenci v předškolním věku zaměřujeme je komunikace a jazykové schopnosti, sociální schopnosti a adaptace, pozornost, paměť, myšlení, časoprostorová orientace, jemná a hrubá motorika, zrakové a sluchové vnímání, vizuomotorická koordinace, adaptace a sociální schopnosti, hyperaktivita a emoční stabilita (Bártík, Miovský, 2010).

Prevenci můžeme charakterizovat také jako cílevědomou aktivitu či zákrok, směřující k nápravě či rehabilitaci něčeho. Prevence se zaměřuje nejen na jednotlivce, ale i na malé skupiny. Jedinci jsou však součástí mnoha dalších skupin a mohou jít jako zdroj informací příkladem ostatním. Je tedy možné, že to, co budou vnímat jako prospěšné, budou šířit dále. Prevence může být prováděna na několika úrovních: sdělovacími prostředky, ve školách či v jiných společenských institucích, nejúčinněji však v rodinách. Na prevenci se také podílí řada poradenských služeb. Je zde potřeba systému, který zachytí poruchu včas a provede klienta v době akutní krize. (Matějček, 1992). Prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciální. Na konci 50. let se prevence rozdělila na primární a sekundární. Termín terciální prevence se začal objevovat v 60. letech (Nešpor, Csémy, Pernicová 1999).

„Přijmeme-li definici Světové zdravotnické organizace, pak v primární prevenci budeme spatřovat především taková opatření, která přispívají obecně k podpoře psychického zdraví obyvatelstva. Vlastním nástrojem primární prevence je ovšem výchova a osvěta. Ta se provádí na různých úrovních: na té nejobecnější sdělovacími prostředky, na méně obecné ve školách a

v nejrůznějších jiných společenských institucích, nejkonkrétněji a nejúčinněji ovšem v rodinách“ (Matějček, 1992, s. 16). Primární prevence předchází poruchám u dětí, u kterých se ještě poruchy nevyskytly či nevznikly. Sekundární prevence se provádí až po výskytu či vzniku poruchy a snaží se zamezit jejímu dalšímu šíření (Nešpor, Csémy, Pernicová 1999). Snaží se zachytit poruchy tzv. ve stavu jejich „klíčení“. Terciální prevence se zaměřuje na eliminaci a zmírnění dopadů poruchy (Matějček, 1992).

Podle severoamerické odborné literatury můžeme prevenci rozdělit na prevenci všeobecnou, která se zaměřuje na celé populace. Selektivní prevence se zabývá skupinou se zvýšeným výskytem poruchy. Indikovaná prevence se orientuje na skupiny, které vykazují známky poruchy (Nešpor, Csémy, Pernicová 1999).

1.2 Postavení rodiny a její přístupy

Rodina má mnoho definic, Dunovský (1986) uvádí, že „rodina je přirozená primární malá skupina. Rodina představuje biosociální systém, který neustále hledá a nachází své místo ve společnosti. Přitom je společností znovu a znovu ovlivňována a formulována“ (Dunovský, 1986, s. 9).

„Rodina je zajisté nejstarší lidskou společenskou institucí. Vznikla kdysi v pradávných dobách, kdy se ještě člověk moc málo podobal tomu, jak se známe dnes. A vznikla nejen z přirozeného pudu pohlavního, jenž vede k plození a rozmnožování daného živočišného druhu, ale především z potřeby své potomstvo ochraňovat, učit, vzdělávat, připravovat pro život“ (Matějček, 1994, s. 15).

Rodina je do jisté míry ovlivněna socioekonomickými, kulturními a biologickými faktory, podílející se na jejím fungování. Na dítě tedy může působit ekonomické zázemí, původ a genetika rodiny. Důležité jsou také rodinné vztahy, které mohou mít na vývoj dítěte největší dopad. Všechny uvedené faktory se významně projevují na osobnosti a dalším rozvoji dítěte.

Potřeby vzájemné pomoci a opory by měly být prioritou životní. Každý z nás má do určité míry obě tyto potřeby zakódovány, a pokud je přijmeme, měli bychom je dále rozvíjet. Pro dítě může být rodina jedna či více osob, která se o něj stará či rodina vlastní či nevlastní. Pro dítě je důležité vyrůstat v prostředí, které je otevřené, citové a přijímající. O dítě se dále starají: škola,

kamarádi, hřiště apod. Rodina přesto má na vývoj dítěte nezastupitelnou roli (Matějček, 1994). „*Dítě za své rodiče přijímá ty, kdo se k němu mateřsky a otcovsky chovají – a je pro ně zcela nepodstatné, zdali tihle jeho lidé mají či nemají na to potvrzení z porodnice*“ (Matějček, 1994, s. 16).

V rodině dochází ke vzájemnému uspokojování potřeb, především potřeb psychických. A to jak ze strany rodičů, tak dítěte. Podmínkou však je, aby dítě mělo pocit, že do rodiny patří a rodina mu poskytuje bezpečné zázemí. Dítě přináší rodičům nové prožitky a dodává pocit jistoty a společenské hodnoty. Rodiče také prožívají určitá napětí v podobě radosti, starosti o dítě apod. Důležité je také vytvoření trvalých a hlubokých citových vztahů, kde se uspokojuje jedna ze základních psychických potřeb a to potřeba životní jistoty. Jednou z dalších klíčových potřeb je potřeba otevřené budoucnosti. Jsou zde dva předpoklady: rodič je zaměřen na budoucnost dítěte a plánuje jí. Zároveň předpovídá i budoucnost vlastní. V poradenské praxi můžeme lépe pochopit situaci rodiny, kdy jsou rodiče ochuzeni o šanci prožívat časovou dimenzi vztahu k dítěti. Například v případech mentální retardace dítěte, vážnějších postižení smyslových a tělesných apod. (Matějček, 1992).

V rodině dochází ke vzájemnému sdílení životního prostoru a času. To se pak stává základním kamenem pro další vzdělávání, učení se nápodobou, identifikací a společnou činnost. Rodiče svojí roli matky či otce reálně žijí, nehrají ji pouze před dítětem. Mají svůj čas věnovat dítěti, je však na druhou stranu nutné, ponechat si určitou oblast prožitků pro sebe. Mnoho problémů může vznikat z překročení této „*zdravé hranice*“. Rodiče tuto hranici nerespektují a dítě se stává pro ně jejich důvěrníkem či popírají právo dítěte na intimitu. V rodině také dochází k tzv. interakčnímu modelu výchovy. Rodič a dítě na sebe vzájemně působí a vychovatel je zároveň ovlivňován svým vychovávaným dítětem (Matějček, 1992).

Matějček popisuje jeden z dalších principů a to princip soužití a sdílení, který je založen na žádoucím užívání trestů a odměn. Rodiče poskytují dítěti odměnu, aniž by očekávali zásluhu, dělají to rádi a bez očekávání. Trest pak ukládají, kdy si mohou vnitřně ulevit a uvolnit napětí. Odpouštění se poté stává jednou z dalších výchovných činností a má mnohdy větší váhu než trest (Matějček, 1992). Na rodinu se dá nahlížet jako na určitý systém. Porozumění a pochopení rodiny jako systému pomáhá nejen rodině samotné, ale především pracovníkům v poradenských službách. Systém tvoří nejen rodiče a děti, ale jsou to hlavně jejich vzájemné vztahy, co systém

udržují. Chování jednoho člena má dopad na všechny ostatní. Pokud si představíme rodinu se dvěma či více dětmi, kdy jedno z dětí má poruchu či postižení, jsou na rodinu kladeny jiné nároky. Dítě s poruchou či postižením rodinu stmelí či ji naopak bude zatěžovat. Jak se s poruchou či postižením rodina vyrovná? Kdo převezme v rodině hlavní roli? Jak se s tím rodina vyrovná a bude se zabývat hledáním viny? Nemusí jít však vždy o závažné postižení, stačí, když dítě více neklidné a živelné či neprospívá ve škole podle očekávání. Systém tvoří další dva podsystémy a to rodiče a děti. Systém je zapojen i do dalších okruhů: přátelé, příbuzenstvo, širší jsou pak: škola, poradna, stát apod. To vše do života rodiny vstupuje a ovlivňuje ji (Matějček, 1994).

„Výchovné postoje k dítěti se tvoří ve složitém vývojovém procesu, souvisejícím s celým vývojem osobnosti vychovatele“ (Matějček, 1992, s. 60). Vychovatelé mají z dětství své vlastní zážitky a zkušenosti, psychosociální vývoj, vztah k okolí a ke svým rodičům, které později projeví ve výchovném stylu či postoji k dítěti. Z pohledu odborníků se jedná o postoje problematické. Do první skupiny můžeme zařadit postoje, kde se rodiče dopouštějí například zanedbávající, zavrhuje výchovy. Do druhé skupiny naopak patří ty, kdy rodiče své děti příliš chrání či rozmazlují.

První je *výchova zavrhuje*. Dítě je pro rodiče spíše zátěží a pouhá jeho přítomnost je pro rodiče nepřijemná. Může se jednat o dítě s postižením, které nesplňuje očekávání a přání rodičů či je pro rodiče připomínkou něčeho nechtěného. Dítě je na vědomé či nevědomé úrovni trestáno. Dítě pak reaguje pasivitou či vzdorem. Z pohledů odborníků je nutná nejprve ochrana dítěte, poté terapie a spolupráce ze strany rodičů. Především individuální psychoterapie s „*problémovým*“ vychovatel a celková rodinná terapie (Matějček, 1992).

Další je *výchova zanedbávající*. Můžeme se s ní setkat v různých formách, od lehké až po velmi hrubou. Vyskytuje se především v rodinách s nízkým sociálním statusem, v rodinách negramotných rodičů apod., nemusí to tak být vždy. Děti jsou velmi často ponechány samy sobě. Dochází k zanedbávání školních povinností. Školní prospěch bývá snížen, nemusí se však jednat o nízké nadání či intelekt. V horších případech je výchova zhoršována nevhodným příkladem rodičů. Terapii je potřeba zaměřit na celkové zvýšení úrovně výchovy v rodině. Dá se tím docílit například léčením alkoholismu, umístěním jednoho z rodičů do péče psychiatra,

zvýšením úrovně hygienických poměrů a další. V krajních případech je dítě umístěno do náhradní rodinné péče nebo péče mimorodinné (dětské domovy) (Matějček, 1992).

Ve výchově rozmazlující je dítě přehnaně zbožňováno. Rodiče na svém dítěti citově lpí a nedochází k postupnému osamostatňování se. Dítě je na dospělých citově závislé a rodiče nedovolují, aby se dítě odcizilo a zkazilo. Později je pro dítě obtížné se od rodičů odpoutat. Dítě nepocituje k rodičům dostatek autority, zároveň mu rodiče neposkytují dostatek sebedůvěry pro soužití s ostatními. Dítě se ocitá v náročných situacích, kdy se vrhá z náruče rodičů do světa.

Ve výchově úzkostné a příliš protektivní rodiče dítě chrání, aby nedošlo ke zranění. Dítě je zbavováno vlastní iniciativy a brání se mu ve vykonávání pro rodiče nebezpečných aktivit. Dítě prožívá pocity frustrace a omezování psychických potřeb volnosti a aktivity. Později může docházet k vymanění se rodičům a to pomocí agrese. Následkem může být pokus vlichotit se různým partám a skupinám. Některé děti se naopak rodičům pasivně podřídí. Dopady této výchovy se projevují především ve středním a starším školním věku. V psychoterapii se využívá antiregresivní terapie či antiagresivní výchovné vedení. Důležité je klást důraz i na osobní anamnézu rodiny.

Výchova s přepjatou snahou o *dokonalost* dítěte (perfekcionismus) se vyznačuje snahou rodičů o dokonalost či výkonnost dítěte v činnostech, kterým rodiče přikládají hlavní význam. Dítě není objektivně hodnoceno a jsou na něj kladeny náročné požadavky. Někdy rodiče na své děti přenáší to, co se jim v životě nepodařilo dosáhnout. Dítě je potom jakási kompenzace neuspokojenosti a neúspěchu jejich rodičů. Jednostranná zátěž vede k agresi či dalším obranným postojům. V terapii se opět užívá důkladné anamnézy, která pomáhá odhalit příčinu a problémy v rodině.

Výchova protekční. V tomto typu výchovy se rodiče nesnaží o dokonalost dítěte. Směřují dítě tam, kam oni chtějí a pokládají za nejlepší. Dítěti je ve všem pomáháno a rodiče požadují od okolí, aby se tomuto stavu podřídilo. Může se jednat o rodiče, kdy je jeden z páru starší či rodiče nespokojené ve své kariéře (Matějček, 1992). Někdy se výchovné styly mohou vyskytovat samostatně, někdy dochází k jejich kombinování.

1.3 Prevence ve školských poradenských zařízeních

Školní poradenská zařízení tvoří pedagogicko – psychologické poradny, speciálně – pedagogická centra a střediska výchovné péče. Poskytují poradenské služby v rámci resortu školství, které jsou určeny dětem, žákům a jejich rodičům (Mikulková, Šrahůlková a kol. 2014). Služby, kterým se školská poradenská zařízení věnují: informační, diagnostická, poradenská a metodická činnost, speciálně – pedagogické a pedagogicko – psychologické služby, preventivně – výchovná péče a volba budoucího povolání. Spolupracují s dalšími orgány a institucemi (zákon č. 561/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

Další instituce a odborníci, podílející se na poskytování poradenských služeb je orgán sociálně právní ochrany dětí (OSPOD), kurátor pro děti a mládež, dětský psycholog nebo psychiatr, krizové centrum pro děti a mládež, školská výchovná zařízení pro děti a mládež, diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav (Mikulková, Šrahůlková a kol. 2014).

Školská poradenská zařízení vycházejí ze školského zákona a příslušných vyhlášek,

- 1) zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním středním a vyšším odborném a jiném vzdělání (školský zákon), v novele č. 82/2016 Sb.
- 2) zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících
- 3) vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných ve znění vyhlášky č. 248/2020 Sb.

Mezi komplexní, psychologicky a speciálně pedagogicky zaměřenou diagnostiku řadíme odhalování podmínek a předpokladů pro vstup do 1. třídy, diagnostika školní zralosti, diagnostika dětí předškolního věku z příčiny nerovnoměrného vývoje a žáků s výchovnými problémy, včetně specifických poruch chování. Dále se zaměřuje na individuální diagnostiku jako základ pro integraci a zařazování dětí se specifickými poruchami učení a chování, diagnostiku, jako pomoc při volbě školy a zaměstnání, diagnostiku žáků středních škol jako podklad pro pomoc při reorientaci a přestupu na jinou střední školu, diagnostiku žáků s osobnostními nebo sociálně-vztahovými problémy, diagnostiku sociálního klimatu tříd a diagnostiku mimořádného nadání žáků (vyhláška č. 197/2016 Sb., Příloha č. 1).

Do psychologické a speciálně pedagogické intervence patří poradenská a krizová intervence, individuální práce s dětmi předškolního věku, základní individuální a skupinová reedukace žáků, kariérové poradenství, poradenské nebo terapeutické vedení rodin s dítětem nebo žákem, krátkodobé poradenské vedení zákonných zástupců dětí a žáků, poradenské konzultace a doporučení pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím děti a žáky (vyhláška č. 197/2016 Sb., Příloha č. 1)

Pedagogicko – psychologická poradna se řadí mezi školská poradenská zařízení. Zaměřuje se na terapeutické, metodické, intervenční, diagnostické a konzultační služby. Podílí se na zařazování dětí do škol se speciálním vzdělávacím programem a rozhoduje o vypracování individuálního vzdělávacího plánu v základní škole. Zpracovává různé odborné návrhy a posudky (Mikulková, Šrahůlková a kol. 2014).

Podle vyhlášky č. 72/2005 Sb. ve znění vyhlášky č.197/2016 Sb. poskytují pedagogicko – psychologické poradny speciálně pedagogické a pedagogicko – psychologické poradenství při výchově a vzdělávání žáků. Součástí týmu pracovníků jsou psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Poradenské služby poskytují pro osoby ve věku 3 až 19 let, dále i jejich rodičům, a učitelům. Služby poraden jsou bezplatné (Mikulková, Šrahůlková a kol. 2014).

Činnost pedagogicko – psychologických poraden (a dalších školských poradenských zařízeních) upravuje školský zákon č. 561/2004 Sb. Mezi činnosti pedagogicko – psychologické poradny dále řadíme informační a metodickou činnost, přípravu podkladů pro vzdělávací opatření, dokumentaci, metodické vedení práce výchovných poradců a školních metodiků prevence, poskytování odborných konzultací pedagogickým pracovníkům, zpracování zpráv o žácích pro zákonné zástupce, školy a další instituce, spolupráce se středisky výchovné péče (vyhláška č. 27/2016 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

Speciálně pedagogické centrum se zaměřuje na práci se žáky se zdravotním postižením, žáky se zdravotním znevýhodněním integrovaných ve školách a školských zařízeních, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy a žáky s hlubokým mentálním postižením. Tým pracovníků tvoří psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník, kteří se věnují žákům ve věku od 3 do 19 let. Jejich dělení je podle zdravotního znevýhodnění jejich klientů (Mikulková, Šrahůlková a kol. 2014).

K činnostem a kompetencím speciálně pedagogického centra patří: metodická, poradenská, informační a diagnostická činnost, psychologická a speciálně – pedagogická činnost a připravování posudků pro další vzdělávání žáka se zdravotním postižením a znevýhodněním (Mikulková, Šrahůlková a kol. 2014).

Činnosti speciálně pedagogických center se dělí podle jejich typu a zaměření na centrum, zaměřující se na služby žákům s vadami řeči, se zrakovým postižením, se sluchovým postižením, s tělesným postižením, s mentálním postižením, s poruchami autistického spektra, hluchoslepým a s více vadami (vyhláška č. 197/2016 Sb.).

Střediska výchovné péče také spadají pod školská poradenská zařízení. Jejich hlavním cílem je předejít vzniku a dalšímu rozvoji negativního chování, které by mohlo ohrozit zdravý vývoj dítěte, limitovat příčiny a dopady negativního chování a celkově podporovat zdravý rozvoj dítěte. Ve střediscích najdeme psychology, speciální pedagogy, pedagogické pracovníky, sociální pracovníky a vychovatele. Střediska jsou zřízena jako ambulantní nebo internátní výchovná zařízení, někdy i s možností azylového ubytování (srov. Bartoňová, 2018; Mikulková, Šrahůlková a kol. 2014).

Střediska výchovné péče se zaměřují na tyto služby diagnostické, (psychologická diagnostika osobnosti, speciálně pedagogická a pedagogicko - psychologická a sociální diagnostika), preventivně výchovné (výchovně vzdělávací činnost zaměřená na předcházení poruchám chování nebo jejich nápravu, vypracování individuálního výchovného plánu, jednorázové, krátkodobé a dlouhodobé vedení klientů, vypracování a uskutečňování speciálně pedagogických a terapeutických programů, zpracování a realizace cíleného speciálně pedagogického programu) a poradenské (poradenská intervence, poradenská činnost zaměřená na předcházení vzniku a řešení sociálně patologických jevů, poskytování informací zaměřených na vhodnou volbu a zvládnutí profesní přípravy) (vyhláška č. 458/2005 Sb., Odstavec 2).

1.4 Charakteristika předškolního vzdělávání

Předškolní vzdělávání zahrnuje nejnižší stupně veřejného vzdělávání, které se řídí pokyny Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Předškolní vzdělávání se snaží o rozvoj klíčových dovedností a nabití předpokladů pro další celoživotní vzdělávání (MŠMT, 2018).

Předškolní vzdělávání probíhá v mateřských školách. Pro děti s odloženou školní docházkou jsou zřizovány přípravné třídy základních škol. Předškolní vzdělávání se realizuje pro děti od 2 let do 6 (7) let věku. Mateřská škola se dělí na třídy, ať už věkově homogenní či věkově heterogenní. Děti se speciálními vzdělávacími potřebami se zařazují do běžných či speciálních tříd mateřských škol. Předškolní vzdělávání se řadí mezi veřejné služby. Zákon č. 178/2016 Sb., kterým se změnil zákon č. 561/2004 Sb. zavedl však povinné předškolní vzdělávání s účinností od 1. 9. 2017 (MŠMT, 2018). Mezi cíle předškolního vzdělávání patří osobnostní rozvoj dítěte, dále rozvoj rozumových, citových a tělesných dovedností, osvojování si pravidel chování a mezilidských vztahů. Usiluje o vyrovnání nerovnoměrností vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání (zákon č. 561/2004 Sb.).

Podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (2018) se cíle dělí na čtyři kategorie: rámcové cíle, klíčové kompetence, dílčí cíle a dílčí výstupy (dílčí poznatky, dovednosti, hodnoty a postoje). Kategorie jsou společně propojené a vzájemně spolu korespondují. K rámcovým cílům řadíme rozvoj dítěte, jeho učení a poznání, osvojení základů hodnot, na nichž je založena naše společnost a získání osobní samostatnosti a schopnosti projevovat se jako samostatná osobnost působící na své okolí. Klíčové kompetence jsou kompetence k učení, kompetence k řešení problémů, kompetence komunikativní, kompetence sociální a personální a kompetence činnostní a občanské. Dílčí cíle a výstupy se věnují oblastem biologické, psychologické, interpersonální, sociálně-kulturní a environmentální (MŠMT, 2018).

Rámcový vzdělávací program je pro děti od 2 do 6 (7) let věku. Je formulován v podobě učiva a očekávaných výstupů, aby odpovídal specifice předškolního vzdělávání, jeho integrované podobě a činnostní povaze. Tvoří ho pět oblastí: *dítě a jeho tělo, dítě a jeho psychika, dítě a ten druhý, dítě a společnost a dítě a svět* (MŠMT, 2018).

Předškolní vzdělávání podporuje rodinnou výchovu, spolupracuje s rodinou a pomáhá dítěti v aktivním rozvoji. Napomáhá dítěti v jeho další cestě a vytváří vhodné kroky pro jeho další vzdělávání s ohledem na individuální odlišnosti a možnosti dítěte. Zaměřuje se na diagnostiku a včasnou speciálně pedagogickou péči, která zlepšuje šance ve vzdělávání. Přizpůsobuje se individuálním potřebám a možnostem jednotlivých dětí, i dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Předškolní vzdělávání zdůrazňuje příležitost společného vzdělávání dětí v jedné třídě bez rozdílů na schopnosti a učební předpoklady dětí. Je nutné zavádění

odpovídajících metod a forem práce, které napomáhají k optimálnímu rozvoji dítěte. V předškolním vzdělávání by mělo být v dostatečné míře uplatňováno situační učení, spontánní sociální učení, aktivity spontánní i řízené, vzájemně provázané a vyvážené a také integrovaný přístup. Integrovaný přístup umožňuje propojování všech vzdělávacích oblastí a složek v přirozených souvislostech a vztazích. Dítě tak získává zkušenosti a poznatky, které jsou komplexnější a později prakticky využitelné (MŠMT, 2018).

1.5 Preventivní programy a metody

Při prevenci specifických poruch učení a nejen u nich, se používá řada preventivních programů a metod.

Program instrumentálního obohacování Reuvena Feuersteina - program je zaměřen také na rozvíjení řeči, která je nástrojem každé intelektuální činnosti. Dítě vyjadřuje řečí každou svoji myšlenku a strategii, kterou právě pomocí řeči zvnitřní. Program se dále orientuje na neutralitu podnětů a jejich význam. Pokud chápeme význam podnětů, můžeme je ohodnotit a rozdělit na příjemné, nepříjemné, důležité, méně důležité apod. Podněty mají emocionální charakter a jsou schopné vyvolat náš zájem. Jestliže učitel má k informacím neutrální přístup, které žákům předává, u dětí nemusí dojít k žádné reakci. Neutrální přístup k informacím vyvolá neutrální odezvu. Příkladem může být předávání morálních postojů a hodnot bez moralizování. Takto chápe Feuerstein obměnu a úpravu emocionálních a kognitivních podmínek učení. Některé úkoly v programu fungují jako instrumenty nápravy a rozvoje kognitivních funkcí. Zaměřují se na organizaci bodů, orientaci v prostoru, porovnávání objektů a analytickou percepci. Má celkem patnáct různých souborů cvičení. Další cvičení jsou třídění jednotlivých prvků, rodinné vztahy, časová orientace, vnímání číselné řady, instrukce a sylogismy. Zapojení řeči považuje Feuerstein za základní nástroj učení. Musí se jednat o dialog, který dítěti umožní naučit se myslet všeobecně. Feuerstein dává přednost při terapii spolupráci před soupeřením. Jsou to právě dialog a spolupráce, které vedou dítě k tomu, aby umělo naslouchat druhým. Existují studie, které prokazují trvalé zlepšení u dětí s masivními specifickými poruchami učení, specifickými poruchami chování, zejména ADHD po absolvování programu (Pokorná, 2010).

KUPOZ (Kuncová – pozornost) je program zaměřený na rozvoj pozornosti. Je určen pro děti od osmi do dvanácti let s ADHD, pomalejším psychomotorickým tempem, neurotickými potížemi, poruchami učení apod. Program trvá celkem 15 týdnů, denně se pracuje 15 až 20 minut. Rodič pracuje společně s dítětem každý den v týdnu po dobu 20 minut. Cvičení se orientují na sluchové a zrakové rozlišování, pojmové myšlení, komunikační dovednost a udržení a přenášení pozornosti. Úkoly se každý den opakují a jejich obtížnost stoupá. Některé úkoly jsou limitované časem a poskytují tak dítěti kontrolu nad vlastním výkonem a zároveň ho zbavují strachu, způsobeným časovým limitem. Dítě si postupně zvyká na časový limit a to i v situacích, u kterých má pocit, že ho ohrožují. Jednou za dva týdny se rodič s dítětem dostaví do ordinace, kde dostanou nové materiály a kontroluje se jejich dosavadní provedená práce. Dítě zažívá první úspěchy, které ho motivují a posilují k jeho další práci. Dochází u obou stran (rodič, dítě) k učení se efektivní spolupráci. Není důležitá správnost provedení úkolů, ale zda dítě zadané úkoly vykoná. Trénink pozornosti zároveň rozvíjí zrakové a sluchové vnímání, paměť, logické myšlení, vyjadřovací schopnosti a sociální citění (https://www.kuprog.cz/?page_id=51).

KUPREV (Kuncová – prevence) je program, který mohou používat děti zdravé a děti s ADHD, s poruchami řeči, s lehkou mentální retardací, děti s neurotickými obtížemi atd. Program je dále určen i pro děti cizinců, kteří se snaží začlenit do naší společnosti a kultury. Používá jí ho děti od 4 do 8 let věku, ve výjimečných případech děti od 3 let či děti mladšího školního věku. Byl použit i u některých dospělých osob po prodělané autonehodě či neuroinfekci. Za základní předpoklad se pokládá orientace na osobu, místo a čas. Program se zaměřuje na orientaci v běžných sociálních situacích a učení se základům slušného chování podle běžných společenských norem. Program je opět určen pro práci rodiče s dítětem. Dochází k posilování vazeb a vztahů v rodině a k praktické zkušenosti dítěte s nově získanými informacemi. Dítě si díky prožití nové zkušenosti internalizuje informace do svého chování. Program funguje prostřednictvím typicky dětských činností, vyprávěním, rozhovorem, hrou, zpíváním, kreslením apod. Dítě není hodnoceno podle výkonu, důležité je, aby dítě úkoly prošlo nehledě na úspěšnost. Program se uzpůsobuje aktuálním situacím dítěte. KUPREV dbá na přirozený psychomotorický vývoje dítěte. Úkoly jsou sestaveny tak, aby jejich náročnost přiměřeně odpovídala věku dítěte. Používání programu zlepšuje u komunikační dovednosti, řešení problémových sociálních situací, základní dovednosti a návyky, osobní jistotu a pozitivní vztah

k vzdělávání. Je nenáročný na finance a je přístupný všem (https://www.kuprog.cz/?page_id=61).

KUMOT (Kuncová – motorika) je další program, který je vhodný pro děti s ADHD/ADD. Program je pro děti od 5 do 8 let, v jedné skupince se pracuje s 6 až 8 dětmi. Rozdílem je, že tohoto programu se neúčastní rodiče. 10 setkání probíhá jednou týdně a trvají 60 minut. Program je dále vhodný pro děti nesmělé, sociálně či motoricky neobratné nebo s jinými obtížemi. KUMOT rozvíjí hrubou a jemnou motoriku a sociální chování v prostředí dětské skupiny. V dětské skupině by měli být chlapci a dívky podobného věku, schopností a obtíží. Skupiny mohou být sestaveny i podle konkrétních potíží (ADHD/ADD, logopedické obtíže apod.). KUMOT tvoří celkem 10 lekcí a každá lekce probíhá ve formě veselé dětské písničky. Aktivity doprovází rytmické a klidné písně. Procvičuje se nácvik relaxace, který je nezbytný pro děti s ADHD/ADD. Dítě se učí podřídit se skupině a dostává se mu zpětné vazby od ostatních dětí v případě nežádoucího chování. Učí se novým vzorcům vhodnějšího chování. Obměňují se aktivity skupinové, párové a individuální. Skupinu vedou dvě osoby, terapeut a koterapeut, který má doplňující roli. Dále se využívají doprovodné pomůcky, například hrací kostky, barevné stužky, CD s písničkami apod. Po absolvování programu jsou děti více uvolněnější a klidnější, lépe zvládají svoji impulzivitu a agresi, jsou přátelštější vůči svému okolí (https://www.kuprog.cz/?page_id=49).

KUPUB (Kuncová – pubescent) je preventivní skupinový program, který je určen pro starší děti od 12 do 15 let. Je určen pro dospívající, u kterých se nevyskytují zřejmé potíže, tak i pro dospívající, kteří se potýkají s některými problémy. Opět je zde 10 setkání, která probíhají jednou týdně a trvají 60 minut. Program je veden bez rodičů a skupina tvoří 8 až 10 členů. Program se snaží účastníkům zajímavou formou předat témata, která považuje v lidském životě za významné. Zaměřuje se na oblasti komunikace, agresivního a asertivního chování, závislosti, sexuality, rodičovství, náboženství a další. Rozvoj sociálních dovedností a nácvik technik asertivity si účastníci procvičují v praktické části. Třetí část programu tvoří relaxační techniky, které přináší pocit zklidnění a odpočinku. Kurz vedou dva lektori. Cílem programu je prevence řady běžných životních obtíží a zlepšení kvality života žáků (https://www.kuprog.cz/?page_id=70).

HYPO (hyperaktivita a pozornost) je pedagogický program, který vhodný pro děti od 5 do 10 let. Autorkou je doktorka Zdena Michalová. Program trvá celkem 12 týdnů a je zaměřený na práci rodiče s dítětem. Pracuje v domácím prostředí 15 až 20 minut denně. Jednou týdně probíhá v poradně kontrola provedených úkolů a instruktaž. Program je určen pro děti předškolního věku, děti s odkladem školní docházky a děti s ADHD/ADD. HYPO se zaměřuje na rozvoj koncentrace pozornosti a prevenci neúspěšnosti ve škole. Úkoly jsou orientované na různé oblasti a postupně se zvyšuje jejich obtížnost. Program dále podporuje rozvoj krátkodobé paměti, sluchovou a zrakovou pozornost, vnímání, zrakově – pohybovou koordinaci, logické myšlení, řeč apod. Po ukončení programu dochází ke zrychlení psychomotorického tempa, zlepšení pozornosti, zlepšení komunikace mezi rodičem a dítětem, zlepšení citového vyladění, odbourání stresu, způsobeného časem a celkové zlepšení při školní práci (<http://centrumpetklic.cz/centrum/wp-content/uploads/2014/08/Program-HYPO-info.pdf>).

Metoda dobrého startu je zaměřena na děti od 5 do 7 let věku. Autorkou je francouzská fyzioterapeutka Theá Bugnet. Metoda usnadňuje dětem vstup do první třídy a orientuje se na rozvoj smyslového vnímání a motorických schopností. Je i vhodná pro děti s SPU. Učení hrou využívá dětské písničky. První část metody se zaměřuje na rozvoj řeči, myšlení a orientace v prostoru, druhá na rozvoj jemné motoriky a rytmu a poslední na rozvoj čtení a psaní. Metoda je motoricko – akusticko – optická. Všechny tři složky jsou provázané. Každý úkol tvoří grafickou předlohu, která je doprovázena vybranou písničkou. Rytmus písně odpovídá struktuře daného vzoru. Píseň provází všechny fáze lekce a je nutné, aby ji děti znaly. Dopadem metody by měla být lepší připravenost dítěte na nástup do první třídy a zlepšení v oblastech řeči, zrakového vnímání, hrubé a jemné motoriky a vnímání rytmu (<http://uhrineves.shm.cz/res/archive/429/047009.pdf?seek=1475747721>).

Maxík je stimulační program pro předškolní děti a děti s odloženou školní docházkou a s obtížemi v učení v prvním a druhém ročníku základních a speciálních škol. Autorkami jsou J. Bednářová a P. Bubeníčková. Snaží se zlepšit stav podmínek, za kterých může dítě lépe pracovat. Do tréninku jsou zapojeni rodiče a učitelé. Důležitá je pravidelnost režimu, zadávání úkolů dítěti srozumitelným způsobem, dodržování vhodného chování a důsledná kontrola provedených úkolů. Rodič nebo učitel by měl k dítěti laskavý a otevřený přístup. Program je

rozdělen do 15 lekcí, které se člení na pět oblastí (<http://www.prodys-bubenickova.cz/kurzy.htm>).

Trénink jazykových schopností dle D. B. Elkonina je program, který vznikl na základě poznatků ruského psychologa D. B. Elkonina. Zabýval se rozvojem fonemického uvědomování. Dítě musí rozumět, že každé slovo obsahuje význam a zároveň i zvukovou stránku, kterou tvoří řada hlásek – fonémů. Nedostatečně rozvinuté fonologické schopnosti jsou považovány za jednu z příčin vývojových poruch čtení a psaní. Českou verzi metodiky zpracoval kolektiv autorek pod vedením profesorky Mikulajové. V první části se metodika zabývá zvukovou stránkou jazyka a ve druhé se k hláskám doplňují písmena. Program je určen pro předškolní děti jako prevence dyslexie, dyslálie a vývojové dysfázie. Dále se používá u dětí nedoslýchavých a u dětí s jiným rodným jazykem než je čeština. Využívá se tzv. Hláskář – obrázkový pracovní sešit, kde se děti setkávají s obyvateli a pohádkovými bytostmi z Krajiny slov. Program slouží jako doplnění logopedické péče (<https://www.skolka.org/elkonin.html>).

2 Specifické poruchy chování

2.1 Vymezení pojmu a příčiny vzniku ADHD/ADD

V posledních letech se zájem odborníků přesunul kromě specifických poruch učení i na poruchy chování, jejich příčiny a možné způsoby nápravy. Dnes je již zřejmé, že nelze poruchy chování a učení oddělovat. V anglické literatuře se uplatnily termíny deficit pozornosti a hyperkinetická porucha chování. Zvláštnost specifických poruch chování tkví především v jejich etiologii. Hlavním důvodem tedy není špatné zacházení a vedení ze strany rodičů a učitelů, ale nedostatečný rozvoj kognitivních funkcí a poruchy v motoricko – percepčních a emočních oblastech. Jako první se zmínil o symptomech poruch pozornosti a chování William James ve své práci *Principles of Psychology*. Na začátku šedesátých let se objevil termín *minimal brain dysfunction* neboli lehká mozková dysfunkce. Do českého prostředí ho později zavedl Matějček (Pokorná, 2010). V roce 1980 byl zaveden v DSM-III (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti) termín deficitní porucha pozornosti neboli porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD). Později byla přidána v rámci DSM-IV porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) (Pokorná, 2010).

ADHD je porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Mezi tři hlavní příznaky patří porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Symptomy se projevují izolovaně nebo vedou k dalším obtížím, které mohou být horší než původní symptomy. Dalšími příznaky jsou agresivita, problémy s nerespektováním autority, problémy při navazování kontaktů se spolužáky a další. Kromě ADHD existuje tzv. ADHD s agresivitou, která se projevuje nedostatkem sebekontroly, netolerantností a častým antisociálním chováním. Jedním z důvodů je dysfunkční rodinné prostředí (Zelinková, 2003). ADD je definována jako prostá porucha pozornosti, kde není přítomna impulzivita a hyperaktivita. Děti s ADD mají problém se zaměřením pozornosti na jednu určitou činnost, objevují zde problémy v oblasti pozornosti a v percepčně-motorických úkolech. Děti bývají pomalejší a opět mají obtíže při navazování kontaktů s vrstevníky. U této skupiny se objevují více specifické poruchy učení než u dětí s ADHD (Zelinková, 2003). Dalším termínem je ODD neboli *oppositional defiant disorders* – opoziční chování. U dětí s ADHD se může vyskytovat okolo 60 % právě ODD. Hlavními příznaky jsou zvýšená agresivita, hádavost, nesnášenlivost a snížená sebekontrola. Chování a jednání těchto jedinců bývá obvykle mstivé a zlomyslné (Zelinková, 2003).

Kromě ADHD, ADD se můžeme setkat tzv. hyperkinetickou poruchou, do které se řadí již všechny zmíněné příznaky a projevy. Porucha se může objevit již v kojeneckém věku ve formě poruchy základních biorytmů. Symptomatologie hyperkinetické poruchy se dělí do pěti základních oblastí: poruchy kognitivních funkcí, motoricko-percepční poruchy, porucha emocí a afektů ve smyslu lability, impulzivita a sociální maladaptace. U každého dítěte se však příznaky projevují jinak a každý jednotlivý případ je ojedinělý (Pokorná, 2010).

Příčiny vzniku specifických poruch chování

Jednou z příčin vzniku specifických poruch chování jsou genetické dispozice. Uvádí se, že jsou zjištěny u 50 % případů. 20 až 30 % představují negenetické vlivy (Pokorná, 2010). Příčiny se dělí dle doby vzniku na prenatalní, perinatální a postnatální. V prenatalním období může dojít k hypoxii (nedostatečný přísun kyslíku), k onemocnění matky během těhotenství či k užívání různých návykových látek ze strany matky. V perinatálním období jsou jednou z příčin protahovaný porod, poškození hlavičky novorozence. V období postnatálním jsou to pak různá infekční a jiná onemocnění, která se objevují do dvou let věku dítěte (Bartoňová, 2019). Řada odborníků se domnívá, že za hyperaktivitou stojí poškození mozku dítěte. Neschopnost koncentrace pozornosti a hyperaktivita mohou být důsledkem postižení, nemusí se to však týkat všech dětí s ADHD (Train, 1997). Různé studie a výzkumy uvádí, že u dětí s ADHD dochází ke zhoršení funkce přenašečů signálu mezi neurony. Neurotransmitery jako serotonin, dopamin a norepinefrin ovlivňují schopnost koncentrace pozornosti. Jsou-li tyto látky dysfunkční, může být narušeno i chování. Pomocí medikace se však dá posílit funkce neurotransmiterů a ovlivnit chování dítěte s ADHD (srov. Train, 1997; Bartoňová, 2018).

Jedním z dalších předpokládaných důvodů vzniku ADHD u dětí je alergie na stravu. Někteří rodiče zastávají názor, že se vyskytují určité alergie na jistý druh potravin a chování svého dítěte mohou ovlivnit vhodně zvolenou dietou. Konzervační přípravky, umělá barviva a salicyláty jsou považovány za příčinu hyperaktivity. Imunologové však zastávají spíše kritický postoj. Během různých diet je kladen důraz spíše na obohacování jídelníčku než na jeho omezování. Za hyperaktivitu u dětí může podle odborníků chemická nerovnováha v organismu

více než alergie na určité potraviny. Je proto u těchto dětí doporučováno přijímat dostatek vitamínů (Train, 1997).

U hyperaktivity byla dokázána spojitost se zvýšeným obsahem olova v krvi. Děti, žijící ve velkých městech mohou nadýchat více zplodin a je všeobecně známo, že škodliviny, které dýcháme, mohou poškodit naše zdraví. Děti s hyperaktivitou potřebují více pohybu, je tedy možné, že čím více dítě běhá, tím se více nadýchá zplodin. Toxické zplodiny by tedy nebyly primární příčinou ADHD, ale samotná hyperaktivita zvyšuje šanci na otravu olovem. Otrava olovem může vyvolat i poškození mozku, stává se to však málokdy. ADHD a jeho symptomy se mohou u dětí vyskytovat i dočasně. Důvodem je užívání léku proti astmatu, epilepsii či dalším nemocem (Train, 1997).

Pokorná kromě výše uvedených vlivů uvádí i vliv prostředí, v první řadě interakci mezi rodiči a dítětem. Je důležité brát v potaz, jak psychologickou, tak i organickou složku osobnosti. Projevy chování by měly být posuzovány s ohledem na vývoj dítěte. Všechny děti mohou mít během určitého věku a na určitém vývojovém stupni problémy s udržením pozornosti. Dále by se při posuzování hyperaktivity měly vyloučit i další faktory, jako například emoční problémy a zdravotní potíže. Při nápravě a reedukaci je nutné zaměřit se na rozvoj kognitivních funkcí, eliminovat vnější příčiny a vnímat sociální prostředí, ve kterém dítě žije. Prostor se může přizpůsobit potřebám dítěte a to pak nemusí mít výrazné potíže s koncentrací pozornosti a neklidným chováním (Pokorná, 2010).

2.2 Faktory ovlivňující edukaci dětí s ADHD/ADD

Během vzdělávání a výchovy dítěte s ADHD/ADD se všichni zúčastnění setkávají s celou řadou obtíží a s jistou náročností, kterou musí překonávat. Další vývoj dítěte a způsob prožívání dětství může být ovlivněn právě úspěšným zapojením dítěte do vzdělávání. Akceptování pravidel třídy a školy a navazování vztahů s vrstevníky je samo o sobě zátěžovou situací, obzvláště pro dítě s ADHD/ADD. Dle Drtílkové a Šerého je dítě se svými projevy mnohdy vnímáno okolím negativně. Podle Traina je zde riziko nálepkování, které může mít na dítě negativní dopad, pokud přijme příznaky poruchy jako svoji součást identity. Vágnerová naopak

uvádí, že tzv. nálepka může mít na dítě pozitivní vliv. Naopak motivuje rodiče a učitele k nalézání skutečné příčiny odlišnosti dítěte s ADHD/ADD (Škrdlíková, 2015).

V rámci vzdělávání dětí s ADHD/ADD je potřeba vždy postupovat po menších krocích. Nedostatečná vnitřní kontrola u těchto dětí má za následek sníženou schopnost autoregulace. Pokud okolí bude přistupovat k neklidným dětem s nezájmem, děti nebudou dostatečně motivovány k dosahování cílů pomocí vlastních dovedností, může se dostavit stádium rezignace. Děti ztrácí kontrolu a začínají věřit, že mohou svým působením různé situace ovlivnit. Lze tomu však předejít individuálním přístupem, orientovaným na posílení důvěry ve své vlastní dovednosti a dosáhnout tak lepšího zvládnání stresových situací (Michalová, Pešatová a kol., 2015).

Děti s ADHD, mimo jiných obtíží, trpí poruchou selekce podnětů. Na dítě působí zároveň několik vnějších podnětů, není však schopno vybírat ty, které jsou zásadní pro určitou činnost. Pozornost nám pomáhá vytěsnit nepotřebné informace. Děti s ADHD mají problém nevěnovat pozornost podnětům, které nejsou v dané chvíli důležité. Neschopnost selekce podnětů způsobuje neklid a ten pak neustálou předrážděnost. Děti vnímají nedůležité podněty a nejsou schopni se koncentrovat na určitou činnost. Jejich smysly bývají přehlceny a to způsobuje únavu a ještě větší neklid. Terapie by tedy měla směřovat ke zklidnění dítěte, je dobré naučit dítě relaxačním technikám. Důležitý je také postoj rodičů a učitelů, kteří jsou s dítětem v každodenním kontaktu. Pokorná zdůrazňuje důsledné a klidné vedení. Výchova a edukace dětí s ADHD je náročná pro obě strany, jak pro dítě tak i rodiče a učitele. Dítě často přenáší svůj neklid na druhé. Rodič a učitel se nesmí nechat vyvést z rovnováhy, naopak sám by měl působit klidně a chovat se k dítěti s laskavou důsledností (Pokorná, 2010).

Děti s ADHD nemají rády změny a hůře se jim přizpůsobují. Z odborné literatury vyplývá, že děti mají často měnit činnost. Pokorná však doporučuje, aby si dítě samo určilo dobu, po kterou se činnosti bude věnovat. Samo má přijít postupně na to, jak dlouho se dokáže při činnosti soustředit. Ze strany rodiče či učitele má být dítě na změnu upozorněno. Pokud je dítě vedeno důsledně k dodržování určitého řádu, v jeho životě dochází k opakování a k automatizování činností, dítě se na změnu lépe přichystá (Pokorná, 2010).

Jedna z dalších možností, která výrazně ovlivňuje edukaci dětí s ADHD ve škole je vypracování individuálně vzdělávacího plánu (IVP). Je to dokument, který vychází ze školského zákona č. 561/2004 Sb. a vyhlášky č. 27/2016 Sb. Dokument vychází z učebních dokumentů školy a měl by obsahovat všechna důležitá fakta, zásadní pro úspěšnou integraci a inkluzi žáka. Vytváří jej ředitel školy a třídní učitel v součinnosti s poradenskými zařízeními, výchovným poradcem, školním psychologem a zákonným zástupcem dítěte. Individuální vzdělávací plán by měl obsahovat: základní údaje o žákovi, konkrétní cíle, úpravu organizace školy, časové a obsahové rozvržení učiva, formu zadávání úkolů, způsob hodnocení a klasifikaci, pedagogické postupy, speciálně pedagogickou a psychologickou péči, nezbytné kompenzační a učební pomůcky, návrh snížení žáků ve třídě včetně odůvodnění, účast dalšího pedagogického pracovníka a další důležité informace (spolupráce se zákonnými zástupci...) (Bartoňová, 2010).

Při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu by se mělo vycházet ze dvou rovin. Obsahem první rovin je vzdělávání, určení metod a postupů. Ve druhé rovině se zaměřujeme na konkrétní problémy, snažíme se eliminovat příznaky a zdůraznit pozitivní stránky vývoje dítěte. Individuální vzdělávací plán se tvoří dle následujících zásad: vychází z diagnostiky odborného pracoviště, vychází z pedagogické diagnostiky učitele, respektuje závěry z diskuze se žákem a rodiči, je vypracován pro ty předměty, kde dítě výrazně pokulhává a vypracovává jej vyučující daného předmětu. Při vypracovávání by se měl učitel zabývat těmito principy: sledovat u dítěte cíle vzdálené, cíle dlouhodobé a cíle krátkodobé a respektovat individuální potřeby dítěte (Zelinková, 2003).

2.3 Osobnost dítěte s ADHD/ADD

K syndromu ADHD se řadí porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Dítě má problém udržet pozornost při činnostech, kde je potřeba zvýšená soustředěnost a trpělivost. Při takovýchto činnostech děti ztrácí rychle zájem a na neúspěch mohou reagovat agresí. Dochází zde ke kolísání pozornosti, dítě se jednou soustředí, poté koncentrace pozornosti klesá, poté se dítě začne opět soustředit. Zvýšená koncentrace je pro dítě náročná a velmi rychle se dostává únava. Dítě vnímá pouze omezený rozsah informací, což se projevuje na jeho výkonech v učení. V předškolním věku dítě například nevydrží dlouho u jedné činnosti, potřebuje nové podněty a

často nedokončí a střídá hru. U některých případů jsou přidruženy další poruchy (poruchy chování, sebe poškozování apod.), které s ADHD úzce souvisí. Příznaky poruchy mají trvalý charakter (Felcmanová a kol., 2019).

Jedním z dalších projevů je hyperaktivita. Tu charakterizuje nadměrná nebo vývojově nepřiměřená motorická či hlasová aktivita. Dítě skáče, pobíhá, vrtí se, neposedí a neustále si s něčím manipuluje. V hlasové aktivitě dítě nadměrně a překotně mluví, skáče do řeči, vykřikuje, řeč je hlasitá, může docházet až k zadýchávání. Některé děti mají i potíže s usínáním a spánkem. Zrychlené a nekontrolované pohyby mohou vést k úrazům. Děti s ADHD mají problémy podřídit se autoritě a mohou být často svými vrstevníky vyloučeni z kolektivu (srov. Bartoňová, 2018; Felcmanová a kol., 2019).

Posledním typickým projevem ADHD je impulzivita. Dítě často vykazuje zbrklé a prudké reakce. Děti jsou velmi živé, nedomýšlejí důsledky svého impulzivního chování. Neovládají své projevy a nedokáží je tlumit. Nejsou také schopni odložit uspokojení svých aktuálních potřeb na později a jejich splnění se dožadují prostřednictvím nevhodného chování (Felcmanová a kol., 2019). U dětí s ADD naopak narážíme na tzv. hypoaktivitu. Reakce těchto dětí jsou pomalé, těžkopádné. Jejich chování okolí vnímá jako utlumené či apatické. Oproti svým vrstevníkům jsou pomalejší a v horších případech jsou označovány jako líné (Felcmanová a kol., 2019).

2.4 Intervenční přístupy k dětem s ADHD/ADD

Většina přístupů vychází z kognitivně behaviorálních technik, které se orientují na pozitivní modifikaci chování. Techniky se snaží podpořit osvojení si nových a žádoucích způsobů chování za pomoci odměny a snižovat výskyt trestů. Michalová a Pešatová (2015) uvádějí několik základních pedagogických postupů:

- 1) *Instrukce a pokyny*: dítě by mělo dostávat pokyny v prostředí, kde nebude rušeno vnějšími podněty. Instrukce by měly být pro dítě splnitelné a srozumitelné.
- 2) *Pozitivní posilování*: pokud se dítě zachová žádoucím způsobem, mělo by být pochváleno či odměněno.

- 3) *Mírné tresty*: jestliže není jiné řešení možné, měli bychom používat tresty, které jsou mírné, jasně zřetelné a použité ve vhodnou chvíli.
- 4) *Častá zpětná vazba*: stručná zpětná vazba směřovaná k dítěti může přispět ke změně jeho chování.
- 5) *Respektování stylu učení*: pro některé děti s ADHD/ADD je typický tzv. globální styl učení. Informace jsou podávány jako celek.
- 6) *Nácvik metakognitivních strategií*: dítě se učí o svém vlastním stylu učení. Dostává tak zpětnou vazbu a lépe rozumí následkům svých činností.
- 7) *Sebekontrola a sebehodnocení*: dítě by se mělo naučit usměrňovat svoji impulzivitu. Sebekontrola a sebehodnocení se můžou stát vhodným prostředkem pro postupnou změnu nežádoucích vzorců chování (Michalová, Pešatová, 2015).

Michalová s Pešatovou doporučují další pedagogické postupy, které mohou ovlivnit nevhodné chování dítěte. Rodiče a učitelé by se měli shodnout na jasných a stručně definovaných požadavcích, věnovat dítěti dostatek času k objasnění žádoucího a nežádoucího chování, vymezit strukturu časových jednotek, trénovat žádoucí způsoby chování a vést dítě k dokončování práce. Dále jsou důležitá jednání učitele a jeho pečlivost, pochopení, flexibilita, tolerance a trpělivost a především individuální pomoc dítěti s ADHD/ADD (Michalová, Pešatová, 2015).

Faktory, které mohou působit na edukaci dětí s ADHD/ADD jsou především všeobecná opatření platná pro práci s dítětem s ADHD ve škole i v rodinném prostředí. Všechny tato opatření mohou prospět nejen dětem samotným, ale i jejich okolí. Pokorná (2010) uvádí několik zásad, které pedagog uplatňuje ve třídě.

- Prostředí třídy a školy by mělo na děti působit příjemným a uklidňujícím dojmem. Pestrá výzdoba v některých třídách naopak může působit rušivě a odvádět jejich pozornost. Děti jsou přesyceny zrakovými podněty.
- Na pracovní ploše i v okolí dítěte by se měly nacházet výhradně ty předměty, které potřebuje pro splnění úkolu.

- Dítě by mělo dostávat průběžně kladnou zpětnou vazbu, pokud se mu daří splnění úkolu, tím prokazuje určitou schopnost. Průběžné hodnocení je důležitější než všeobecná pochvala na závěr. Pokud dítě pochválíme za konkrétní činnosti, dáváme mu přesnější informaci.
- Činnosti, které jsou zaměřené na závodění a limitované časem nejsou pro děti s ADHD vhodné. Rychlost a závodění podporuje impulzivitu a zbrkllost dítěte. Proto je žádoucí nevolit činnost, spojené se soutěžením.
- Dítě by mělo provádět relativně kratší úkoly, které jsou odpovídající jeho věku. Postupem času by mělo docházet ke zvyšování nároků, aby se dítě uzpůsobilo nárokům, kladeným na ostatní žáky.
- Dítě musí porozumět zadání úkolů a instrukcím. Na začátku je nezbytné si ověřit, zda dítě dané instrukci rozumí a toto si zkontrolovat. Dítě se naučí před začátkem jakékoliv práce pokládat si otázky, kontroluje své chování a tím se zvyšuje šance, že bude úspěšnější.
- Při plnění úkolu bychom měli trvat na jeho splnění, přestože jsou na dítě kladeny menší nároky. Dítě si nesmí zvyknout, že někdy pracovat musí a někde ne. Dítě s ADHD potřebuje pracovat pravidelně a systematicky.
- Při plánování průběhu hodiny je dobré nastavit určitý řád a rituály. Dítě bude pracovat klidněji, pokud ví, jaká činnost bude následovat.
- Nácvik sociálních dovedností může být pro dítě s ADHD náročnější než pro jiné děti. Děti žijí „s poruchou“ a od okolí se jim dostává jiné zpětné vazby. Dítěti by mělo být napomáháno, aby si osvojilo dovednost řešit různé sociální situace. Situace musí být však věku přiměřené a pro dítě pochopitelné.
- Dobré vztahy se spolužáky i vrstevníky a příjemná atmosféra ve třídě, může v inkluzi dítěte s ADHD, výrazně napomoci. Dítě potřebuje podporu a pochopení dospělého, ale i ostatních dětí. Důležitý je zde postoj učitele k tomuto žákovi, který se může stát vzorem pro chování ostatních spolužáků. Nutná je také otevřená a věrohodná komunikace učitele s dětmi ve třídě.
- Je potřeba zmínit, jaký význam má odměna (či dokonce dárek) a trest. Často se stává, že je dítě stále trestáno a naslibovanou odměnu nedojde (Pokorná, 2010).

Zásady práce s dítětem s ADHD uplatňované rodiči

Rodiče by měli přistupovat k dítěti jako k nositeli možného problému, ne jako k problémovému dítěti. Uznání problému a postupná snaha ho překonávat jsou pro terapii důležité. Jestliže oddělíme dítě samotné a jeho způsoby chování, lze s dítětem o jeho problémech mluvit. Poté je možné dítěti radit, kdy se má kontrolovat a jak se za určitých situací chovat. Děti nedokáží pohotově rozlišovat některé podněty a činnosti, rodič by se proto měl ptát po každém neúspěchu, jak dítě situaci vnímalo a vidělo. Z důsledku svých chyb se dítě naučí lépe vysledovat svá přání a pocity, lépe porozumí samo sobě, svým chybám a pak i chování ostatních. Během dospívání se důsledkem hormonů sníží impulzivita dítěte. Záleží však, jaké postoje rodiče vůči dítěti zastávají. Situaci neřeší, pokud je dítě neustále trestáno a ze strany rodičů se mu nedostává vstřícného přijetí. Záleží na výchovném stylu rodičů, ne na poruše samotné.

Dítě s ADHD vyžaduje důslednou výchovu, nesmí se jednat o tzv. nejednotný přístup. Vychovatelé se nemusí vždy domluvit na přesném společném postupu, hlavní je, aby se vzájemně respektovali. Každý z nich zastává svoji specifickou roli, která má v životě dítěte podstatné místo. Pokud dítě u dospělých vidí vzájemnou úctu, naučíme ho toleranci samotné.

Nežádoucí chování je pak možné u dětí s ADHD relativizovat. To znamená, že musíme dobře rozumět chování dítěte, abychom ho mohli regulovat. Jestliže má dítě pocit, že od něj neustále očekáváme nevhodné chování, přizpůsobí se našemu očekávání. Ze zkušeností víme, rodiče při výchově dětí s ADHD mohou prožívat pocity nejistoty a bezradnosti. Stává se, že rodiče opakují strategie a postoje, které často nevedou k cíli. Každé dítě má jiné potřeby a priority. Je proto dobré zajímat se, jaké má dítě problémy či po čem touží. Vzájemná domluva s dítětem na společných postupech a možnostech, může otevřít nový prostor pro porozumění. Výchova a starost o dítě s ADHD ovlivňuje i fungování vztahů v rodině, především vztahy mezi sourozenci. Někteří rodiče nevěnují ostatním dětem tolik času, jiní naopak dostávají až přemíru péče a pozornosti na úkor dítěte s ADHD. Rodiče by neměli své děti porovnávat, měli by rozdělovat spravedlivě každému svoji přízeň. Je vhodné se zaměřit na to, co jako rodič vnitřně prožívám a tím i řídit výchovné postoje a chování.

Důležitá je klidná a příjemná domácí atmosféra může pomoci eliminovat nežádoucí chování. Péče a výchova dítěte s ADHD mnohdy naučí rodiče trpělivosti a sebekontroly. Dítě

potřebuje vědět, že za ním rodič stojí, ať už se mu daří či nikoli. Naopak i rodiče potřebují pocit porozumění a soucitu (Pokorná, 2010).

3 Specifické poruchy učení

3.1 Terminologie a vymezení specifických poruch učení

Jednou z nejvíce zohledňovaných skupin žáků ve vzdělávání, v integraci a inkluzi do škol jsou právě žáci se specifickými poruchami učení (Bartoňová, 2010). Děti se specifickými poruchami učení spadají v současné době do kategorie žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Specifické poruchy učení jsou zvláštní svou etiologií a svými projevy u dětí. Některé děti s těmito poruchami vykazují průměrné až nadprůměrné intelektové schopnosti. Původem poruch nebývají snížené intelektové schopnosti, ale jiné příčiny (srov. Bartoňová, 2018; Jucovičová, Žáčková, 2008).

V české odborné literatuře se používá více termínů. Kromě specifických poruch učení, jsou to dále vývojové poruchy učení nebo specifické vývojové poruchy. Se specifickými poruchami učení úzce souvisí otázka, jaký vztah mají právě k těmto poruchám intelektové výkony dítěte (Pokorná, 2010). Pokorná vidí inteligenci jako „*myšlenkové zvládnání vztahů a souvislosti ve světě, který nás obklopuje*“ (Pokorná, 2010, s. 61). V zahraniční literatuře se používají termíny learning disability, specific learning difficulties nebo legasthenie (Zelinková, 2003).

V padesátých letech 20. století se obrátila pozornost odborníků na děti, které selhávali ve škole, přestože vyznačovali průměrnou až nadprůměrnou inteligenci. Snažili se tedy najít příčinu školní neúspěšnosti dětí, které nebyli mentálně retardované a uplatnit tento nový poznatek do pedagogické, speciálně – pedagogické a psychologické praxe. Další výzkumy se zaměřily na nedostatečné výkony v oblasti čtení a psaní. Nedostatečné výkony v těchto oblastech se projevují i v ostatních předmětech a dlouhodobý neúspěch má za následek negativní přístup dítěte ke školní práci vůbec. Proto není rozhodující srovnávání školních výkonů dětí, které mají obtíže ve čtení a psaní, v jednotlivých předmětech. Odborníci se proto zabývali vztahem mezi intelektovými výkony dítěte a jeho dovednostmi ve čtení a psaní (Pokorná, 2010).

Ve druhé polovině 60. let a začátkem 70. let 20. století se rozdíl mezi úrovní intelektových schopností stal základním předpokladem pro určení specifických poruch učení. Měření a vyšetření inteligence je mnohdy velmi obtížné. Dle Bee se v inteligenčních testech měří pouze základní intelektové dovednosti. Gutezeit zase uvádí, že úroveň intelektových výkonů dítěte je

ovlivněna testem, který při vyšetření psycholog použije. Vyšetření inteligence může dále ovlivnit přístup psychologa k dítěti a nedostatečný rozvoj jeho kognitivních schopností, který je příčinou specifických poruch učení a může mít zároveň negativní vliv na výkon v testu inteligence. Vyšetření inteligence by měl provést odborník, který ohodnotí strukturu intelektových výkonů dítěte, odhalí nerovnosti mezi jednotlivými subtesty a rozebere i styl práce vyšetřovaného jedince. Nejedná se tedy o vyšetření dítěte testem inteligence, ale o interpretaci výsledků vyšetření. Velmi důležité je také působení a dopad prostředí, ve kterém dítě vyrůstá (Pokorná, 2010).

„Specifické poruchy učení výrazně ovlivňují vzdělávací a osobnostní rozvoj dětí, mají vliv na jejich celoživotní orientaci a adaptaci ve společnosti. Mají rozličnou etiologii mimointelektového charakteru, která však negativně ovlivňuje rozvoj kognitivních a intelektových funkcí jedince“ (Pokorná, 2010, s. 73). Specifické poruchy učení můžeme definovat jako *„souhrnné označení pro různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému. I když se porucha učení může vyskytovat souběžně s jinými formami postižení (jako např. smyslové vady, mentální retardace, sociální a emocionální poruchy nebo souběžně s jinými vlivy prostředí (např. kulturní zvláštnosti, nedostatečná nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů“* (Matějček, 1993 in Bartoňová, 2010, s. 9).

Předpona dys znamená rozpor, deformaci či špatně deformovanou funkci. Z pohledu specifických poruch učení značí předpona dys nesprávný vývoj dovedností. Druhá polovina slova vychází z řečtiny a označuje tu dovednost, která je postižená (Zelinková, 2003). Z lékařské terminologie najdeme specifické poruchy učení v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. Jsou uváděny pod čísly F80-F89, naopak specifické poruchy chování jsou uváděny pod čísly F90-F98.

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

F80.0 Specifická porucha artikulace řeči

F80.1 Expresivní porucha řeči

F80.2 Receptivní porucha řeči

F80.3 Získaná afázie s epilepsií

F80.8 Jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka

F80.9 Vývojová porucha řeči a jazyka nespecifikovaná

F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

F81.0 Specifická porucha čtení

F81.1 Specifická porucha psaní a výslovnosti

F81.2 Specifická porucha počítání

F81.3 Smíšená porucha školních dovedností

F81.8 Jiné vývojové poruchy školních dovedností

F81.9 Vývojová porucha školních dovedností nespecifikovaná (Zelinková, 2003).

Specifické poruchy učení dělíme na dyslexii (specifická porucha čtení), dysgrafii (specifická porucha psaní), dysortografii (specifická porucha pravopisu), dyskalkulii (specifická porucha počítání), dyspinxii (postihuje oblast kreslení), dysmúzií (porucha hudebnosti) a dyspraxii (porucha schopnosti vykonávat složité úkony). Do současné české terminologie také řadíme nespecifické poruchy učení, didaktogenní specifické poruchy a neverbální poruchy učení. Nespecifické poruchy učení tvoří skupinu obtíží, které vznikají následkem jiného typu postižení (mentálního, smyslového) či onemocnění, nedostatečnou motivaci k práci ve škole, zanedbání dítěte ve výchově a vzdělávání.

3.2 Etiologie specifických poruch učení

Etiologie specifických poruch chování má více faktorový charakter. Existuje mnoho přístupů, které se snaží postihnout jejich příčinu. Dřívější přístupy se zaměřovaly na popis specifických chyb, kterých se dopouštěly děti s dyslexií. Jiné přístupy hledaly příčinu poruch v drobném organickém poškození mozku. Nejnovější výzkumy se zabývají specifickou funkcí mozkových hemisfér a jejich vzájemným propojením. V 70. letech 20. století vytvořil Müller model multidimenzionální etiologie specifických poruch učení. Model obsahoval všechna teoretická a výzkumná východiska ze 70. let. Model popisuje vzájemné souvislosti mezi příčinami specifických poruch učení, jejich příznaky a projevy. Zahrnuje příčiny způsobené dispozičním omezením, smyslovým postižením, drobným mozkovým postižením a nepříznivým vlivem prostředí. Müller nepovažuje tyto negativní faktory jako za hlavní příčinu specifických poruch učení a označuje je jako nepřímé. Dítě, u které odhalíme nepříznivé perinatální okolnosti, nemusí výhradně vykazovat specifické poruchy učení ve školním věku. Totéž platí i pro nepříznivé podmínky prostředí, ve kterém dítě vyrůstá (Pokorná, 2010).

Na výkon a schopnosti dítěte mají dále vliv plasticita nervové soustavy a přístup učitele k dítěti, jenž může částečně vyvážit negativní dopad prostředí na vývoj dítěte. Tyto faktory mají nežádoucí účinky na další vývoj v případě, pokud vliv prostředí a kompenzační mechanismy poruchu nedokáží vyrovnat. Naopak přímé příčiny specifických poruch učení vznikají, pokud se nepodařilo zdolat primární (nepřímé) příčiny. Vyskytují se jako funkční deficity v kognitivní a mimo kognitivní oblasti a v oblasti prožívání. Dále dochází u dítěte k opoždění v oblasti vývoje. Všechny tyto tři roviny: etiologická rovina (nepřímé příčiny), etiologická rovina sekundárních příčin (přímé příčiny) a fenomenologická rovina symptomatiky (funkční deficity) se podílejí na vzniku specifických poruch učení. Müllerův model sjednocuje dva přístupy, kteří zastávají odborníci, v německy psané literatuře. Jedni uplatňují teorii deficitu dílčích funkcí, které vycházejí z příčin specifických poruch učení. Další prosazují model, kdy jsou dílčí funkce zahrnuty v symptomatologii (Pokorná, 2010).

Uta Frith vytvořila tři roviny, vycházející z výzkumů, které se orientovaly na odhalení příčin a následnou reedukaci dyslexie. První z nich je rovina biologicko – medicínská. Řadíme sem genetiku, strukturu a fungování mozku, hormonální změny a cerebelární teorie. Druhá rovina je rovina kognitivní, která se zaměřuje na fonologický deficit, vizuální deficit, deficity v

oblasti řeči a jazyka, deficity v procesu automatizace, deficity v oblasti paměti, deficity v časovém uspořádání ovlivňující rychlost kognitivních procesů a kombinaci deficitů. Do poslední neboli behaviorální roviny patří rozbor procesu učení, rozbor procesu psaní a rozbor chování při čtení, psaní a při běžných denních činnostech (Zelinková, 2003).

Angermaier sestavil - *katalog příčin specifických poruch učení*, ze kterého vycházejí některé německé přístupy a odborná literatura. Katalog tvoří celkem čtyři oblasti, do kterých řadíme tyto příčiny:

- Funkční nedostatky a deficity schopností: nižší inteligence, artikulační obtíže, řečové obtíže, menší schopnost abstrakce, jednostranné intelektuální nadání, špatná paměť, nedostatečná zraková diferenciacie.
- Poruchy koncentrace a menší odolnost vůči námaze: lenost, odklon pozornosti, nervozita, neklid, nesamostatnost, zabíhající pozornost, nestálá pohotovost k učení.
- Nedostatečné vnější podmínky: a) mimoškolní faktory: zátěž a zanedbanost způsobená neuspořádanými poměry v rodině, ztráta odvahy způsobená stálými výtkami rodičů, chybějící domácí pomoc a péče při přípravě do školy.
- Školní faktory: role outsidera, častější změna školy a absence ve škole, učitel předem očekávající snížený výkon, metodické chyby a nedostatečné osobní nasazení učitele
- Konstituční nedostatky: poruchy zraku nebo sluchu, zdravotní obtíže a na nich závislá zvýšená únavnost a jiné poruchy, tělesný a růstem podmíněný neklid a impulzivita, postižení mozku neznámého původu, opožděný tělesný vývoj (Angermaier in Pokorná, 1997, s. 71).

Dřívější výzkumy často stanovovaly jako příčinu specifických poruch učení lehkou mozkovou dysfunkci. Během posledních let se však stává toto východisko méně uváděné. Poslední výzkumy a teorie se v posledních letech zaměřují novým směrem. Poukazují na to, že diagnóza mozkového poškození, není pokaždé rozhodující. Vyvozuje se, že se jedná spíše o nepravidelnost ve vývoji centrálního nervového systému (Pokorná, 2010). Novější výzkumy proto rozdělily příčiny specifických poruch učení na genetické vlivy s odchylkami ve funkci centrálního nervového systému, lehká mozková postižení s netypickou dominancí mozkových

hemisfér a odchýlnou organizací cerebrálních aktivit, nepříznivé vlivy rodinného prostředí a podmínky školního prostředí. Nepříznivé podmínky rodinného a školního prostředí nejsou považovány za hlavní příčinu, ale spolu podmiňují projevy specifických poruch učení (Bartoňová, 2019). Příčiny mohou vznikat během prenatálního, perinatálního a postnatálního období.

Příčina, která spolu podmiňuje vznik specifickým poruch učení je nepříznivý vliv prostředí, a to podmínky rodinného a školního prostředí. Řada výzkumů přišla na to, že nízké sociální postavení a nižší úroveň vzdělání rodičů má vliv na děti, u kterých se projevují poruchy čtení a psaní. Na školní výkon dětí působí i emocionální klima rodiny. Pozitivní podpora a zájem o práci dětí, jim pomáhá se lépe rozvíjet (Stevenson, Fredman, 1994 in Pokorná, 2010). Postupně se opouští náhled na specifické poruchy učení z hlediska jednotlivých symptomů a při hledání příčin se uplatňuje systémový přístup. Na žáka se specifickými poruchami učení se nahlíží v jeho celistvosti s ohledem na všechny podmínky, ve kterých se žák pohybuje. Bere se v potaz vývoj dítěte před narozením i po narození, jeho rodina a požadavky na vzdělávání (Bartoňová, 2019).

3.3 Osobnost dítěte předškolního věku

Jako předškolní období bývá označováno období od třetího věku až po nástup dítěte do první třídy. Předškolní období je považováno jako jedno z nejzajímavějších vývojových období člověka. Dochází zde k rozvoji tělesné a duševní aktivity, zájmu o okolní jevy a herní činnost. Aktivita dítěte se zaměřuje zejména na hru, proto je předškolní věk někdy nazýván obdobím hry. Dítě dokáže lépe napodobovat sportovnější aktivity, pohyby jsou přesnější a dítě je hbitější. Dítě je schopné plné sebeobsluhy. Kromě hrubé motoriky se rozvíjí i motorika jemná. S rozvojem jemné motoriky souvisí i rozvoj grafomotoriky. Vnímání je spíše globální a dítě vše vnímá jako celek. Dochází k rozvoji sluchové a zrakové diferenciaci, která je později důležitá pro čtení a psaní. Vnímání času je zatím zkreslené. Paměť je bezděčná, mechanická a spíše konkrétní. Až kolem pátého roku se rozvíjí záměrná paměť a dlouhodobá paměť se u dítěte objevuje mezi pátým a šestým rokem. Uzavírá se fáze symbolického a předpojmového myšlení. Dítě přechází z otázky „Co je to?“ na otázku „Proč?“ a všímají si příčinných souvislostí

okolního světa. Hlavní roli v tomto sehrávají rodiče a dospělí. Rozvíjí se názorně intuitivní myšlení, které je typické pro předoperační stádium. Dítě už uvažuje v celostních pojmech a orientuje se na to, co už vidělo a dokáže to jednoduchým způsobem rozčleňovat. V oblasti myšlení dochází k antropomorfismu (polidšťování předmětů), prezentismu (chápaní všeho ve vztahu k přítomnosti), rozvoji fantazijního přístupu a synkretismu (spřahování nelogických znaků) (Šulová, 2010).

Představy dítěte jsou velmi pestré a bohaté. Pro toto období je typická tzv. dětská konfabulace. „*Jsou to smyšlenky, o kterých jsou děti přesvědčeny, že jsou pravdivé*“ (Šulová, 2010, s. 69). Dítě neodlišuje realitu od konfabulace a dospělý je zde jako průvodce k pochopení a přijetí reálného světa a jeho diferenciaci od světa fantazie. Zlepšují se řečové dovednosti, převládá zde komunikativní složka řeči a hraje klíčovou roli v procesu sociální integrace dítěte do skupiny. Rozvíjí se i další složky řeči a to kognitivní a expresivní. Motivačně volní charakteristika předškoláka je ovlivněna potřebou být aktivní. Dítě se neustále ptá a vyptává, v oblasti motoriky neustále poskakuje a poposedává. Dítě v tomto období potřebuje více než kdy jindy silnou potřebu stability, jistoty, zázemí, trvalosti a bezpečí. Dále pak citový a sociální kontakt, společenské uznání a seberealizaci. Stabilní zázemí dává dítěti chuť zkoumat nové věci. Pomáhá zároveň i k postupnému odpoutávání se dítěte od rodiny. Co se týče seberealizace, je vůle předškoláka velmi kolísavá. Motivace je zaměřená na blízké cíle a týká se konkrétního uspokojení s konkrétní činností (Šulová, 2010).

Předškoláka frustruje nedostatek aktivity, kontaktu s vrstevníky a rodiči. Dále vystavování nepřiměřené zodpovědnosti, lžím, kterým ještě nerozumí a nejistému zázemí. Dlouhodobé neuspokojování některých základních potřeb vede k agresi vůči okolí, k agresi vůči sobě samému či k regresi do nižšího vývojového stupně. V předškolním období se formulují základní citové projevy, rozvíjí se schopnost spolupráce, ale také i soupeření. Dítě se učí hledat kompromis, řešit konflikty a podřizovat se zájmu okolí. Dochází k rozvoji morálně etického vývoje předškoláka. Dochází i k tzv. zvnitřnění norem, dítě ví, co se smí a nesmí a začíná regulovat své chování. Erikson toto období považuje za konflikt mezi iniciativou a pocitem viny. Piaget mluví o tzv. heteronomní morálce, kdy dítě dostává příkazy a zákazy od lidí, které vidí jako autoritu. Nezastupitelnou roli ve formování morálního citění hrají právě rodiče a dospělí. Předškolní období je jedno z klíčových při rozvoji morálně etického citění člověka. V oblasti

socializace jsou významné tyto tři roviny: sociální reaktivita, sociální kontrola a osvojování si sociálních rolí. Při osvojování si rolí hraje primární funkci rodina, kde dítě vidí, které chování náleží k určitým rolím. Později se to již děje mimo rodinu, v kolektivu vrstevníků v předškolních zařízeních. Rozvoj kognitivních struktur (řeč, myšlení), motoriky a interiorizace sociálních norem ovlivňuje význam vrstevníků pro předškoláka. Ve vrstevnické skupině si dítě zkouší různé role a potřebuje vrstevníky ke svým hrám. Kontakt s ostatními je důležitý pro rozvoj komunikace, formování vlastního já a pro proces decentrace (Šulová, 2010).

V předškolním věku mají důležitou funkci kresba, hra a pohádky, které pomáhají dítěti vyjádřit svůj vlastní pohled na svět. Kresba má neverbální symbolickou funkci a její vývoj probíhá v několika fázích (Vágnerová, 2012). Hra může být pro dítě tzv. „předstupněm“ pro pozdější učení či ještě vzdálenější práci. Typy her, které si dítě vybírá, mohou pomoci posoudit, k čemu bude mít v dalším vývoji předpoklady a vlohy (Šulová, 2010).

„Rodiče právě v této době formují budoucí pracovní a učební návyky svých dětí, formují kvalitní vztah svého dítěte k sobě, budují autoritu v rámci společných činností. V rámci společných činností vidí dítě svého rodiče v reálné situaci, v reálných vztazích, vnímá, jaké má postavení mezi ostatními dospělými. Kontakt s rodičem umožní dítěti jasně formulovat vlastní chování, roli, anticipovat svůj vývoj, vytvářet ideál Já, koncepci vlastního života“ (Šulová, 2010, s. 77). Dítě v předškolním věku je velmi vnímavé a citlivé na atmosféru domova. Od rodiny přebírá normy společenských vztahů a postoje, které mají členové rodiny k sobě navzájem a k ostatním lidem (Matějček, Pokorná, 1998).

3.4 Deficity dílčích funkcí

Na přelomu 70. let 20. století se zájem v německy mluvících zemích zaměřil zájem na problémy způsobené drobným cerebrálním poškozením, dále se pak sledoval dopad tohoto poškození na psychický a kognitivní vývoj dítěte, tzv. deficity dílčích funkcí neboli *teilleistungsschwächen*. Odborný termín poprvé uvedl J. Graichen. Deficity dílčích funkcí se rozvíjí s psychomotorickým zráním dítěte. Každá komplexní diagnóza by měla zahrnovat psychologické a pedagogické vyšetření, které by mělo určit, zda nedošlo k nerovnoměrnému vývoji, proto je nezbytný systematický a vědomý rozvoj perceptivních, kognitivních a

sociálních schopností (Pokorná, 2010). Greichen poté definuje deficity dílčích funkcí jako: „*snížení výkonu jednotlivých faktorů nebo prvků v rámci většího funkčního systému, který je nezbytný ke zvládnutí určitých komplexních procesů adaptace*“ (srov. Bartoňová, 2018; Pokorná, 2010, s. 95).

Pojem dílčí se týká komplexní funkce mozku, zatímco funkce (neboli leistung) se vztahuje na dovednost vytvářet analogie, myšlenkové struktury, schopnost vnímat čas a prostor a podobně. Jde o určitý systém psychických funkcí, které se rozvíjejí na základě interakcí dítěte s jeho okolím. Psychické funkce se tedy stávají základem pro funkční koreláty centrální nervové soustavy. Při diagnostice je tedy důležité najít, rozpoznat a rozvinout postiženou dílčí funkci, poté může být napraven celý systém (Pokorná, 2010).

Jednou z dalších možných definic je definice dle Sindelarové: „*dílčí funkce jsou základní schopnosti, které umožňují diferenciaci a rozvoj vyšších psychických funkcí, jako jsou řeč a myšlení. V dalším vývoji jsou předpokladem, o který se opírá dovednost čtení, psaní, počítání a i přiměřeného chování.*“ (Sindelarová, 2007, s. 8). Ruský psycholog A. R. Lurija vytvořil model, v kterém stanovil tři funkční jednotky:

- systém vstupu (input): zahrnuje funkce přijetí, analýzu a uchování informací, funkce vnímání a paměti,
- systém výstupu (output): funkce programování, regulace a provádění činnosti, které je zpětně kontrolováno vnímáním, které je součástí systému vstupu,
- systém aktivace a vědomí: informace jsou zde vyhodnoceny, zároveň do zpracování informací vstupují vrozené biologické instinkty (obranné reakce) a naše zkušenosti, motivace a emoce k činnosti.

Podle Lurije je mozek konstituován dle základních funkčních jednotek. Lurijův model ukazuje vztah mezi dílčí funkcí a komplexním systémem. Pokud je narušena dílčí funkce, je poté narušen celý systém. Bez korekce dílčí funkce, nemůže být systém obnoven (Pokorná, 2010). Deficity u dítěte se projevují v oblasti sluchu (sluchové analýzy a syntézy), zraku a orientace v prostoru, v oblasti vnímání schématu těla, v oblasti čtení, psaní a počítání, v organizování vlastních činností a v organizování vlastního času (časový sled) a v oblasti jemné

motoriky. Rozvoj dílčích funkcí pomáhá při prevenci specifických poruch chování a učení (Kucharská, 1997).

4 Prevence specifických poruch chování a učení v předškolním věku

4.1 Cíl bakalářské práce, metodika šetření

Hlavním cílem bakalářské práce je specifikovat povědomí rodičů o prevenci specifických poruch chování a učení u dětí v předškolním věku a zkušenosti rodičů v oblasti uplatňování preventivních opatření v poradenských zařízeních.

Parciální cíle:

- Zjistit, jaká je spolupráce a komunikace mezi rodiči a odborníky
- Popsat, jak probíhá spolupráce mezi odborníky samotnými
- Zjistit, jaký dopad (pozitivní či negativní) mohou mít realizovaná preventivních opatření na děti předškolním a školním věku.

Pro účely výzkumného šetření byly stanoveny následující výzkumné otázky:

VO 1: Jaká je informovanost rodičů o preventivních programech, které jsou nabízeny?

VO 2: Jsou rodiče spokojeni s nastavením a realizací preventivních opatření a průběhem reedukace?

VO 3: Jaká je spolupráce a komunikace mezi rodičem a odborníky?

VO 4: Vnímá poradenský pracovník prevenci jako důležitou součást úspěchu pro následnou intervenci?

Jako metoda výzkumného šetření byl zvolen smíšený výzkum, za užití technik:

- dotazníkové šetření pro rodiče dětí předškolního věku
- případová studie
- polostrukturovaný rozhovor s rodičem
- polostrukturovaný rozhovor s psychologem a speciálním pedagogem.

Předpokladem pro první výzkumnou otázku bylo, že rodiče se začínají zajímat o možnosti prevence v okamžiku, pokud se jejich dítě optimálně nevyvíjí, či narazí v jeho vývoji na první odchylku. Včasná informovanost ze strany rodičů může pomoci usnadnit další směřování dítěte a volbu preventivních opatření. Odborníci mají mít přehled v oblasti preventivních programů, kompetence rozpoznat, jestliže se dítě optimálně nevyvíjí. Předpokladem u druhé otázky bylo, že většina rodičů je spokojena s nastavením a realizací preventivních programů a průběhem reedukace, považují ji za dostačující, popřípadě splnila jejich očekávání. U třetí otázky jsme předpokládali, že spolupráce a komunikace mezi rodičem a odborníky (školou) probíhala pravidelně a nenastali během ní žádné komplikace. S ohledem na čtvrtou otázku jsme předpokládali, že prevenci a její realizaci vnímá poradenský pracovník jako zásadní pro průběh následné intervence.

4.2 Charakteristika sledovaného souboru a technik šetření

Techniky šetření

První výzkumnou technikou byl dotazník, skládal se z 20 položek (viz příloha 1). Dotazník byl anonymně distribuován mezi rodiče, kteří docházejí s dětmi (klienty evidovanými v poradenství) do soukromého poradenství a pedagogicko – psychologické poradny mimo Prahu. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků v papírové podobě a jejich návratnost byla 100 %. Dotazníky byly určeny rodičům dětí se specifickými poruchami chování a učení, či v kombinaci s jinými poruchami. Jednotlivé položky dotazníků byly zaměřené na zjištění povědomí a zkušenosti rodičů o preventivních opatřeních, jejich spokojenost s nastavením a realizací. Další oblast se zaměřila na výčet preventivních programů, jejich zaměření, kým byl program nejčastěji veden a v jakých oblastech měly absolvované programy pozitivní dopad na dítě. Data z dotazníků byla vyhodnocena v Excelu a v SPSS Data Editoru. Výsledky byly zpracovány do grafů a náležitě interpretovány.

Celkem byly zpracovány tři případové studie. Případovou studii definujeme jako: *„výzkumnou metodu v empirickém pedagogickém výzkumu, při níž je zkoumání podroben jednotlivý případ (např. žák, malá skupina žáků, jednotlivá třída, škola apod.), detailně popsán a vysvětlován, takže se dochází k takovému typu objasnění, jehož při zkoumání týchž objektů v*

hromadném souboru nelze dosáhnout. Výhodou metody je možnost hlubokého poznání podstaty případu, nevýhodou omezenost zobecnitelnosti výsledků“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2001, s. 188). V rámci výzkumného šetření byly vytvořeny případové studie žáků se specifickými poruchami chování a učení. Případové studie byly zpracovány pomocí informací ze zpráv z vyšetření. Informace ze zpráv z vyšetření nám byly podány ústní formou poradenským pracovníkem. Dále na základě konzultace při osobním setkání se speciálním pedagogem, s muzikoterapeutem jsme získali data, která byla podkladem námi zpracovaných případových studií informantů. Vše proběhlo za souhlasu odborníků a rodičů dětí s ohledem na GDPR, obecné nařízení o ochraně osobních údajů. Jména všech informantů jsou z etických důvodů změněna, ze stejného důvodu nejsou uvedena ani specifika a konkrétní údaje o zařízeních, kde byla data sbírána. Případové studie, nám pomohou ukázat dopad realizovaných preventivních opatření, ať již pozitivní či negativní, poukázat na názory, pohledy a postoje rodiče a odborníků na danou problematiku.

Pro zpracování a věrohodnost závěrů byla dále využita technika rozhovoru. Rozhovor je *„výzkumný prostředek používaný při dotazování, spočívající v přímé ústní komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem či informantem. Je zaznamenáván na magnetofon či jinak, a pak analyzován z hlediska obsahu rozhovoru, chování respondentů aj. V pedagogickém empirickém výzkumu používán obvykle v kombinaci s písemným dotazníkem“* (Průcha, Walterová, Mareš, 2003, s. 203). Byly realizovány rozhovory s poradenským pracovníkem (psychologem, speciálním pedagogem) a s rodičem. Rozhovory byly zaměřeny na informovanost rodiče o preventivních programech, včasnou informovanost ze strany odborníků (SPU a CH), spokojenost s nastavením a realizací preventivních programů a průběhem reedukace z pohledu rodiče a odborníka. U rozhovoru s rodičem byly doplněny otázky, orientující se na oblast vzdělávání a školy. Rozhovor byl veden s rodičem prvního informanta a druhého informanta. Záměrem bylo porovnat prevenci a průběh péče a reedukace mezi sourozenci. Zjistit prevenci a reedukace u dívky a jak ovlivnila zkušenost rodičů se starším sourozencem průběh prevence a reedukace u mladšího dítěte.

Charakteristika výzkumného souboru

V rámci realizace výzkumného šetření za pomoci jednotlivých technik byli oslovení respondenti, informanti:

Respondenty dotazníkového šetření byli rodiče klientů soukromých a státních poradenských zařízení, jednalo se o zařízení, kde výzkumník vykonával pedagogickou praxi a tato zařízení dobře zná. Výběrový soubor tvořilo celkem 70 rodičů, klientů docházejících do těchto zařízení. Základní kritéria výběru:

- rodiče klientů námi volených poradenských zařízení
- rodiče klientů (žáků se SVP – SPU a SPCH)
- souhlas s účastí na šetření

Na základě získaných informací z navrácených dotazníků, pak byli následně osloven jeden rodič, který souhlasil s polostrukturovaným rozhovorem. Dále byli na základě záměrného výběru osloveni 3 informanti - žáci se specifickými poruchami chování a učení.

První informant Petr (jméno bylo z důvodů anonymity změněno). Získaná data byla zpracována pomocí informací ze zpráv z vyšetření, rozhovoru s matkou a s psychologem, který měl chlapce v péči. Druhými informanty byli Nina a její mladší bratr Vojta (jména byla opět z důvodu anonymity změněna). Získaná data byla zpracována za pomoci informací ze zpráv z vyšetření a z rozhovoru se speciálním pedagogem, který měl chlapce v péči. Informace ze zpráv z vyšetření byly podány ústní formou na základě rozhovoru s pedagogickým pracovníkem, konzultací při osobním setkání se speciálním pedagogem a s muzikoterapeutem. Získaná data tvořila informace pro podklad případových studií informantů.

Pro doplnění názoru na preventivní opatření, uplatňovaná v poradenských zařízeních byl osloven psycholog, jednalo se o informanta s dlouholetou psychologickou praxí a zkušenostmi. Dále byl pak osloven speciální pedagog, logoped. Informanti mají v péči žáky s SPCH a SPU. Získaná data byla podkladem pro případové studie námi realizovaného výzkumného šetření.

4.3 Interpretace výsledků výzkumného šetření

4.3.1 Dotazníkové šetření

Zde jsou uvedena získaná data a jejich interpretace na základě dotazníků určených rodičům. Výzkumný soubor tvoří 70 respondentů.

1. *Věděli jste/Víte o možnosti prevence specifických poruch učení (dys poruchy) a ADHD/ADD u dětí?*

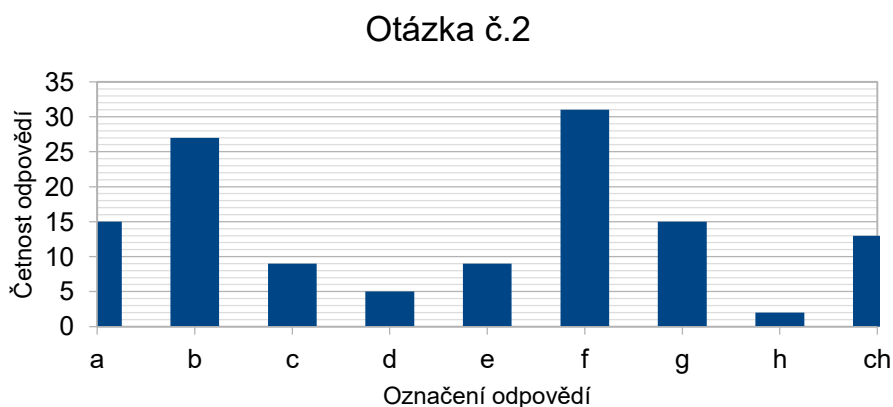


Graf 1: Znalost o prevenci SPU a ADHD/ADD

Označení odpovědí: Respondenti označovali odpověď na škále, kde označení odpovědí bylo: **0** – neodpověděli, **1** – ano, **2** – spíše ano, **3** – nevím, **4** – spíše ne, **5** – ne.

Komentář: Nejčastěji respondenti zatrhli odpověď spíše ano (25 respondentů). Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí bylo ano (16 respondentů) a poté odpověď ne (14 respondentů). Mnoho respondentů si nemuselo být odpovědí ano příliš jisto, proto raději volili odpověď spíše ano (25 respondentů). Někteří na otázku vůbec neodpověděli (2 respondenti), stejný počet respondentů pak zvolil odpověď nevím (2 respondenti). Můžeme tedy vycházet z předpokladu, že rodiče věděli či vědí o možnosti prevence specifických poruch učení a chování.

2. Odkud jste tuto informaci získal/a?



Graf 2: Získání informací

Označení odpovědí: **a)** odborná literatura, **b)** internet, **c)** informace od pediatra (praktické lékaře) dítěte, **d)** informace od odborného lékaře, **e)** informace od psychologa, **f)** informace od speciálního pedagoga, logopeda, **g)** informace od učitelů školského zařízení, které dítě navštěvuje, **h)** informace od členů širší rodiny, **ch)** informace od přátel.

Komentář: Respondenti měli možnost zatrhnout více odpovědí. Nejčastěji získali rodiče informaci o možnosti preventivních programů od speciálního pedagoga, logopeda (31 respondentů). Dále pak z internetu (27 respondentů). Nejčastěji zvolenou třetí odpovědí byla odborná literatura (15 respondentů) a informace od učitelů školského zařízení (15 respondentů), které dítě navštěvuje. Z toho se dá usuzovat, že informovanost odborníků (speciálních pedagogů) a učitelů je dostatečná. Překvapujícím zjištěním byla málo volená odpověď informace od pediatra (praktického lékaře) dítěte (9 respondentů), který v raném dětství dítě vidí nejčastěji a často jako jediný.

3. O možnosti využití preventivních programů u Vašeho dítěte jste se začali zajímat ve věku dítěte?

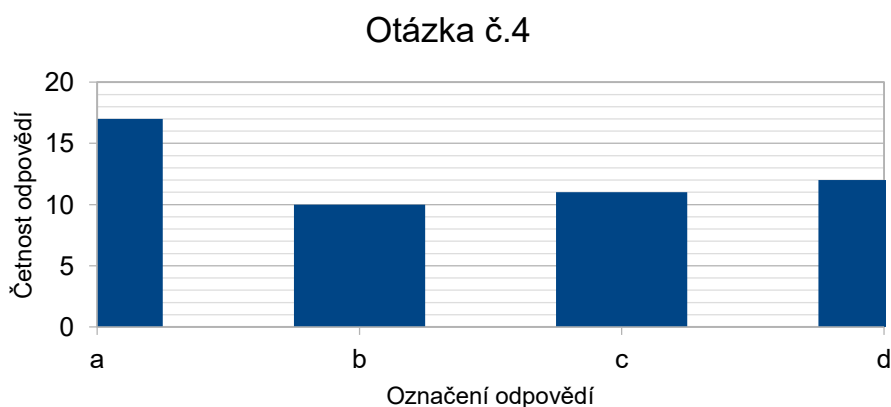


Graf 3: Povědomost o možnosti využití preventivních programů

Označení odpovědí: **a)** 3 - 4 roky, **b)** 4 - 5 let, **c)** 5 - 6 let, **d)** později.

Komentář: Nejčastěji zvolenou odpovědí byla odpověď za 3 – 4 roky (22 respondentů), dále pak 4 – 5 let (16 respondentů), 5-6 let (16 respondentů) a jako poslední odpověď později (11 respondentů). Lze tedy vyvodit, že se rodiče zajímají o možnosti využití preventivních programů v brzkém věku dítěte.

4. Pokud jste získala informace od pediatra či jiného odborníka, bylo to ve věku dítěte?



Graf 4: Informovanost od pediatra či jiného odborníka

Označení odpovědí: **a)** 3 - 4 roky, **b)** 4 - 5 let, **c)** 5 - 6 let, **d)** později.

Komentář: Respondenti nejčastěji zatrhli odpověď první, tedy 3 – 4 roky (17 respondentů), druhou nejčastěji zvolenou odpovědí byla odpověď později (12 respondentů), jako třetí odpověď pak 5 – 6 let (11 respondentů). Rodiče jsou tedy od odborníků informováni dostatečně, přesto je tu část rodičů, která informaci dostala až v pozdějším věku dítěte. Ve věku 5 – 6 let je dítě už předškolákem a na realizaci preventivních programů může být pozdě.

5. Vaše dítě navštěvovalo/navštěvuje?

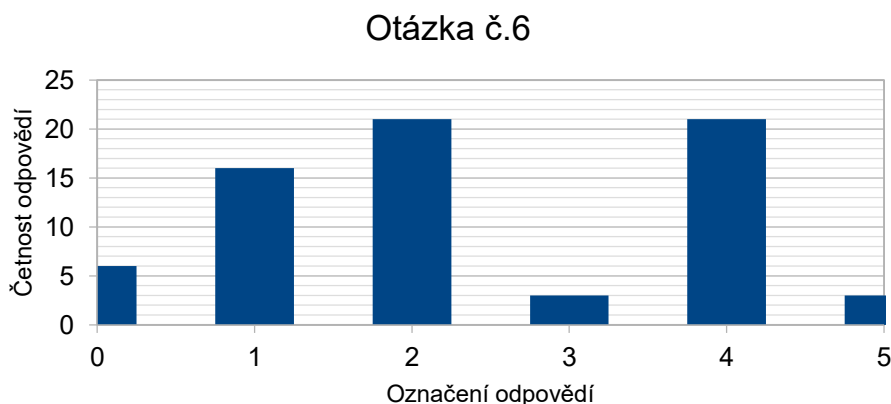


Graf 5: Návštěvnost

Označení odpovědí: **a)** státní mateřskou školu, **b)** soukromou mateřskou školu, **c)** jiné zařízení, **d)** dítě má domácí vzdělávání.

Komentář: Byla zde opět možnost zatrhnout více odpovědí. Respondenti nejčastěji uváděli mateřskou školu (53 respondentů), poté soukromou mateřskou školu (14 respondentů). Z toho vyplývá, že by informace o možných preventivních programech měli poskytovat, právě učitelé mateřských škol.

6. Ve školském zařízení (Mateřská škola, dětská centra při DDM, Centrum volného času...) byl dle Vašeho názoru kladen důraz na primární prevenci?



Graf 6: Důraz na primární prevenci ve školských zařízeních

Označení odpovědí: 0 – neodpověděli, 1 – ano, 2 – spíše ano, 3 – nevím, 4 – spíše ne, 5 – ne.

Komentář: Respondenti opět zatrhávali odpověď na škále. Nejčastěji zvolenou odpovědí v tomto případě byla odpověď spíše ano (21 respondentů) a spíše ne (21 respondentů) (50/50). Jako druhou odpověď zvolili respondenti odpověď ano (16 respondentů). Někteří respondenti na otázku neodpověděli vůbec (6 respondentů). Je možné, že některá školská zařízení se zaměřují na primární prevenci, některá však nikoli.

7. Považovali jste/považujete nastavení a realizaci preventivních opatření za dostačující?



Graf 7: Dostatečnost nastavení a realizace preventivních opatření

Označení odpovědí: 0 – neodpověděli, 1 – ano, 2 – spíše ano, 3 – nevím, 4 – spíše ne, 5 – ne.

Komentář: Respondenti nejčastěji odpověděli spíše ne (21 respondentů), druhou nejčastější odpovědí byla odpověď spíše ano (18 respondentů). Odpovědi ano a ne měli opět stejný počet respondentů (10 respondentů). Část rodičů na tuto otázku neodpověděla vůbec (6 respondentů). Ve školských zařízeních, jak vyplynulo z otázky číslo 6, sice může být kladen důraz na primární prevenci, část rodičů však uvedla, že ji nepovažovali za dostačující. Další rodiče považovali nastavení a realizaci prevence za dostačující.

8. Byli/Jste spokojeni?



Graf 8: Spokojenost

Označení odpovědí: 0 – neodpověděli, 1 – ano, 2 – spíše ano, 3 – nevím, 4 – spíše ne, 5 – ne.

Komentář: Nejčastěji zvolenou odpovědí byla odpověď spíše ano (19 respondentů), poté odpověď ano (16 respondentů). Respondenti tu také poměrně často zatrhli odpověď spíše ne (15 respondentů) a pak ne (7 respondentů). Dokonce více respondentů na otázku neodpovědělo vůbec (8 respondentů) při porovnání s odpověďmi nevím (5 respondentů) a ne (7 respondentů). Z toho se dá vyvodit, že většina rodičů je s prevencí ve školských zařízeních spokojená, je tu však část rodičů, která spokojená není.

9. Zúčastnilo se Vaše dítě či nyní zúčastňuje preventivního programu?

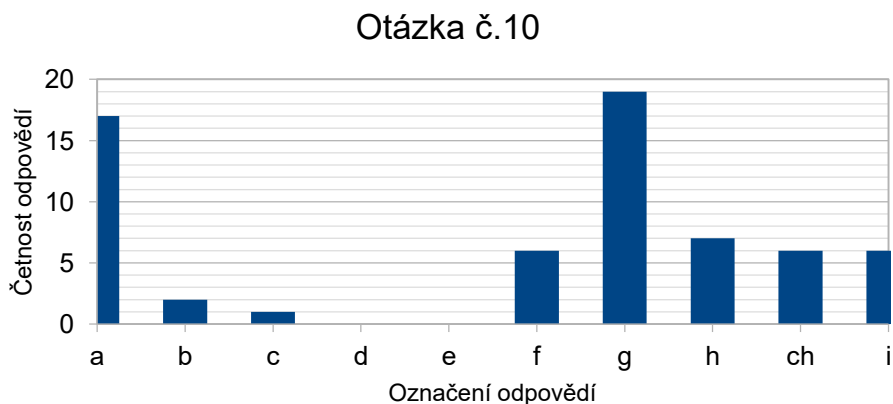


Graf 9: Zúčastnění se preventivního programu

Označení odpovědi: **0** – neodpověděli, **1** – ano, **5** – ne.

Komentář: Tato otázka se skládala ze dvou odpovědí ano nebo ne. Respondenti nejčastěji zatrhlí odpověď ano (39 respondentů). Pokud respondenti zvolili odpověď ne (26 respondentů), nevyplňovali dále otázky číslo 10, 12, 13, 17 a 19, které směřují k absolvovanému preventivnímu programu.

10. Jakého preventivního programu se Vaše dítě zúčastňuje, či zúčastnilo?

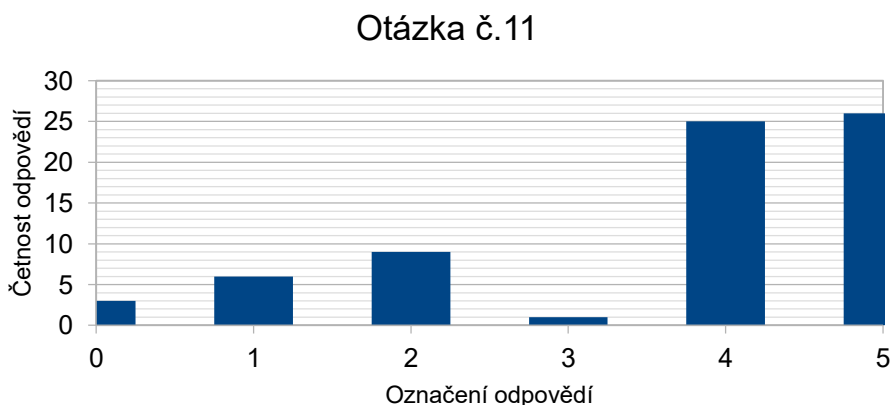


Graf 10: Název preventivního programu

Označení odpovědi: **a)** Maxík, **b)** KUPREV, **c)** KUPOZ, **d)** HYPO, **e)** Kumot, **f)** Trénink jazykových schopností dle Elkonina, **g)** Logohrátky, **h)** Předškolák, **ch)** Instrumentální obohacování profesora Feuersteina, **i)** jiné, uveďte jaké.

Komentář: U této otázky byla možnost zatrhnout více odpovědí. U poslední odpovědi i byla možnost uvést jiné preventivní programy, než byly v ostatních odpovědích. Nejčastěji se děti zúčastnili Logohrátek (19 respondentů), dále pak programu Maxík (17 respondentů). Dále často volenými preventivní programy byly Předškolák (7 respondentů), Instrumentální obohacování profesora Feuersteina (6 respondentů) a Trénink jazykových schopností dle Elkonina (6 respondentů). Respondenti také uvedli i jiné programy (6 respondentů), v otázce neuváděné.

11. Věděli jste již dříve o uvedených programech

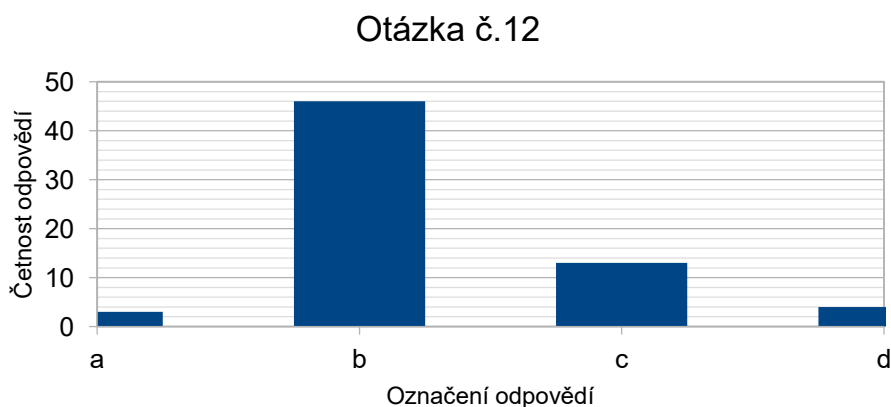


Graf 11: Povědomost o uvedených programech

Označení odpovědí: 0 – neodpověděli, 1 – ano, 2 – spíše ano, 3 – nevím, 4 – spíše ne, 5 – ne.

Komentář: Nejčastější odpovědí byla odpověď *ne* (26 respondentů), druhou pak odpověď *spíše ne* (25 respondentů). Rodiče jsou sice dostatečně informováni o možnosti prevence specifických poruch učení a chování obecně, jak vyplývá z otázky číslo dvě od speciálního pedagoga, logopeda (31 respondentů), dále z internetu (27 respondentů), odborné literatury (15 respondentů) a učitelů školských zařízení (15 respondentů), nejsou však dostatečně informováni v konkrétních oblastech a nabídce preventivních programů.

12. Kdo program vedl/vede?

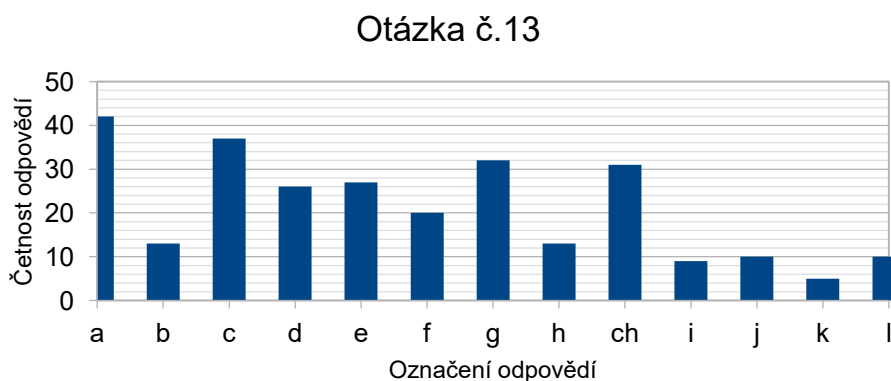


Graf 12: Vedení preventivního programu

Označení odpovědí: **a)** psycholog, **b)** speciální pedagog, logoped, **c)** učitel, **d)** kvalifikovaný externista.

Komentář: Respondenti nejčastěji zvolili položku, speciální pedagog, logoped (46 respondentů), poté zvolili položku učitele (13 respondentů). V desáté otázce byly nejčastěji zatrhnuty programy Logohrátky (19 respondentů), Maxík (17 respondentů) a Předškolák (7 respondentů). Tyto programy jsou právě vedeny speciálním pedagogem, proto je vykázána nejvyšší hodnota položky..

13. Na co se preventivní program zaměřoval/zaměřuje?



Graf 13: Zaměření preventivního programu

Označení odpovědí: **a)** komunikace a jazykové schopnosti, **b)** sociální schopnosti a adaptace, **c)** pozornost, **d)** paměť, **e)** myšlení, **f)** prostorová orientace, **g)** jemná motorika (včetně grafomotoriky), **h)** hrubá motorika, **ch)**

zrakové a sluchové vnímání, **i**) vizuomotorická koordinace, **j**) adaptace a sociální schopnosti, **k**) snížení projevů hyperaktivity, **l**) emoční stabilita.

Komentář: Nejčastěji se preventivní programy zaměřovaly na komunikaci a jazykové schopnosti (42 respondentů), pozornost (37 respondentů), jemnou motoriku (včetně grafomotoriky) (32 respondentů) a zrakové a sluchové vnímání (31 respondentů). Dále pak na myšlení (27 respondentů) a paměť (26 respondentů). U dětí se specifickými poruchami učení a chování je potřeba zaměřovat se právě na tyto oblasti. U této otázky byla opět možnost zatrhnout více odpovědí.

14. Hledali jste možnost docházet na jiné pracoviště (odborníci v poradenských pracovištích, odpolední aktivity, programy, kroužky s preventivní náplní)?



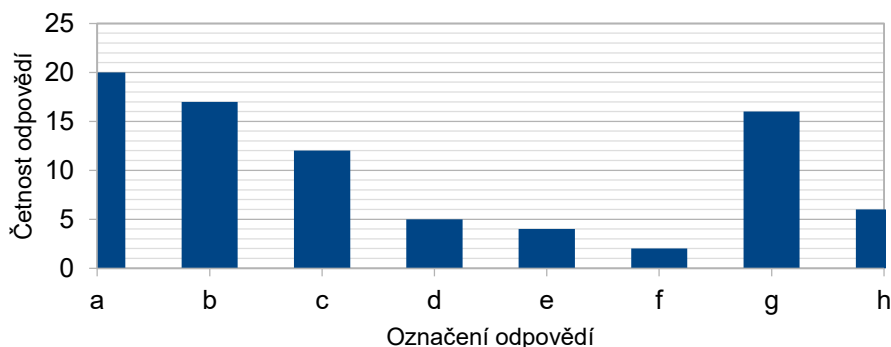
Graf 14: Možnost docházení na jiné pracoviště

Označení odpovědí: 0 – neodpověděli, 1 – ano, 2 – spíše ano, 3 – nevím, 4 – spíše ne, 5 – ne.

Komentář: Respondenti nejčastěji zvolili odpověď ano (23 respondentů). Dalšími nejčastějšími odpověďmi byly ne (16 respondentů) a spíše ne (13 respondentů). Je možné, že rodiče hledali možnost docházet i na jiné pracoviště z důvodu předchozí nespokojenosti. Další možností je, že jim bylo odborníkem doporučeno jiné pracoviště. Respondenti, co uvedli odpovědi ne a spíše ne mohli považovat péči o děti za dostačující.

15. Do jakých jiných pracovišť jste docházeli?

Otázka č.15



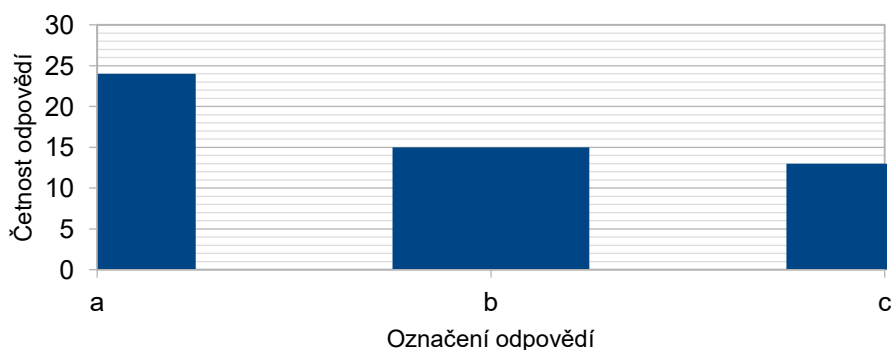
Graf 15: Názvy jiných pracovišť

Označení odpovědí: **a)** Pedagogicko-psychologická poradna, **b)** Speciálně pedagogické centrum, **c)** odpolední aktivity v mateřské škole, **d)** Centrum volného času, **e)** Dětská centra při Dům dětí a mládeže, **f)** Mateřská centra, **g)** soukromá pracoviště, **h)** jiné, uveďte jaké.

Komentář: I zde byla možnost zvolit více odpovědí. Nejčastěji respondenti uváděli pedagogicko – psychologickou poradnu (20 respondentů), speciálně pedagogické centrum (17 respondentů) a soukromé pracoviště (16 respondentů). Často volenou odpovědí byly i odpolední aktivity v mateřské škole.

16. Pokud jste docházeli na preventivní programy mimo mateřskou školu?

Otázka č.16

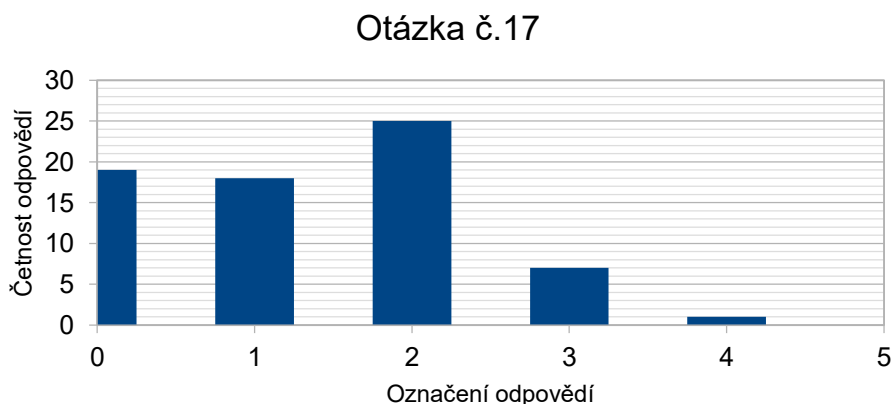


Graf 16: Zaměření preventivního programu mimo mateřskou školu

Označení odpovědí: **a)** program byl zaměřený pouze pro děti, **b)** program byl zaměřený na dítě s účastí rodiče, **c)** mimo mateřskou školu jsme nedocházeli.

Komentář: Nejčastěji zatrhnutou odpovědí byla, že preventivní program byl zaměřen pouze pro děti (24 respondentů), druhou pak, že preventivní program byl zaměřený na dítě s účastí rodiče (15 respondentů). Účast rodičů v programu má pozitivní účinek v tom, že rodič vidí, jak pracuje s dítětem odborník a je tím veden.

17. Realizovaná prevence splnila Vaše očekávání?



Graf 17: Očekávání rodičů

Označení odpovědi: 0 – neodpověděli, 1 – ano, 2 – spíše ano, 3 – nevím, 4 – spíše ne, 5 – ne.

Komentář: Velká část respondentů uvedla, že byla s realizací prevence spokojena, nejčastěji volili odpověď spíše ano (25 respondentů) a ano (18 respondentů). Někteří respondenti na otázku neodpověděli (19 respondentů) bylo to však z důvodu, že se jejich dítě nezúčastnilo či nezúčastňuje preventivního programu, jak následně vyplynulo z otázky číslo 9.

18. Považujete zařazení a realizaci primární a sekundární prevence do vzdělávacího systému v období předškolního věku za důležité?

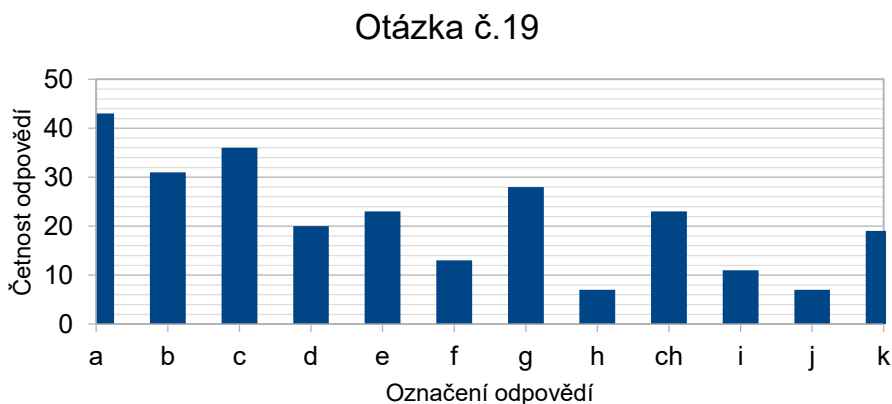


Graf 18: Důležitost zařazení a realizace primární a sekundární prevence

Označení odpovědí: 0 – neodpověděli, 1 – ano, 2 – spíše ano, 3 – nevím, 4 – spíše ne, 5 – ne.

Komentář: Respondenti nejčastěji volili odpověď ano (54 respondentů), dále pak odpověď spíše ano (7 respondentů), nevím (2 respondenti), někteří neodpověděli vůbec (7 respondentů). Nikdo však nezatřhl odpověď spíše ne (0 respondentů) a ne (0 respondentů). Z toho vyplývá, že si důležitost zařazení a realizaci prevence uvědomují.

19. V jakých oblastech měli absolvované programy, aktivity, kroužky pozitivní dopad na Vaše dítě?



Graf 19: Dopad absolvovaných programů, aktivit a kroužků na dítě

Označení odpovědí: **a)** komunikace a jazykové schopnosti, **b)** sociální schopnosti a adaptace, **c)** pozornost, **d)** paměť, **e)** myšlení, **f)** prostorová orientace, **g)** jemná motorika (včetně grafomotoriky), **h)** hrubá motorika, **ch)** zrakové a sluchové vnímání, **i)** vizuomotorická koordinace, **j)** snížení projevů hyperaktivity, **k)** emoční stabilita.

Komentář: Respondenti nejčastěji volili odpovědi komunikace a jazykové schopnosti (43 respondentů), pozornost (36 respondentů), sociální schopnosti a adaptace (31 respondentů), jemná motorika (včetně grafomotoriky) (28 respondentů), zrakové a sluchové vnímání (23 respondentů), myšlení (23 respondentů) a emoční stabilita (19 respondentů). Výsledek koresponduje s výsledkem otázky číslo 13.

20. *Považujete za důležité realizovat prevenci a preventivní programy i v základním vzdělávání?*



Graf 20: Důležitost realizace prevence a preventivních programů

Označení odpovědí: **0** – neodpověděli, **1** – ano, **2** – spíše ano, **3** – nevím, **4** – spíše ne, **5** – ne.

Komentář: V tomto případě nejčastěji zatrhnutou odpovědí bylo ano (56 respondentů). Odpovědi ne (0 respondentů) a spíše ne (0 respondentů) respondenti nezatrhli vůbec. Výsledek koresponduje s výsledkem otázky číslo 18.

4.3.2 Případové studie a rozhovory

Informant č. 1. Petr - 9, 3 let

Informantem je Petr (jméno bylo změněno). Případová studie je doplněna vyjádřením, názory a postoji psychologa, který měl/má chlapce v dlouhodobé péči. Celé rozhovory s matkou chlapce a s psychologem jsou uvedeny v příloze č.2 a č.3.

Petr je prvorozeným, plánovaným synem rodičů vysokoškoláků. Narodil v roce 2011, v termínu, bez komplikací i průběh těhotenství byl bez obtíží. Raný vývoj probíhal v normě, chlapec byl spokojený, i když trochu živější miminko. Kolem roku a půl věku se však zastavil vývoj řeči a začalo se objevovat atypické chování. Matka tuto okolnost dává do souvislosti s očkováním. Chlapec má o dva roky mladšího bratra, rodina žije společně a bydlí v Praze.

Z psychologického a speciálně pedagogického vyšetření: nerovnoměrný vývoj, vývojová dysfázie smíšená těžšího stupně, susp. dysartrie, odlišnosti v chování byly předmětem další diagnostiky – chlapec byl doporučen na vyšetření do speciálně pedagogického centra pro PAS, vyšetřen v září 2014 a v září 2015 se závěrem: „symptomatologii poruchy autistického spektra (PAS) nepozorujeme, pouze hraniční dílčí symptomy v řečových dovednostech a komunikaci, hyperkinetický syndrom s vývojovými poruchami řeči a symbolických funkcí, senzomotorické koordinace, zvýšenou emoční labilitou a smyslovou senzitivitou.“ Z posledních zpráv vyplývá zřetelný posun pozitivním směrem, diagnostikovány byly obtíže dysortografického charakteru, které mají souvislost s přetrvávajícími symptomy vývojové dysfázie a obtíže dysgrafické.

Chlapec začal navštěvovat logopedii DIC (Dětské integrační centrum) a MŠ speciální v září 2013, ve věku 2,8 let, z rozhodnutí rodičů, kteří si uvědomovali nutnost jeho speciálního vedení. V tu dobu pouze vokalizoval libost - nelibost, souhlas – nesouhlas, zaznamenány byly slabiky bibi, pipi. Petr nereagoval na slovní pokyny a cílem prvních návštěv byla jeho adaptace a alespoň minimální řízená spolupráce. V pracovně logopedie měl oblíbené hračky (trn s kruhy, dětské nářadí a vkládací číslice), které když nenašel, reagoval velkým afektem. V chování se objevovalo ulpívání, rituály. Postupně zvládal odloučení od matky a byl brán do třídy, kam měl ve 3 letech nastoupit (interpretují speciálního pedagoga, logopeda - logopedické karta).

Psycholog z rozhovoru dodává: „*Co se týče prevence řečových vad, domnívám se, že informovanost rodičů není příliš vysoká – pokud dítě dlouho nemluví, očekávají často, že se*

„rozmluví“ až půjde do kolektivu dětí, většinou až do mateřské školy. Přetrvávají také názory, že návštěva logopeda je možná až od čtyř – pěti let a jen když má dítě potíže s výslovností atp. Přitom opožděný vývoj řeči znamená i opožděný rozvoj myšlení, vynechané či přeskočené fáze vývoje řeči přináší potíže v rozvoji pojmového myšlení a celkově v porozumění pojmům, čímž následně vážne jak porozumění instrukcím, tak schopnost učit se. Potíže v komunikaci pak přinášejí potíže v sociálním chování dítěte a negativně působí na socializaci dítěte. Ovlivněn je tak jak psychický, tak sociální vývoj dítěte.“

„Obdobná situace je i v prevenci budoucí školní neúspěšnosti, v prevenci SPU. Rodiče často řeší problematiku prevence poslední rok, někdy i půl rok před nástupem do základní školy, což je nedostačující. Celkově mám z praxe zkušenost, že prevenci spíše řeší rodiče, jejichž děti mají velké potíže – pak se v rámci řešení jejich problematiky dostanou i k preventivním programům zaměřených proti možnému rozvoji SPU.“

V lednu 2014 (věk 3 roky) nastoupil do MŠ speciální. Vzhledem k tomu, že měl pleny, velké obtíže s jídlem a potřeboval trvalou pomoc při všech činnostech, byl zařazen do třídy pro děti se závažným zdravotním znevýhodněním, která je dostatečně personálně obsazena. Chlapec, kromě skupinové logopedické práce (Logohrátky), zaměřené na prevenci a včasné podchycení logopedických vad - jednou týdně ve třídě MŠ, byl brán ze třídy individuálně. S matkou byly návštěvy mimo to uskutečňovány dvakrát za měsíc. V popředí logopedické péče byla stále obsahová stránka řeči, rozvoj pasivní slovní zásoby, další řízené spolupráce s ověřováním porozumění, podpora vlastní iniciace řeči. Ve třídě byla pozornost zaměřena na zvládnutí obtíží při stravování, v sebeobsluze, na všeobecný rozvoj chlapce s přihlédnutím k jeho zvláštnostem (postupná eliminace stereotypního chování). Vzhledem k hypotonii začal v rámci MŠ docházet na fyzioterapii a bazén.

Dle vyjádření psychologa: *„Ve své praxi mám děti, které jsou staré rok a půl až dva roky a u kterých začali rodiče pozorovat nerovnoměrný nebo opožděný vývoj a začali mít obavy o jeho optimální vývoj. Stimulační programy pak pomohou dítěti vyrovnat nerovnoměrnosti ve vývoji a dobře se rozvíjet. Takže opravdu optimální je, když rodiče vyhledají odborníka co nejdříve. Čím dříve je nácvik započatý, tím větší je šance na vyrovnání nerovnoměrnosti ve vývoji. Obecně k největší akceleraci vývoje dochází u dítěte v období mezi třetím a šestým rokem vývoje, tudíž by v tomto období měl nácvik nejpozději probíhat. Celkově je potřeba se zaměřovat*

nejen na rozvoj výkonnosti dítěte, ale i na rozvoj jeho psychiky. Hodně dětí si svou nedostačivost uvědomuje, srovnává se s vrstevníky, přestává si věřit, snižuje se jejich sebepojetí, sebedůvěra. Dítě se nezřídka stává úzkostným. Často se pak stává, že dítě tyto pocity nedostačivosti kompenzuje poutáním pozornosti negativním způsobem, nezřídka se chová afektivně až agresivně, což ovlivňuje negativně jejich fungování v sociálním prostředí – rodině, mateřské škole, základní škole. Čili optimální preventivní program by měl být zaměřený nejen na rozvoj schopností a dílčích funkcí, ale i na jejich psychiku, na posilování zdravého sebepojetí, sebezpůsobení, sebedůvěry, což ale předpokládá úzkou spolupráci s rodinou. Mám zkušenosti s preventivním programem Maxík, který je komplexní a přitom zajišťuje i individualizaci nácviku. Velmi dobrou zkušenost mám i s programem FIE pro předškolní děti. Dobré zkušenosti jsou i s neuro vývojovou stimulací, fyzioterapeutickými nácviky zaměřenými na rozvoj hrubé i jemné motoriky a motorické koordinace a s grafomotorickými nácviky. Stále je ale málo preventivních programů cíleně zaměřených na hyperaktivní děti.“

Ve školním roce 2014/2015 došlo u chlapce k pozitivnímu posunu ve všech složkách řeči. Petr začal pojmenovávat - konkrétní podstatná jména, přídavná jména - základní barvy, často ale ještě jen opakoval slyšené (echolálie). Zlepšilo se i porozumění, s rozvojem porozumění se zlepšoval i oční kontakt. Vedle toho používal neverbální komunikační prostředky. Od jara 2015 byl schopen pojmenovávat činnosti (tvořit slovesa) a začal říkat holé věty. Zlepšila se schopnost řízené spolupráce při frontální i individuální práci, logopedická péče byla stále zaměřena na obsahovou stránku a posilování fonematického sluchu a jazykového citu a stále kombinována úkoly k rozvoji percepce (sluchové a zrakové vnímání, prostorová orientace) a jemné motoriky. Obtíže v jemné motorice souvisely s celkovým nerovnoměrným vývojem a s hypotonií. Nasedající pak byla opožděná oblast grafomotoriky (chlapec začal smysluplně kreslit až před nástupem do školy) (interpretuji speciálního pedagoga, logopeda - logopedické karta).

V září školního roku 2015/2016 byl Petr (začal udržovat tělesnou čistotu), přerážen ze třídy pro děti se závažným zdravotním znevýhodněním do třídy logopedické. Po zvládnutí adaptačních obtíží velmi dobře prospíval, začal i aktivně kontaktovat spolužáky. Bylo potřeba vlídné, ale důsledné vedení. Stále se zlepšovala aktivní slovní zásoba, slovesa již běžně používal, často ale v infinitivu. Třídít obrázky podle kategorií zvládl, obtíže činilo jejich pojmenování, stejně jako používání abstraktních pojmů. Při skupinové i individuální práci

byla velká pozornost věnována rozvoji grafomotoriky s použitím všech možných technik a formátů papíru (interpretuji speciálního pedagoga, logopeda - závěrečná zpráva Foniatrické kliniky).

V průběhu března 2016 docházel do čtyř týdenního rehabilitačního stacionáře Foniatrické kliniky. Překvapivě dobře se adaptoval na nové prostředí i spolužáky, ze závěrečné zprávy ale vyplynulo, že v jiném prostředí ze začátku nepředváděl vědomosti a dovednosti, které, dle záznamů MŠ již uměl (např. barvy, početní představy), oční kontakt nevyhledával, objevovaly se echolálie. I přes to ale další realizovaný komplexní rozvoj komunikačních, rozumových a poznávacích schopností měl kladný efekt, rodina si ověřila, že je již chlapec schopen spolupráce v jiném zařízení a docházce se nebrání. Byla také potvrzena diagnóza receptivní a expresivní dysfázie, nerovnoměrný psychomotorický vývoj, porucha koncentrace pozornosti, atypie v chování (interpretuji speciálního pedagoga, logopeda - závěrečná zpráva Foniatrické kliniky).

V lednu 2016 (5 let – předpokládal se druhý odklad docházky) docházel do MŠ speciální - logopedická terapie a speciálně pedagogické vedení bylo stále plně indikováno. Při plánované kontrole v SPC pro PAS v září 2016, vzhledem k velmi pozitivnímu vývoji a personálním změnám v MŠ speciální, bylo navrženo další vedení chlapce v logopedické třídě zařízení, ve kterém by byl chlapec dále vzděláván. Ve školním roce 2016/2017 byl Petr zařazen do logopedické třídy MŠ při ZŠ pro děti s vadami sluchu. Vedle toho pokračuje v individuální logopedické terapii a speciálně pedagogické práci (jednou za týden) v soukromém poradenství. Ve druhém pololetí chlapec absolvoval kurz „Předškolák“ v malé skupině dětí. Neverbální úkoly plnil na stejné úrovni jako ony, ve skupině se i dařil rozvoj grafomotoriky, chlapec začal i samostatně kreslit, preferoval však obtahování a psaní písmen. Na úspěšně absolvovaného „Předškoláka“ navázala letní dětská terapeutická skupina, pořádaná poradenstvím v červenci. Na základě psychologického vyšetření školní zralosti a zhodnocení stupně vývoje chlapce byl doporučen nástup do 1. třídy logopedické (v návaznosti na logopedickou třídu MŠ) ZŠ pro děti s vadami sluchu bez nutnosti realizovat odklad školní docházky. První třídu (školní rok 2017/2018) chlapec absolvoval bez výrazných obtíží ve zvládnutí vlastního učiva. Výkon oslabuje značné kolísání pozornosti a rychle nastupující únava, proto bylo doporučeno psychiatrické vyšetření ke zvážení vhodné medikace (interpretuji psychologa a speciálního pedagoga, logopeda - zpráva z psychologického a speciálně pedagogického vyšetření).

Psycholog z rozhovoru dodává: „U tohoto konkrétního dítěte bylo optimální, že se s cvičeními začalo poměrně brzo a že mu brzy začala být poskytována individuální, cílená a intenzivní péče. Smutné ale bylo, že rodina se poměrně obtížně domáhala pomoci, než se jí dostalo optimální péče. Nebylo jednoduché ani stanovení adekvátní diagnózy, nalezení odborníka, který by s dítětem optimálně pracoval (včetně psychiatrické péče). Jednoduché nebylo ani zajištění školního zařazení dítěte. Vzhledem k závažnosti jeho problematiky postupuje reedukace pomalu, ale úspěšně. Mimo logopedického a reedukačního nácviku je poskytována i podpora matce, aby ve svém úsilí a práci s dítětem nepolevovala, aby nadále docházelo k rozvoji dítěte.“

Speciálně pedagogická intervence

Chlapec i nadále absolvuje individuální logopedickou péči každý týden a vzhledem k zřejmé nutnosti posílení pohybového aparátu, nácviku správných pohybových stereotypů, koordinace a odstranění přetrvávajících primárních reflexů, dochází ještě od října 2017 dosud na neuro-vývojovou stimulaci (NVS) (interpretují speciálního pedagoga, logopeda - zpráva o průběhu NVS). Má vypracován individuální vzdělávací plán, který je založen na jednoduchých tělesných cvičeních obohacených o další pohybové aktivity, které mají příznivý vliv na neuro-motorický a senzomotorický vývoj. Zadávaná cvičení mají mimo jiné vliv na zlepšení integrace sensorických funkcí včetně propriocepce, na propojování hemisfér, bodymap a pomáhají zlepšit rovnováhu (interpretují speciálního pedagoga, logopeda - zpráva o průběhu NVS). Od doby zahájení docházky na NVS je možné sledovat zlepšení v oblasti motorických pohybových dovedností. Ve školním roce 2018/2019 chlapec dochází do 2. třídy. Škola si vyžádala novou zprávu o průběhu logopedické a speciálně pedagogické péče. Přestože se výrazně zlepšila schopnost sluchové percepce i fonemického rozlišování, chlapec chybí v diferenciaci sykavek v běžné mluvě, při nácviku s oporou zraku nechybuje a začíná se sám opravovat. Slabiky měkké a tvrdé rozlišuje, ukazujeme odpovídající kostku. Čte velmi pěkně. Dosud přetrvává oslabení jazykového citu, ale i tato oblast je výrazně lepší: komolení a přesmyky se již vyskytují méně a jen v artikulačně náročných a méně známých slovech, věty chlapec tvoří spontánně delší, začíná sám opravovat své dysgramatismy. Aktivní a pasivní slovní zásoba se dostává do rovnováhy. Při psaní ubylo chyb ve stranově obrácených tvarech. Ve známém a bezpečném prostředí nemá chlapec obtíže s iniciací řeči, se spontánní produkcí,

pomocí řeči dosahuje cíle, všimne si již změněného, nebo citového zabarvení hlasu, chápe dvojsmysl, legraci a sám ji rád verbalizuje. Sociální upotřebení řeči není výrazně narušeno, je ale stále limitované aktuálními možnostmi a závislé na stavu pozornosti a únavě. Je potřeba předcházet frustraci s nezvládnuté situace, která může vést k emočním rozladům (interpretuji psychologa a speciálního pedagoga, logopeda - zpráva z psychologického a speciálně pedagogického vyšetření). Na konci školního roku bylo realizováno kontrolní psychologické vyšetření pro posouzení efektivity komplexní péče. U chlapce se silnou formou vývojové dysfázie vlivem péče, která je mu věnována, dochází k stálým posunům pozitivním směrem, od minulého vyšetření došlo k dalšímu zřetelnému posunu.

Z konzultace při osobním setkáním se speciálním pedagogem – logopedem, který má chlapce v dlouhodobé péči vyplynulo: Petr nyní (školní rok 2019/2020) chodí do 3. třídy, stále ZŠ pro děti s vadami sluchu. Při respektování jeho individuálních potřeb, vyplývajících z diagnózy vývojová dysfázie a syndrom ADHD (kontrolovat porozumění, nové pojmy vizualizovat, přeformulovávat, vzhledem k rychle nastupující únavě pracovat v kratších úsecích, poutat pozornost vhodnou motivací) se daří zvládat učivo českého jazyka (včetně obávaných vyjmenovaných slov a pochopení slov k nim příbuzným) i matematiky. Chlapec chodí do školy rád, je veselý, přátelský, komunikuje. Výrazně ubylo afektů, emoční rozlady se vyskytují při únavě a obavách, že nezvládne splnit zadané. U chlapce s těžkou vývojovou dysfázií a poruchou pozornosti (syndrom ADHD) se včasnou (od 2,8 let) intenzivní komplexní péčí, včetně zařazení podpůrných preventivních aktivit podařilo dosáhnout v každém daném období maximálního možného rozvoje bez dopadu na jeho psychiku. Chlapce, nyní ve věku 9,3 let, mám možnost sledovat od jeho 2,8 let. Nejdříve v Dětském integračním centru (DIC) a MŠ speciální, během svých středoškolských praxí a pak průběžně v soukromém poradenství, intenzivně zejména při konání letní dětské terapeutické skupiny.

Psycholog na závěr dodává: *„Nejvíce efektivní je včasná stimulace dítěte a včasná intervence formou preventivních programů. Vadí mi, že pokud má dítě v kojeneckém a batolecím věku potíže ve vývoji motoriky, je mu zajištěna včasná péče. Co se ale týče vývoje řeči, čeká se, až se dítě „rozmluví“ a přitom vývoj řeči úzce souvisí vývojem myšlení. Zdá se mi, že ne všichni odborníci (lékaři, pedagogové i někteří psychologové) si důsledky problémů ve vývoji řeči uvědomují. Stejně tak bývá zanedbáván rozvoj grafomotoriky (od dbaní na správný úchop psací*

potřeby až po optimální vývoj kresby) - některé děti pak začínají kreslit až v pěti letech a často pak vzniká zbytečně dysgrafie. Současná škola je mnohem náročnější, než bývala dříve a proto je také nutné dítě více a dříve stimulovat. Současné děti jsou také více závislé na audiovizuální technice a nehrají tolik běžné dětské hry, které rozvíjely jejich motoriku, motorickou koordinaci, smyslové vnímání, pozornost, paměť atd. Jsou pak více ohroženy vznikem specifických poruch učení, protože nejsou optimálně rozvinuty funkce důležité pro psaní, čtení a počítání, které byly dříve zcela přirozeně stimulovány pomocí motorických, rytmických a jiných her.“

Informant č. 2. Nina – 7,8 let,

Informant č. 3. Vojta – 6,6 let

Informanti jsou Nina a Vojta (jména byla změněna). Případové studie jsou doplněny vyjádřením, názory a postoji speciálního pedagoga, logopeda, který měl/má děti v dlouhodobé péči. (Celý rozhovor se speciálním pedagogem, logopedem je uveden v příloze č. 3.).

Dívka, narozena v dubnu 2009, při prvním kontaktu ji bylo 7,8 let je nejstarší ze tří dětí, má šestiletého bratra a tříletou sestru. Rodina žije pohromadě v Praze, otec je vysokoškolák, matka středoškolačka. Těhotenství bylo vedeno jako rizikové, okolnosti při porodu také. Vývoj probíhal v normě, první slova říkala v roce, ale věty až po třetím roce. Byla hodnocena jako živé dítě, které se hůře soustředí, pokud ji činnost výrazně nezaujme. Kolem druhého roku věku se objevily afekty, které byly dávány do souvislosti s narozením bratra. Ve věku 3,5 let nastoupila do MŠ v místě bydliště, v rámci docházky byla realizována i logopedie. Pedagogicko-psychologickou poradnou byl udělen odklad školní docházky pro celkovou nezralost. Během tohoto roku setrvala ve stejné MŠ, na žádné preventivní, stimulační či přípravné programy nedocházela.

Dle vyjádření speciálního pedagoga, logopeda z rozhovoru: „*Myslím si, že obecně mají rodiče „prevenci“ spjatou spíše s jinou oblastí, dozvídají se a hovoří o prevenci onemocnění (zajímají se a diskutují o očkování), o prevenci úrazů, obezity apod. O preventivních programech, zaměřených na vývoj řeči, SPU, ADHD, se zavčas zajímají ti rodiče, kteří mají s výskytem těchto obtíží již zkušenost, ať už u sebe, starších dětí, nebo v širší rodině“.* Dívka byla objednána na vyšetření do soukromého poradenství na základě doporučení školní speciální

pedagožky a také psycholožky, po jejím předchozím psychologickém vyšetření v listopadu 2016. Důvodem byly výrazné obtíže po nástupu do 1. třídy, přestože byl realizován odklad školní docházky. Nina absolvovala vyšetření ve dvou termínech, důvodem byla velká únavnost, neschopnost cílené spolupráce a pomalé pracovní tempo. Při první návštěvě byli přítomni oba rodiče, při druhé otec.

Speciální pedagog, logoped z rozhovoru dodávají: *Stále je také rozdíl mezi povědomostí a možnostmi rodičů z velkých měst a vesnic, zejména těch malých, kde dojezdová vzdálenost do nejbližšího města za pediatrem i dalšími odborníky je veliká. Zejména zde je pak dlouho „jedinou autoritou“ právě pediatr, který dítě vidí, když není nemocné, jen při preventivních prohlídkách. Ty jsou realizovány v lichých rocích věku. Pokud se tedy ve třech letech (při tříleté kontrole) cokoliv přejde, nepodchytí, neřeší, při další - pětileté kontrole je již pozdě. Například oblast vývoje řeči se uzavírá mezi 6-7 rokem věku, pak je jakákoliv náprava, reedukace obtížnější a často zdlouhavá. Od předškoláka se pak i očekává více, což mu bez zvládnutí předchozí etapy vývoje v rámci jeho obtíží jde špatně, nebo vůbec. To má často negativní dopad na psychiku dítěte, které místo, aby na začátku vzdělávání bylo natěšené, úspěšné, je konfrontováno se svým ne výkonem. Toto může ovlivnit jeho celou akademickou cestu“.*

Interpretuji speciálního pedagoga, logopeda - logopedické vyšetření leden 2017: Intonace bez nápadností, plynulost není narušena, tempo řeči je nerovnoměrné, překotné a odpovídá celkovému ladění dívky. Oromotorika: jednotlivé izolované pohyby zvládá dobře, potíže jsou v sekvenci pohybů, což odpovídá nižší věkové kategorii. Řeč je narušena ve všech jazykových rovinách:

Foneticko-fonologická jazyková rovina (schopnost tvořit hlásky a sluchem je rozlišovat): ve spontánní produkci tvoří sykavky a vibranty často nečistě, má obtíže s diferenciací sykavek, znělých a neznělých hlásek a hlásek podobně znějících (chybovost dy-di, ny-ni, ty-ti). Při prvním vyšetření musela být napomínána, aby mluvila nahlas a „pořádně“, aby ji bylo rozumět. *Lexikálně-sémantická jazyková rovina* (porozumění řeči a vyjadřování): spontánní slovní zásoba je chudší, výbavnost pojmů s latencemi, záměny pojmů (zejména časových, prostorových a v kategoriích). Porozumění je oslabeno, obtíže ve složitějších logicko gramatických strukturách řeči. *Morfologicko-syntaktická jazyková rovina* (tvoření vět a souvětí, slovní druhy a ohýbání): dívka mluví v jednoduchých větách, vyjadřování je často neobratné, v

souvěťích jsou přítomny dysgramatismy, komolení, přesmyky. Předložkové vazby správně určuje podle obrázků, ve spontánní mluvě občas chybuje. Zvratné sloveso zapojí do vět při cíleném vyšetření v 75%. Zkoušku jazykového citu, ani první subtest nešlo splnit (budeme opakovat po delším nácviku). *Pragmatická jazyková rovina* (sociální upotřebení řeči): odpovídá nižší věkové kategorii, sociální interakce Niny jsou velmi spontánní a dětské, ovlivněné také poruchou aktivity a pozornosti.

Speciálně pedagogická diagnostika: sluchové rozlišování při první návštěvě nesplnila (únava a nepochopení pojmů jiné – stejné), při druhé 10 chyb z 26, stejně tak až na podruhé analyzovala jednoduchá slova, určovala hlásky (občas s chybou) a syntézu jednoduchých slov začíná plnit, pokud vidí obrázek předříkávaného. Náročnější „skládačku“ na zrakové vnímání splnila a dokončila při druhé návštěvě. Držení tužky není správné (vhodná by byla násadka „motýl“), kresba odpovídá nižší věkové kategorii. U dívky s negativní anamnézou, s poruchou pozornosti a aktivity a s potížemi v percepcích (přestože byl realizován odklad školní docházky) se na základě vyšetření může jednat o v dětství nerozpoznanou a „neošetřovanou“ vývojovou dysfázii a současné obtíže jsou na ni nasedající. Narušení vývoje řeči ovlivňuje kvalitu myšlení, poznávání a vývoj osobnosti je nerovnoměrný. Může snížit výkon dítěte do obrazu lehkého mentálního postižení. Stejně tak primární lehké mentální postižení způsobuje pozorované obtíže dívky. Na další diferenciální diagnostiku je však potřeba delšího času a spolupráce k tomu kompetentních odborníků. Pro práci s dívkou je potřeba využít zjištěných skutečností a adekvátně intenzivně s ní pracovat a domnívám se, že stanovení dg. není nyní podstatné.

Speciální pedagog, logoped z rozhovoru: „*U dívky, zmiňované v kazuistice, vzhledem ke všem okolnostem nebyly realizovány žádné preventivní programy, ani podpůrná péče v předškolním věku. S dívkou se začalo cíleně pracovat až po nástupu do první třídy (kolem pololetí), kdy selhávala ve zvládnutí učiva, neúspěch si uvědomovala a začala ve škole vyrušovat, zlobit. Vedle toho se celkové přetížení projevovalo i v její časté nemocnosti a časté absence pak ještě více prohlubovaly. Domnívám se, že preventivní programy jsou obecně slučovány až s předškolními dětmi. Je to asi tím, že je realizují převážně školská zařízení. V povědomí veřejnosti je stále zažito, že až do věku pět - šest let „stačí“ docházka do MŠ. Když pomíneme různou kvalitou školek, je nutné uvědomit si odkolika let do MŠ dítě chodí. Stále jsou oblasti, kde je dítě z kapacitních důvodů zařazeno až na nyní povinný předškolní rok. Před tím navštěvuje různé*

dětské skupiny apod. To může mít za následek nejednotné vedení i včasné nerozpoznání, nebo bagatelizování možných odchylek, či obtíží ve vývoji. Zde by právě ucelený program vedený odborníkem byl na místě“.

Speciálně pedagogická intervence: Ve stávající třídě vést dívku, jako žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, vypracovat individuální vzdělávací plán a zvážit možnost podpory asistentem pedagoga. Dívku hodnotit slovně a kladně reagovat na pokroky, volit laskavý, ale důsledný přístup, podpořit začlenění do kolektivu, vést k samostatnosti a zadávat ve třídě úkoly praktického rázu (rozdat, přinést, vyřídit vzkaz . . .). Nina pěkně a ráda zpívá, což by se také pro podporu sociálního začlenění dalo využít. Dle dalšího vývoje a výsledků, při spolupráci všech zúčastněných, eventuálně zvážit vzdělávání ve speciálním školství, nejlépe v ZŠ logopedické.

Interpretuji speciálního pedagoga, logopeda – doplnění k logopedické zprávě leden 2017: Dívka je i nadále v péči soukromého poradenství. Od ledna do dubna 2017 se uskutečnily další tři návštěvy, bohužel polovina z původně plánovaných, vzhledem k časté nemocnosti. Přesto ale zaznamenávám mírný pokrok ve všech rovinách řeči i v rozvoji percepce (největší obtíže činní čtení, kde si Nina již uvědomuje nedostatečnost a slova domýšlí, přestože pak stejná dobře syntetizuje). Je potvrzena dg. smíšená vývojová dysfázie. Z tohoto důvodu by bylo vhodné další vzdělávání v ZŠ logopedické. Intenzivní logopedická a speciálně pedagogická péče je i nadále plně indikována. Po zvážení všech uvedených skutečností, přihlédnutí k velmi časté nemocnosti dívky (vykazuje znaky přetížení a somatizuje) a aktuálně uvolněnému místu v ZŠ logopedické, byla Nina přeřazena a poslední čtvrtletí první třídy docházela již do této školy. Stále navštěvovala soukromé poradenství vzhledem k nutnosti logopedické terapie reziduí (pozůstatků) vývojové dysfázie a speciálně pedagogické podpore nasedajících obtíží – rozvíjející se specifické poruše učení (SPU). Při přezkoušení na konci první třídy již v ZŠ logopedické bylo rozhodnuto o nutnosti opakování první třídy.

V červenci 2017 se Nina zúčastnila letní dětské terapeutické skupiny, pořádané soukromým poradenstvím, kam jezdí na nápravy. Zde jsem s ní pod vedením pracovala. V dopoledních blocích – při střídání aktivit, jsem se zaměřila na opakování učiva první třídy. Ninu bavilo čtení krátkých příběhů, u kterých se porozumění přečteného kontroluje splněním úkolu pod textem. Posilováním grafomotoriky se zlepšila kresba různými technikami. Vyhledávanou a oblíbenou aktivitou byla muzikoterapie, kde rytmizace podpořila schopnost slabikování slov,

soustředění, sluchové vnímání a paměť. Při odpoledních činnostech v přírodě byly patrný projevy její hyperaktivity, včetně obtíží v chování – většina pokynů se jí musela opakovat – jí individuálně, na pokyny celé skupině většinou nereagovala, často smlouvala a odmlouvala.

Hlavním cílem jejího zařazení do skupiny bylo pomoci jí vyrovnat se s opakováním první třídy, s další změnou kolektivu, o čemž Nina často sama hovořila. Toto se podařilo společnými silami zvládnout, dívka to přijala, začala se těšit na dovolenou s rodiči a sourozenci a slíbila, že pošle vlastnoručně napsaný pohled. Ve druhém pololetí druhé třídy (školní rok 2018 - 2019) bylo nutné, vzhledem k rozvíjejícím se SPU stanovení podpůrných opatření (PO) příslušným speciálně pedagogickým centrem. Stanoven byl třetí stupeň PO, diagnostikovány SPU – psaní (dysgrafie), pravopisu (dysortografie) středně závažného stupně a konstatovány celkově oslabené matematické schopnosti (interpretuji speciálního pedagoga, logopeda - závěr zprávy SPC).

Nina je nyní (školní rok 2019 – 2020) ve třetí třídě stále ZŠ logopedické. Stále dochází do soukromého poradenství, logopedická terapie byla již nahrazena muzikoterapií. Důvodem byla nutnost relaxace, uvolnění, při muzikoterapii Nina „nevnímá“, že se učí a snáze se motivuje (čerpáno z rozhovoru s muzikoterapeutem).

Na začátku druhého pololetí třídní učitelka Niny začala uvádět stále narůstající obtíže při zvládnání matematiky, včetně jejího negativistického chování – obavy z chyb celkově blokují její výkon. V rámci poradenství bylo realizováno kontrolní psychologické vyšetření zaměřené na matematické schopnosti dívky a doporučeny reedukace pod vedením odborníka na dyskalkulie (specifická porucha počítání). Dívka tedy vedle muzikoterapie dochází na tuto doporučenou nápravu. Přestože je ve třetí třídě, bylo nutné začít s upevněním předmatematických schopností, odpovídajících předškolnímu dítěti (představy o množství, velikosti a umístění- prostorová orientace), nacvičit a průběžně opakovat orientaci na číselné ose a upevnit pochopení řádu číslice v čísle (jednotky-desítky-stovky). Vedle toho dívku povzbudit a posílit její sebedůvěru, aby stálé obavy ze selhání nevedly ke vzdávání zadaného v samém počátku. Realizované se již pozitivně projevuje, dívka se v matematice zlepšila a to jí i dále motivuje. Zlepšení konstatuje i třídní učitelka. Při reedukacích je dále počítáno s využitím metody Instrumentálního obohacování Reuvena Feuersteina (čerpáno z rozhovoru se speciálním pedagogem zaměřeným na dyskalkulii).

Ze speciálněpedagogického pozorování: S dívkou jsem se poprvé setkala v červenci 2017 při letní dětské terapeutické skupině. Nina je nyní jedenáctiletá dívka, vzhledem k odkladu školní docházky a opakování první třídy dochází teprve do třetí třídy. Přestože dochází do ZŠ logopedické a SPC stanovilo podpůrná opatření třetího stupně, zvládnutí učiva není bez obtíží, což má i negativní dopad na psychiku dívky (ovlivnění sebepojetí, obavy z neúspěchu blokují výkon, kompenzace selhávání nevhodným chováním a vyrušováním). Důvodem je přetrvávání obtíží, které by se, dle mého názoru, daly odstranit, nebo alespoň zmírnit při včasné realizaci preventivních, stimulačních programů (např. Maxík, KupoZ, HYPO, nebo všeobecný Předškolák) v předškolním věku. Zejména rok, kdy byl realizován odklad měl být využit k cílenému rozvoji spolu s logopedií a včasnou diagnostikou. Rodiče uvádějí, že tyto informace neměli a ani je nedostali. Domníváme se, že svou roli sehrál i fakt, že vedle Niny matka pečovala o další dvě děti. Zejména o dva roky mladší bratr Vojta s výskytem epileptických záchvatů byl na péči náročný. O tomto chlapci je kazuistika následující.

Speciální pedagog, logoped z rozhovoru: „*Ve své praxi se často setkávám právě s dětmi, které přicházejí až po pětileté prohlídce na pokyn pediatra na „doladění výslovnost“, ale při kompletním vyšetření vyjde najevo, že obtíže jsou mnohem hlubší a pak je mnohdy nutný odklad školní docházky. Právě pediatři, ale učitelé MŠ by si měli uvědomit, že než takové dítě absolvuje všechna požadovaná vyšetření (foniatrie + vyšetření sluchu, logopedie, neurologie, psychologie, často i psychiatrie a pro odklad školní docházky pak PPP, nebo SPC) uplyne často rok – objednávací termíny jsou několik měsíců a na vyhotovení každé zprávy je třicet dní. O nárůstu dětí s opožděným vývojem řeči (zde by snad ještě šlo použít „on/ona vám toho ještě namluví“), s vývojovou dysfázií (nelze s opožděným vývojem řeči zaměňovat), jazykově znevýhodněných + s odlišným mateřským jazykem a obecně s logopedickými vadami, se hodně mluví i píše. Stejně tak o projevech ADHD i SPU. Z hlediska pozitivního dopadu komplexní péče o ně je ale zásadní právě věk, kdy se začne. V tomto smyslu by měli být informováni, jak již bylo zmíněno právě pediatři a učitelé MŠ, dětských skupin apod., tak, aby byli schopni dál poskytnout tyto informace rodičům. Vyhledávání možností prevence i ucelených preventivních programů rodiči je individuální. Závisí na stupni jejich vzdělání, na zkušenostech, na finančních možnostech i způsobu života a hodnotovém systému“.*

Informant č. 3. Vojta – 6,6 let

Vojta v červnu 2017, kdy poprvé navštívil soukromé poradenství mu tedy bylo 6,6 let. Je prostředním ze tří dětí, starší sestra Nina (předchozí kazuistika) je dívka se speciálními vzdělávacími potřebami (vývojová dysfázie, ADHD, SPU - dysgrafie, dysortografie, snížené matematické schopnosti), mladší sestra je zdravá.

Vyjádření speciálního pedagoga, logopeda: *„Po této zkušenosti rodičů (se starší sestrou) se s jejím mladším bratrem, po všech nezbytných vyšetřeních, začalo pracovat dříve. Vedle docházky na individuální hodiny, zaměřené na logopedickou terapii a speciálně pedagogické vedení, absolvoval Předškoláka, docházel a stále dochází na neuro-vývojovou stimulaci a muzikoterapii. I přes závažnost počáteční diagnózy jeho vývoj pokračuje dobře“.*

V anamnéze jsou uváděny perinatální komplikace, poporodní adaptace bez obtíží. Psychomotorický vývoj – seděl v 8 měsících, lezl v 9, chodil bez opory ve 13 měsících. První slova okolo roku, poté stagnace vývoje řeči, první věty až v 5 letech. V 1,5 roce se vyskytla epileptická aktivita, od 2 let do ledna 2018 (7,2 let) mu byla podávána antiepileptika. Chlapec z důvodu epilepsie byl po tuto celou dobu sledován na neurologii. Vojta nastoupil ve čtyřech letech do MŠ v místě bydliště, po půl roce byl přerazen do MŠ logopedické. Ve školním roce 2017 – 2018 měl nastoupit do první třídy, z důvodu přetrvávajících nedostatků v řečové oblasti, potížím v oblasti koncentrace pozornosti, nezralosti percepčních a grafomotorických dovedností byl doporučen odklad školní docházky, který byl realizován (čerpáno ze závěru zprávy SPC).

Dle speciálního pedagoga, logopeda: *„Domnívám se, že preventivní programy jsou obecně slučovány až s předškolními dětmi. Je to asi tím, že je realizují převážně školská zařízení. V povědomí veřejnosti je stále zažito, že až do věku pět - šest let “stačí“ docházka do MŠ. Když pomineme různou kvalitu školek, je nutné uvědomit si od kolika let do MŠ dítě chodí. Stále jsou oblasti, kde je dítě z kapacitních důvodů zařazeno až na nyní povinný předškolní rok. Před tím navštěvuje různé dětské skupiny apod. To může mít za následek nejednotné vedení i včasné nerozpoznání, nebo bagatelizování možných odchylek, či obtíží ve vývoji. Zde by právě ucelený program vedený odborníkem byl na místě“.*

Při prvních návštěvách v červnu 2017 byla potřeba pozvolného nácvičku řízené spolupráce. Vojta v novém prostředí zkoušel hranice, mapoval si prostor, objevovalo se afektivní

manipulativní chování a křik, byl velmi nejistý, oční kontakt úsporný, rychle nastupoval psychomotorický neklid a únava. Na začátku července byl zařazen do dětské terapeutické skupiny, kam docházela i sestra a s její pomocí a přes hravé činnosti se postupně začleňoval. Zde dobře reagoval na muzikoterapii, a proto od ledna 2018 dochází i na ni. Vzhledem k nutnosti posílení pohybového aparátu a jeho koordinace a zejména odstranění přetrvávajících primárních reflexů dochází také od ledna 2018 na neuro-vývojovou stimulaci (čerpáno z rozhovoru se speciálním pedagogem – logopedem).

Z vyšetření a průběhu péče během odkladu školní docházky: plynulost v běžné mluvě není narušena, při excitaci a v emočně zabarvených situacích se objevuje repetice slabik a slov, nosovost dobrá a tempo řeči kolísá, při formulaci odpovědi je pomalé, při excitaci rychlé, překotné, vyskytovaly se echolálie (opakování slyšeného).

Foneticko-fonologická jazyková rovina - chlapec při přijetí do péče neměl fixováno měkčení, chyběly hlásky L, R, Ř. Formální stránka však nebyla v popředí péče a byla rozvíjena v kontextu ostatních rovin řeči. V současné době jsou fixovány všechny hlásky včetně R a Ř. Po celou dobu byla pozornost věnována diferenciaci sykavek, znělých a neznělých hlásek a hlásek podobně znějících (dy-di, ny-ni, ty-ti), což se z počátku dařilo jen s podporou odpovídajícího grafému s obrázkem a kostek měkkých a tvrdých. Výkon byl limitován nedostatečnou schopností fonematického rozlišování a nácvik musel být prováděn s podporou zraku. Zde došlo k výraznému posunu vlivem rytmizačních cvičení při muzikoterapii. *V morfologicko-syntaktické jazykové rovině* (tvoření vět a souvětí, slovní druhy a ohýbání), bylo zjištěno výrazné oslabení jazykového citu. Vojta mluvil v kratších, holých větách, časté byly jednoslovné odpovědi, stále častěji ale překvapil „souvislým vyprávěním“. Výrazně se zlepšila iniciace řeči, chlapec se již nechá motivovat, vše závisí na aktuálním stavu pozornosti a únavy. Při tvorbě rozvinutých vět se již méně vyskytují dysgramatismy, komolení, přesmyky, obtíže se dlouho vyskytovaly v předložkových vazbách a se zvrtným „se“, nyní již vše pěkně pojí. Aktivní slovní zásoba se postupně dostala do rovnováhy s pasivní, již je schopen pracovat i s antonymy a homonymy. *V lexikálně-sémantické jazykové rovině* (porozumění řeči a vyjadřování): byla zřejmá nejistota při formulaci odpovědi, výbavnost pojmů s latencemi, musel se nechat dostatek času a stále povzbuzovat. Chlapec začínal na ukazování obrázků podle použití, ukazoval činnost – podal na výzvu obrázek se slovesem a utvořil větu. *Pragmatická*

jazyková rovina – sociální upotřebení řeči již není výrazně narušeno, je stále více pohotové, závislé ale na aktuální pozornosti. Nárůst spontaneity mluvy a schopnosti postihnout sociální situaci je veliký. Je potřeba předcházet frustraci z nezvládnuté situace, která ještě vede k emočním rozladům a koktavosti.

Vojta docházel (stále dochází) jednou týdně na hodinu (60 minut). Část byla věnována logopedii a část speciálně pedagogickému vedení - rozvoji percepce, pozornosti, paměti, pravolevé orientaci, předmatematickým schopnostem a grafomotoriky. Absolvoval program Maxík (čerpáno z logopedické karty). Vedle toho docházel (stále dochází) jednou za čtrnáct dní na muzikoterapii, která posilovala logopedickou terapii. Při muzikoterapii se rozvíjela nejen potřebná sluchová percepce, rytmizace (Orffova metoda), paměť (chlapec si pěkně pamatoval písničky, poznal je podle melodie) a slovní zásoba, ale i celkové motorické a grafomotorické schopnosti (upevnila se pravá ruka při kreslení) a koordinace. Závěr každé hodiny byl věnován společné hudební improvizaci a technikám vycházejícím s tanečně – pohybové terapie. Vojta se na muzikoterapii těšil, oblíbil si hru na bicí nástroje (dle vyjádření muzikoterapeuta).

Jednou za čtrnáct dní docházel (stále dochází) také na neuro - vývojovou stimulaci. V rámci vstupního vyšetření byla zjištěna přítomnost primárních reflexů a výrazné oslabení v oblasti rovnováhy, což zhoršuje schopnost učení. Pro Vojtu byl vypracováván individuální plán, který je založen na jednoduchých tělesných cvičeních, která primární reflexy inhibují a umožňují, aby funkci postupně převzaly reflexy posturální. Vojta udělal během roku ve všech sledovaných oblastech velký pozitivní posun, především se zlepšila jeho motivace a iniciace k mluvě a především k práci. Velký vliv na jeho celkový výkon mělo úplné vysazení léků na epilepsii a dále pravidelně nastavený režim docházky do poradenství, kde byla realizována nutná komplexní péče, jejíž nutnost si rodiče po zkušenosti se starší sestrou uvědomili. Po kontrolním vyšetření (psychologické + SPC) v závěru školního roku bylo rozhodnuto o zařazení a vzdělávání chlapce v ZŠ logopedické, kam dochází dosud (dle vyjádření speciální pedagožky). S chlapcem jsem se také poprvé setkala v červenci 2017 při letní dětské terapeutické skupině.

Speciální pedagog, logoped na závěr: *„Informaci od odborníka by rodiče, jak již bylo řečeno výše, měli dostávat ihned, při prvních projevech opoždování či nerovnoměrnosti vývoje. Pediatři, pokud dítě vedle něho nenavštěvuje dalšího specialistu, jsou jediní, kteří mají informace z rodinné anamnézy i z osobní anamnézy dítěte – o průběhu těhotenství, porodu.*

Pokud je anamnéza riziková, měla by se dávat do souvislosti s projevy dítěte. Ze své praxe vím, že péče je smysluplná a úspěšná, když se začne mezi 2 – 3 rokem dítěte. Nejvhodnější věk je období od + - tři do šesti let, kdy dochází k největší akceleraci vývoje. Nejvhodnější věk je období od + - tři do šesti let, kdy dochází k největší akceleraci vývoje. Také je potřeba si uvědomit, že po nástupu dítěte do první třídy již rodina nemá tolik času na plnění úkolů z jakéhokoliv nácviku, vedle úkolů školních. Pokud dítě již v raném věku vykazuje výrazné opoždění ve vývoji, vývoj nerovnoměrný, atypický či zdravotní hendikepy, dostane se mu včas adekvátní, komplexní péče. Ve své praxi mám děti, které se narodily předčasně s extrémně nízkou porodní váhou, od narození jsou sledované a „navigované“ na adekvátní zařízení. Přes všechna zdravotní znevýhodnění pak v předškolním věku často vykazují lepší úroveň řečových i dalších schopností, než děti běžné, u kterých se vše začne řešit poslední rok, někdy i půl rok, před nástupem do první třídy. Období mezi druhým (třetím) a pátým rokem věku je z hlediska akcelerace vývoje nenahraditelným, získané dovednosti ve všech oblastech jsou základem pro bezproblémový rozvoj těch dalších. Dle mého názoru tedy nedává smysl děti v tomto věku adekvátně nerozvíjet, ať už „běžně“, nebo, je-li to potřeba, pod vedením odborníka“.

4.4 Závěry výzkumného šetření

Parciálními cíli bylo zjistit, jaká je spolupráce a komunikace mezi rodiči a odborníky, popsat, jak probíhá spolupráce mezi odborníky samotnými a zjistit, jaký dopad (pozitivní či negativní) mohou mít realizovaná preventivních opatření na děti předškolního a školního věku. V rámci prvního a druhého cíle byl proveden rozhovor s matkou Petra, která uvedla, že spolupráce mezi ní, školou a odborníky probíhala úspěšně, dokonce i spolupráce pediatra s dalšími odborníky. Bylo provedeno dotazníkové šetření, které ukázalo, jak probíhá komunikace ze strany odborníků ohledně informovanosti rodičů o prevenci a preventivních programech. Nejčastěji získali rodiče informaci o možnosti preventivních programů od speciálního pedagoga, logopeda, dále pak z internetu, odborné literatury a od učitelů školského zařízení. Informovanost odborníků (speciálních pedagogů) a učitelů je dostatečná, nicméně rodiče málo volili odpověď informace od pediatra (praktického lékaře) dítěte. Dalším zjištěním bylo, že rodiče jsou sice opět obecně informováni o možnostech prevence, jsou si vědomi významu důležitosti zařazení a realizaci primární a sekundární prevence do vzdělávacího systému v

období předškolního věku, nejsou však dostatečně informováni opět v konkrétních oblastech a nabídce konkrétních preventivních programů.

Dále byly realizovány případové studie, které jsou doplněny vyjádřeními a pohledy odborníků na danou problematiku (čerpáno z rozhovoru s psychologem a se speciálním pedagogem). Každá z jednotlivých případových studií ukázala, jaký dopad může mít „včasná“ reedukace a realizace preventivních opatření na vývoj dítěte předškolního a školního věku. Prevenci a její realizaci vnímá poradenský pracovník jako zásadní pro průběh následné intervence. Parciální cíle se nám tímto tedy podařilo naplnit.

VO 1: Jaká je informovanost rodičů o preventivních programech, které jsou nabízeny?

Z výše uvedených grafů vyplývá, že rodiče věděli, či vědí o možnosti prevence specifických poruch učení a chování. Nejčastěji získali rodiče informaci o možnosti preventivních programů od speciálního pedagoga, logopeda, dále pak z internetu, odborné literatury a od učitelů školského zařízení. Informovanost odborníků (speciálních pedagogů) a učitelů je dostatečná, nicméně rodiče málo volili odpověď informace od pediatra (praktického lékaře) dítěte. Pokud není včas rozpoznána odchylka ve vývoji, nebo se dítě optimálně nevyvíjí, měl by na to upozornit praktický lékař, který v raném dětství dítě vidí nejčastěji a často jako jediný. V pozdějším věku dítěte může být již pozdě. Obzvláště pokud se jedná o rodinu, která žije mimo město. Často jsou to právě pediatři, kteří mohou poslat dítě na vyšetření či k jinému odborníkovi, jestliže se dítě optimálně nevyvíjí. Včasná informovanost, prevence a zachycení diagnózy může výrazně předcházet zmíněným poruchám a ovlivnit další vývoj dítěte.

Matka Petra o možnosti využití preventivních programů nevěděla, když se však objevila odchylka ve vývoji chlapce, obrátila se na pediatra. Ten doporučil další vyšetření, která byla zaměřena na diagnostiku, ne na prevenci. Tato okolnost potvrzuje výsledky dotazníkového šetření, že primárně pediatři rodiče o možnostech včasného zahájení jakéhokoliv preventivního opatření neinformují. I zde se potvrzuje předpoklad pro první výzkumnou otázku, že rodiče se začínají zajímat o možnosti prevence v okamžiku, pokud se jejich dítě optimálně nevyvíjí nebo narazí v jeho vývoji na první odchylku. Rodiče, jak vyplynulo z dotazníkového šetření, se o možnosti využití preventivních programů začínají zajímat v brzkém věku dítěte, nejčastěji ve 3

– 4 letech. Ze strany odborníků jsou informováni také ve 3 – 4 letech, je tu však část rodičů, která informaci dostala až v pozdějším věku dítěte. Ve věku 5 – 6 let je dítě už předškolákem a na realizaci preventivních programů může být pozdě.

Informovanost učitelů v mateřských školách se zdá být dostačující. Rodiče uvedli, že o možnosti prevence věděli či vědí, uvedli také, že jejich děti nejčastěji navštěvovaly mateřskou školu. Informovanost učitelů se zdá být uspokojivá. Praxe však může být v některých mateřských školách jiná. 50 % rodičů uvedlo, že v mateřské škole byl kladen důraz na primární prevenci, dalších 50 % rodičů však uvedlo, že nikoli. Je tedy možné, že informovanost učitelů je dostačující, některé mateřské školy se však na primární prevenci nezaměřují. Jak již bylo zmíněno výše, ve věku 5 – 6 let je dítě už předškolákem a na realizaci preventivních programů může být pozdě. Dalším důležitým zjištěním bylo, že rodiče jsou sice dostatečně informováni o možnosti prevence specifických poruch učení a chování obecně, jak vyplývá z otázky číslo jedna od speciálního pedagoga, logopeda, dále z internetu, odborné literatury a učitelů školských zařízení. Jsou si vědomi významu důležitosti zařazení a realizaci primární a sekundární prevence do vzdělávacího systému v období předškolního věku. Nejsou však dostatečně informováni v konkrétních oblastech a nabídce konkrétních preventivních programů.

Co se týče případových studií u Petra začala jeho reedukace poměrně brzy a byla mu poskytována individuální, cílená a intenzivní péče. Nebylo lehké stanovení adekvátní diagnózy, nalezení vhodného odborníka, ani zajištění vhodného školského zařízení. Reedukace postupuje sice pomalu, ale úspěšně. Matka Petra uvedla, že s nastavením a realizací preventivních programů a průběhem reedukace byla a je spokojena. U chlapce byla diagnostikována těžká vývojová dysfázie a ADHD, díky intenzivní komplexní péči, včetně zařazení podpůrných preventivních aktivit (i preventivních programů Maxík a Předškolák), se podařilo dosáhnout maximálního možného rozvoje bez dopadu na jeho psychiku.

U Niny se začalo s reedukací až po nástupu do 1. třídy, přestože byl realizován odklad školní docházky. I přes podpůrná opatření třetího stupně, zvládnutí učiva není bez obtíží, což má i negativní dopad na psychiku dívky. Přetrvávání obtíží by se dalo odstranit, nebo alespoň zmírnit při včasné realizaci preventivních, stimulačních programů v předškolním věku. Odklad školní docházky mohl být využit k cílenému rozvoji spolu s logopedií a včasnou diagnostikou. Rodiče uvedli, že tyto informace neměli a ani je nedostali. Výsledky dotazníkového šetření nám

ukázaly, že rodiče nejčastěji dostávají informace od pediatra či jiného odborníka ve věku 3 – 4 let, dále často volenou odpovědí byla odpověď později, jako třetí odpověď pak 5 – 6 let. Maminka Niny však pečovala o další dvě děti. Po zkušenostech se starší sestrou se u Vojty začalo s reedukací dříve. Z důvodu přetrvávajících nedostatků v řečové oblasti, potíží v oblasti koncentrace pozornosti, nezralosti percepčních a grafomotorických dovedností byl doporučen odklad školní docházky, který byl realizován. Vojta se postupem času posunul ve všech sledovaných oblastech, především se zlepšila jeho motivace a iniciace k mluvě a k práci.

Potvrdil se předpoklad pro první výzkumnou otázku, že rodiče se začínají zajímat o možnosti prevence v okamžiku, pokud se jejich dítě optimálně nevyvíjí, či narazí v jeho vývoji na první odchylku. Rodiče jsou sice opět obecně informováni o možnostech prevence, jsou si vědomi důležitosti zařazení primární a sekundární prevence do vzdělávacího systému a její realizace v období předškolního věku, nejsou však dostatečně informováni opět v konkrétních oblastech a nabídce konkrétních preventivních programů.

VO 2: Jsou rodiče spokojeni s nastavením a realizací preventivních opatření a průběhem reedukace?

Předpokladem u druhé otázky bylo, že většina rodičů je spokojena s nastavením a realizací preventivních programů a průběhem reedukace, považují ji za dostačující, popřípadě splnila jejich očekávání. Co se týče spokojenosti rodičů, část rodičů uvedla, že nastavení a realizaci prevence považovali za dostačující. Další rodiče ji za dostačující nepovažovali. Většina rodičů je s prevencí ve školských zařízeních spokojená, je tu však část rodičů, která spokojená není.

Na základě analýzy můžeme konstatovat, že preventivní programy se nejčastěji zaměřují na komunikaci a jazykové schopnosti, pozornost, jemnou motoriku (včetně grafomotoriky) a zrakové a sluchové vnímání. Dále pak na myšlení a paměť. U dětí se specifickými poruchami učení a chování je potřeba zaměřovat se právě na tyto oblasti. Přesto je, dle vyjádření psychologa, stále málo preventivních programů cíleně zaměřených na hyperaktivní děti. Je nutné se zaměřovat nejen na rozvoj výkonnosti dítěte, ale i na rozvoj jeho psychiky. Optimální preventivní program by měl být zaměřený nejen na rozvoj schopností a dílčích funkcí, ale i na jejich psychiku, na posilování zdravého sebepojetí, sebedůvěry, sebedůvěry, což ale

předpokládá úzkou spolupráci s rodinou. Dobré zkušenosti z preventivních programů má psycholog s Maxíkem a Instrumentálním obohacováním profesora Feuersteina, což byli respondenty často volené programy v dotazníku. Na základě analýzy výsledků můžeme uvést, že včasná stimulace dítěte a včasná intervence formou preventivních programů může zamezit či zmírnit rozvoj různých poruch a snížit riziko jejich působení a vlivu.

VO 3: Jaká je spolupráce a komunikace mezi rodičem a odborníky?

U třetí výzkumné otázky se nám potvrdil předpoklad, že spolupráce a komunikace mezi rodičem a odborníky (školou) probíhala pravidelně a nenastaly během ní žádné komplikace. Matka Petra uvedla, že spolupráce mezi ní, školou a odborníky probíhala úspěšně, dokonce i spolupráce pediatra s dalšími odborníky. Díky komplexní péči se podařilo u chlapce dosáhnout maximálního možného rozvoje. O možnosti volby vhodné vzdělávací instituce byla informována ze strany speciálně pedagogického centra. Matka dále uvedla, že zkušenost se starším sourozencem měla pozitivní dopad na mladšího, věděla čeho si při vývoji řeči i dalšího všimnout, na koho a kam se obrátit.

VO 4: Vnímá poradenský pracovník prevenci jako důležitou součást úspěchu pro následnou intervenci?

Psycholog dále uvedl, že informovanost rodičů ohledně prevence řečových vad není tak vysoká. Přitom opožděný vývoj řeči znamená i opožděný rozvoj myšlení. Potíže v komunikaci pak přinášejí potíže v sociálním chování dítěte. Ovlivněn je tak jak psychický, tak sociální vývoj dítěte. To souvisí i s odpověďmi z dotazníkového šetření. Rodiče jsou sice dostatečně informováni, nejsou však dostatečně informováni v konkrétních oblastech. Psycholog dále zmínil, že rodiče často řeší problematiku prevence poslední rok, někdy i půl rok před nástupem do základní školy. Respondenti v dotazníku uvedli, že informace od pediatra či jiného odborníka dostávají ve věku 3 – 4 let dítěte. Část rodičů uvedla, že informaci dostávají ve věku 5 – 6 let, někdy i později. Ve věku 5 – 6 let je dítě už předškolákem a na realizaci preventivních programů může být pozdě. Z rozhovoru s psychologem vyplývá, že prevenci spíše řeší rodiče, jejichž děti mají velké potíže. Informovanost rodičů o možnostech prevence je podle psychologa záležitost

hodně individuální, ideální stav by byl, kdyby rodiče získali informace o preventivních programech hned, jakmile jsou ve vývoji zaznamenány první anomálie. Optimální je, pokud rodiče vyhledají odborníka co nejdříve.

Speciální pedagog uvádí, že rodiče mají prevenci spjatou spíše s jinou oblastí, dozvídají se a hovoří o prevenci onemocnění, o prevenci úrazů, obezity apod. To souvisí s výsledky z dotazníku, kdy rodiče věděli či vědí o možnosti prevence specifických poruch učení a chování, nejsou však dostatečně informováni v konkrétních oblastech a nabídce preventivních programů. O preventivních programech, zaměřených na vývoj řeči, SPU, ADHD/ADD, se včas zajímají ti rodiče, kteří mají s výskytem těchto obtíží již zkušenost, ať už u sebe, starších dětí, nebo v širší rodině. Povědomost rodičů o preventivních programech se také liší v tom, kde rodiny žijí. Rodiny z menších vesnic, musejí za pediatry a dalšími odborníky dojíždět. Pediatři jsou kolikrát jediní, kteří dítě vidí. Kontroly u pediatrů probíhají v lichých rocích věku. Pokud se tedy ve třech letech cokoliv přejde, nepodchytí, neřeší, pak při další pětileté kontrole je již pozdě. Na základě analýzy výsledků můžeme konstatovat, že informaci o možnosti prevence specifických poruch učení (dys poruchy) a ADHD/ADD u dětí rodiče nejčastěji získávají od speciálního pedagoga, logopeda. Dále pak z internetu. Nejčastěji zvolenou třetí odpovědí byly odborná literatura a informace od učitelů školského zařízení, které dítě navštěvuje. Málo volenou odpovědí byla odpověď informace od pediatra (praktického lékaře) dítěte.

Z hlediska pozitivního dopadu komplexní péče o ně je ale zásadní právě věk, kdy se začne. V tomto smyslu by měli být informováni, jak již bylo zmíněno, právě pediatři a učitelé MŠ, dětských skupin apod., tak, aby byli schopni dál poskytnout tyto informace rodičům. Vyhledávání možností prevence i ucelených preventivních programů rodiči je individuální. Závisí na stupni jejich vzdělání, na zkušenostech, na finančních možnostech i způsobu života a hodnotovém systému.

Dle vyjádření speciálního pedagoga jsou preventivní programy obecně slučovány až s předškolními dětmi. Stále jsou oblasti, kde je dítě z kapacitních důvodů zařazeno do mateřské školy až na nyní povinný předškolní rok. Před tím navštěvuje různé dětské skupiny apod. To může mít za následek nejednotné vedení i včasné nerozpoznání, nebo bagatelizování možných odchylek, či obtíží ve vývoji. Zde by právě ucelený program vedený odborníkem byl na místě. Ve své praxi se tento speciální pedagog setkává s dětmi, které se narodily předčasně s extrémně

nízkou porodní váhou, od narození jsou sledované a „navigované“ na adekvátní zařízení. Přes všechna zdravotní znevýhodnění pak v předškolním věku často vykazují lepší úroveň řečových i dalších schopností, než děti běžné, u kterých se vše začne řešit poslední rok, někdy i půl rok, před nástupem do první třídy. Období mezi druhým (třetím) a pátým rokem věku je z hlediska akcelerace vývoje nenahraditelným, získané dovednosti ve všech oblastech jsou základem pro bezproblémový rozvoj těch dalších. A tedy nedává smysl děti v tomto věku adekvátně nerozvíjet, ať už „běžně“, nebo, je-li to potřeba, pod vedením odborníka.

Potvrdil se nám předpoklad pro čtvrtou výzkumnou otázku, že prevenci a její realizaci vnímá poradenský pracovník jako zásadní pro průběh následné intervence. Cílem jednotlivých případových studií a vyjádření a pohledu odborníků bylo ukázat, jaký může mít dopad „včasná“ reedukace a realizace preventivních opatření na vývoj dítěte. Prevence v předškolním věku může zamezit či zmírnit rozvoj různých poruch a snížit riziko jejich působení a vlivu. Včasná informovanost, prevence a zachycení diagnózy může výrazně předcházet specifickým poruchám chování a učení a zásadně tak ovlivnit další vývoj dítěte.

4.5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo specifikovat, jaké mají rodiče povědomí o prevenci specifických poruch chování a učení, jaké jsou zkušenosti rodičů dětí předškolního věku v oblasti preventivních opatření. Klade důraz na obeznámenost rodičů, spolupráci a komunikace mezi rodiči a odborníky a odborníky samotnými. Teoretická část se zaměřovala na problematiku prevence a specifické poruchy chování a učení. V empirické přehled části byl rozpracován smíšený výzkum – dotazníkové šetření, případové studie a polo strukturovaný rozhovor s rodičem a s psychologem/speciálním pedagogem.

Ukázalo se, že obecnou povědomost o prevenci rodiče mají, považují ji za důležitou, s přehled její realizací jsou na 50 % spokojeni, nicméně o konkrétních preventivních programech při konkrétních obtížích dítěte, včas informování nejsou, zájem projevují a přehled informace si hledají například na internetu. Zde hraje velkou roli jejich předchozí zkušenost s danou problematikou (výskytem obdobných obtíží u nich samých, u starších přehled dětí či v širší rodině), místo jejich bydliště (město versus vesnice) a také úroveň jejich vzdělání a přehled

hodnotový systém. Zjištění, že informace o možné prevenci pediatři rodičům téměř nepodávají (otázka č. 2 - šesté místo z celkových devíti odpovědí) koresponduje ze přehled zkušenostmi oslovených odborníků a vyplývá i z uvedených kazuistik. Pediatři, při výskytu obtíží, doporučují dítě na další odborná vyšetření, která jsou v procesu diagnostiky sice nutná a zásadní, ale již po dobu realizace těchto vyšetření, by bylo na místě, aby se s dítětem ve smyslu primární prevence začalo adekvátně pracovat. Informace o tomto jsou pak rodiče nuceni si hledat sami. Pokud se v procesu diagnostiky dostanou k odborníkovi (speciální pedagog, logoped, psycholog), ten pak podává informace v rámci možností prevence a preventivních programů. Toto také vyplynulo z dotazníkového šetření. Domníváme se tedy, že pediatři jsou často jediným zdrojem informací i autoritou pro rodiče malých dětí a měli by mít obecné informace o možnostech prevence a preventivních programech. Stejně tak jako výše přehled zmínění odborníci (psycholog, speciální pedagog, logoped) si průběžně doplňují informace a vzdělávají se ve svých oborech, často s přesahem do spolupracujících oborů. Stačilo by mít v ordinaci či v čekárně přehled a nabídku preventivních programů s odkazy.

Vzhledem k uvedenému (rodiče dostávají informace až od odborníka) je nutné uvést skutečnost, že dotazníky byly rozdány klientům soukromého poradenství a pedagogicko – psychologické poradny při jejich návštěvách. Dá se tedy předpokládat, že děti těchto rodičů přehled již mají nějakou „obtíž“, kvůli které pracoviště navštívili/navštěvují.

Závěr

V bakalářské práci jsme se zabývali tématem Prevence specifických poruch chování a učení v předškolním věku. Uvědomujeme si důležité postavení prevence u dětí v předškolním věku. Může zamezit či zmírnit rozvoj různých poruch a snížit riziko jejich působení a vlivu.

V teoretické části jsme se věnovali prevenci a jejímu vymezení, specifickým poruchám chování a specifickým poruchám učení.

V empirické části byl proveden smíšený výzkum. Cílem bylo zjistit povědomí a zkušenosti rodičů o preventivních opatřeních, a jejich spokojenosti s nastavením a realizací. Dále byly zpracovány dvě případové studie, které jsou doplněny polo strukturovanými rozhovory s rodičem, s psychologem a speciálním pedagogem. Případová studie je doplněna rozhovorem se speciálním pedagogem, který měl a má obě děti v péči. Otázky v rozhovoru pro odborníky se zaměřovaly na informovanost rodičů o preventivních programech, včasnou informovanost ze strany odborníků, spokojenost s nastavením a realizací preventivních programů a průběhem reedukace u daného dítěte.

Vyplývá, že obecnou povědomost o prevenci rodiče mají, s její realizací jsou na 50 % spokojeni, nicméně o konkrétních preventivních programech při konkrétních obtížích dítěte, včas informováni nejsou, zájem projevují a informace si hledají sami. Zde hraje velkou roli jejich předchozí zkušenost s danou problematikou a další faktory. Překvapivým zjištěním je, že málo rodiče jsou o možné a existující prevenci málo informováni ze strany pediatrů. Odborníci, s kterými byly provedeny rozhovory, si průběžně doplňují informace a vzdělávají se ve svých oborech, často s přesahem do souvisejících a spolupracujících oborů. Pro rodiče je pediatr často jediným zdrojem informací. I pediatři by měli mít základní znalosti z oblasti speciální pedagogiky, alespoň o existujících preventivních programech, vhodných na konkrétní obtíže dítěte.

Nabídka preventivních programů a metod v českém vzdělávacím systému je pestrá a široká. Stále narůstá počet pedagogů na úrovni MŠ i ZŠ, kteří jsou v tomto směru adekvátně proškoleni a získali platná osvědčení. Jejich cílovou skupinou jsou děti, ať už předškolní, mladšího školního věku nebo starší, a bylo by na místě, aby se tyto programy k nim včas dostaly.

Seznam použitých zdrojů

- BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Kapitoly ze specifických poruch učení I: vymezení současné problematiky*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5299-4.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Specifické poruchy učení: text k distančnímu vzdělávání*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Brno: Paido, 2018. ISBN 978-80-7315-266-6.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Specifické poruchy učení a chování: distanční studijní text* Opava: Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2019. ISBN: 978-80-7510-338-3. (Online) Dostupné z: <https://www.slu.cz/file/cul/f33cf116-a5c3-40e9-97cf-38c012cc7ffa>
- BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Společné vzdělávání orientované na posílení kompetencí učitelů a žáků v inkluzivním prostředí školy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2017. ISBN 978-80-210-8757-6.
- DUNOVSKÝ, Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986. Hálkova sbírka pediatrických prací (Avicenum).
- FELCMANOVÁ, Lenka a kolektiv autorů WELCOME. *Metodika pro práci s dětmi s SVP v předškolním vzdělávání*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, s.r.o., 2019. ISBN: 978-80-7496-399-5.
- JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Reedukace specifických poruch učení u dětí*. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-474-8.
- KUCHARSKÁ, Anna. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Portál, 1997. Speciální pedagogika (Portál).
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992. Psychologická literatura. ISBN 80-04-25236-2.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-85282-83-6.
- MATĚJČEK, Zdeněk a Marie POKORNÁ. *Radosti a strasti: předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk*. Jinočany: H & H, 1998. ISBN 80-86022-21-8.
- MICHALOVÁ, Zdeňka a Ilona PEŠATOVÁ. *Determinanty inkluzivního vzdělávání dětí s ADHD*. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity J.E. Purkyně, 2015. ISBN 978-80-7414-934-4.
- MIKULKOVÁ, Gabriela, ŠRAHŮLKOVÁ, Kateřina a kol. *Integrovaná síť školních a školských poradenských služeb: Postupy a doporučení jejího rozvoje*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2014. ISBN 978-80-7481-062-6. (Online) Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/RAMP_S/Vystup_KA_03_Metodika_c.7_Integrovana_sit_na_web_opraveny_preklepy4_8.pdf

BÁRTÍK, Pavel, MIOVSKÝ, Michal, ed. *Primární prevence rizikového chování ve školství: [monografie]*. Praha: Sdružení SCAN, c2010. ISBN 9788087258477.

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav, PERNICOVÁ, Hana. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, 1999.

POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2.

PRŮCHA, Jan, Jiří MAREŠ a Eliška WALTEROVÁ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.

SINDELAR, Brigitte. *Předcházíme poruchám učení: soubor cvičení pro děti v předškolním roce a v první třídě*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-262-1.

ŠKRDLÍKOVÁ, Petra. *Hyperaktivní předškoláci: výchova a vzdělávání dětí s ADHD*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0928-7.

ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1820-3.

TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál, 1997. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-131-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (2005). Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (2005). Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Vyhláška č. 458/2005 Sb., podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Vyhláška č. 197/2016 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, a některé další vyhlášky. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Vyhláška č. 27/2015 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 383/2001 Sb., o podrobnostech nakládání s odpady, ve znění pozdějších předpisů. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) (2004). Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071788007.

Internetové zdroje

KUPOZ. [online]. 2020, [cit. 16. března 2020]. Dostupný z: <http://www.kuprog.cz>

KUPREV. [online]. 2020, [cit. 16. března 2020]. Dostupný z: <http://www.kuprog.cz>

KUMOT. [online]. 2020, [cit. 16. března 2020]. Dostupný z: <http://www.kuprog.cz>

KUPUB. [online]. 2020, [cit. 16. března 2020]. Dostupný z: <http://www.kuprog.cz>

MICHALOVÁ, Zdeňka a kolektiv konzultantů. *Pedagogický program HYPO* [online]. [cit. 16. března 2020]. Dostupný z: <http://centrumpetrklic.cz/centrum/wp-content/uploads/2014/08/Program-HYPO-info.pdf>

METODA DOBRÉHO STARTU. [online]. 2020, [cit. 16. března 2020]. Dostupný z: <http://uhrineves.shm.cz/res/archive/429/047009.pdf?seek=1475747721>

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online]. [cit. 19. prosince 2019]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/45304/>

STIMULAČNÍ PROGRAM PRO DĚTI S ODLOŽENOU ŠKOLNÍ DOCHÁZKOU – MAXÍK. [online]. 2019, [cit. 16. března 2020]. Dostupný z: <http://www.prodys-bubenickova.cz/kurzy.htm>

TRÉNINK JAZYKOVÝCH SCHOPNOSTÍ PODLE ELKONINA. [online]. 2020, [cit. 16. března 2020]. Dostupný z: <https://www.skolka.org/elkonin.html>

Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník

Vážení rodiče,

jmenuji se Tereza Vacková a jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia oboru Psychologie s rozšířením o speciální pedagogiku na Univerzitě Karlově v Praze. Zpracovávám bakalářskou práci na téma Prevence specifických poruch učení a chování v předškolním věku. Velice Vás prosím o laskavé vyplnění přiloženého dotazníku **zatrhnutím** Vámi volených odpovědí. Vyplnění a následné zpracování je anonymní a výsledky poslouží pouze k uvedené bakalářské práci.

1) Věděli jste/Víte o možnosti prevence specifických poruch učení (dys poruchy) a ADHD/ADD u dětí? (zatrhněte Vámi volenou odpověď)

Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
-----	-----------	----------	----	-------

2) Odkud jste tuto informaci získal/a? (můžete zatrhnout více odpovědí)

- a) odborná literatura
- b) internet
- c) informace od pediatra (praktického lékaře) dítěte
- d) informace od odborného lékaře
- e) informace od psychologa
- f) informace od speciálního pedagoga, logopeda
- g) informace od učitelů školského zařízení, které Vaše dítě navštěvuje
- h) informace od členů širší rodiny
- ch) informace od přátel

3) O možnosti využití preventivních programů u Vašeho dítěte jste se začali zajímat ve věku dítěte:

- a) 3 – 4 roky
- b) 4 – 5 let
- c) 5 – 6 let
- d) později

4) Pokud jste získala informace od pediatra či jiného odborníka, bylo to ve věku dítěte:

- a) 3 – 4 roky
- b) 4 – 5 let
- c) 5 – 6 let
- d) později

5) Vaše dítě navštěvovalo/navštěvuje: (můžete zatrhnout více odpovědí)

- a) Státní mateřskou školu
- b) Soukromou mateřskou školu
- c) jiné zařízení (např. mateřská centra, dětská centra při Dům dětí a mládeže, dětské skupiny)
- d) dítě má domácí vzdělávání

6) Ve školském zařízení (Mateřská škola, dětská centra při DDM, Centrum volného času...) byl dle Vašeho názoru kladen důraz na primární prevenci?

Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
-----	-----------	----------	----	-------

7) Považovali jste/považujete astavení a realizaci preventivních prevence za dostačující?

Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
-----	-----------	----------	----	-------

8) Byli/Jste spokojeni?

Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
-----	-----------	----------	----	-------

9) Zúčastnilo se Vaše dítě či nyní zúčastňuje preventivního programu?

Ano	Ne
-----	----

10) Jakého preventivního programu se Vaše dítě zúčastňuje, či zúčastnilo? (můžete zatrhnout více odpovědí)

- a) MAXÍK
- b) KUPREV
- c) KUPOZ
- d) HYPO
- e) Kumot
- f) Kumot
- g) Rozvoj jazykových schopností dle Elkonina
- h) Logohrátky
- ch) Předškolák
- i) Instrumentální obohacování profesora Feuersteina
- j) Jiné, uveďte jaké:

11) Věděli jste již dříve o uvedených programech?

Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
-----	-----------	----------	----	-------

12) Kdo program vedl/vede? (můžete zatrhnout více odpovědí)

- a) Psycholog
- b) Speciální pedagog, logoped

- c) Učitel
- d) Kvalifikovaný externista

13) Na co se preventivní program zaměřoval/zaměřuje? (můžete zatrhnout více odpovědí)

- a) komunikace a jazykové schopnosti
- b) sociální schopnosti a adaptace
- c) pozornost
- d) paměť
- e) myšlení
- f) prostorová orientace
- g) jemná motorika (včetně grafomotoriky)
- h) hrubá motorika
- ch) zrakové a sluchové vnímání
- i) vizuomotorická koordinace
- j) adaptace a sociální schopnosti
- k) snížení projevů hyperaktivita
- l) emoční stabilita

14) Hledali jste možnost docházet na jiné pracoviště (odborníci v poradenských pracovištích, odpolední aktivity, programy, kroužky s preventivní náplní):

Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
-----	-----------	----------	----	-------

15) Do jakých jiných pracovišť jste docházeli? (můžete zatrhnout více odpovědí)

- a) Pedagogicko – psychologická poradna
- b) Speciálně – pedagogické centrum
- c) Odpolední aktivity v Mateřské školce
- d) Centrum volného času

- e) Dětská centra při Dům dětí a mládeže
- f) Mateřská centra
- g) Soukromá pracoviště
- h) Jiné, uveďte jaké:

16) Pokud jste docházeli na preventivní programy mimo mateřskou školu:

- a) Program byl zaměřený pouze pro děti
- b) Program byl zaměřený na dítě s účastí rodiče
- c) Mimo Mateřskou školku jsme nedocházeli

17) Realizovaná prevence splnila Vaše očekávání:

Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
-----	-----------	----------	----	-------

18) Považujete zařazení a realizaci primární a sekundární prevence do vzdělávacího systému v období předškolního věku za důležité?

Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
-----	-----------	----------	----	-------

19) V jakých oblastech měli absolvované programy, aktivity, kroužky pozitivní dopad na Vaše dítě? (můžete zatrhnout více odpovědí)

- a) komunikace a jazykové schopnosti
- b) sociální schopnosti a adaptace
- c) pozornost
- d) paměť
- e) myšlení
- f) prostorová orientace
- g) jemná motorika (včetně grafomotoriky)
- h) hrubá motorika
- ch) zrakové a sluchové vnímání

i) vizuomotorická koordinace

j) snížení projevů hyperaktivita

20) Považujete za důležité realizovat prevenci a preventivní programy i v základním vzdělávání? (zatrhněte správnou odpověď)

Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
-----	-----------	----------	----	-------

Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha č. 2

Scénář polostrukturovaného rozhovoru s rodičem

Informovanost rodiče o preventivních programech

1) Věděli jste o možnosti využití preventivních programů a v jakém věku dítěte jste začali o prevenci zajímat?

Včasná informovanost ze strany odborníků (SPCH, SPU, deficitní funkce)

2) Od koho (praktický lékař – pediatr, učitel...) a v jakém věku dítěte Vám byla doporučena pedagogicko – psychologická či speciálně – pedagogická péče? A jaká forma péče Vám byla doporučena (individuální, skupinová...)?

Spokojenost s nastavením a realizací preventivních programů a průběhem reedukace

3) Byli jste/Jste spokojeni s nastavením a realizací preventivního programu a průběhem reedukace u Vašeho dítěte?

Vzdělávání a škola

4) Jak probíhala spolupráce mezi školou (mateřská, základní) a odborníky v rámci vzdělávání Vašeho dítěte (konzultace, návštěva školy, telefonicky)?

5) Kdo Vás informoval o možnosti volby vzdělávací instituce (MŠ, ZŠ, ZŠ logopedická, ZŠ speciální)?

6) Ovlivnila Vaše zkušenost se starším dítětem Váš preventivní přístup na mladší dítě?

Doplňující otázka

7) Co byste změnili, kdyby věděli dříve o možnosti prevence a preventivních programů?

Záznam polostrukturovaného rozhovoru s rodičem (maminkou Petra)

Informovanost rodiče o preventivních programech

1) Věděli jste o možnosti využití preventivních programů a v jakém věku dítěte jste začali o prevenci zajímat?

„O preventivních programech, ani o jejich využití jsem u prvorozeného syna nevěděla.

Vzhledem k tomu, že se u něj před druhým rokem věku zastavil vývoj řeči a objevilo se zvláštní chování, komunikovali jsme s pediatrem a ten nás poslal na další vyšetření. Ta byla ale byla zaměřena na diagnostiku, ne na prevenci.“

Včasná informovanost ze strany odborníků (SPCH, SPU, deficity dílčích funkcí)

2) Od koho (praktický lékař – pediatr, učitel...) a v jakém věku dítěte Vám byla doporučena pedagogicko – psychologická či speciálně – pedagogická péče? A jaká forma péče Vám byla doporučena (individuální, skupinová...)?

„Jedním z vyšetření bylo i vyšetření psychologické v ambulanci nemocnice, zaměřené na synův vývoj. Tato psycholožka nám pak doporučila pracoviště při speciální MŠ. To bylo synovi 2,5 roku. Od 2,8 let jsme tam každý týden docházeli na individuální péči. Po čase se zkoušela i návštěva třídy a zapojení do skupiny. Ve třech letech sem nastoupil do MŠ.“

Spokojenost s nastavením a realizací preventivních programů a průběhem reedukace

3) Byli jste/Jste spokojeni s nastavením a realizací preventivního programu a průběhem reedukace u Vašeho dítěte?

„Byli jsme rádi, že se do speciální MŠ dostal a postupně si víceméně zvykl i na skupinovou práci. V rámci třídy probíhal preventivní program Logohrátky, který vedla stejná paní logopedka, ke které Pěta chodil individuálně, což pro něj byla velká výhoda. S

nastavením péče jsem byla spokojená. V předškolním roce absolvoval Předškoláka.“

Vzdělávání a škola

4) Jak probíhala spolupráce mezi školou (mateřská, základní) a odborníky v rámci vzdělávání Vašeho dítěte (konzultace, návštěva školy, telefonicky)?

„V průběhu docházky do MŠ speciální se na syna přišli podívat z SPC, kde byl tehdy sledován, následovaly i konzultace s učitelkami a logopedem MŠ. Toto SPC i pak doporučilo v předškolním roce docházku do logopedické třídy MŠ při ZŠ, kam nastoupil do první třídy. Další individuální péči vedla a vede stále stejná paní logopedka, která při změně MŠ i osobně konzultovala s novými učiteli.“

5) Kdo Vás informoval o možnosti volby vzdělávací instituce (MŠ, ZŠ, ZŠ logopedická, ZŠ speciální)?

„Možností volby vhodné vzdělávací instituce pro syna mnoho nabylo. Logopedická škola neměla místo a dítě se závažnou vývojovou dysfázií ani nechtělo. Jiná možnost než školy pro děti s vadami sluchu nebyla. Tuto volbu učinilo, jak už jsem řekla SPC, průběžně vše konzultuji s paní logopedkou, která má Pétu dlouhodobě v péči.“

6) Ovlivnila Vaše zkušenost se starším dítětem Váš preventivní přístup na mladší dítě?

„Zkušenost se starším synem pochopitelně ovlivnila přístup k mladšímu. Především jsem již věděla čeho si při vývoji řeči i dalšího všimat, na koho a kam se obrátit. Mladší syn absolvoval také Logohrátky a Předškoláka.“

Doplňující otázka

7) Co byste změnili, kdyby věděli dříve o možnosti prevence a preventivních programů?

„Přestože jsem o možnostech prevence nevěděla, vážné obtíže prvorozeného syna nás dovedli k odborníkům, u kterých jsme v péči dosud. Ti pak doporučili, vzhledem k diagnóze staršího, preventivní programy pro mladšího, které absolvoval a stále je i jeho vývoj sledován.“

Příloha č. 3

Scénář rozhovoru s psychologem/speciálním pedagogem

Informovanost rodičů o preventivních programech

1) Myslíte si, že jsou rodiče dostatečně informováni o možnostech prevence a v jaké věku by se měli rodiče o prevenci dítěte zajímat?

Včasná informovanost ze strany odborníků (SPCH, SPU, deficity dílčích funkcí)

2) V kolika letech by měli rodiče získávat informaci od odborníka, pokud se dítě optimálně nevyvíjí (zraková a sluchová percepce, motorika, lateralita...)? Jaký je podle Vás nejvhodnější věk a proč?

Spokojenost s nastavením a realizací preventivních programů a průběhem reedukace u daného dítěte očima odborníka

3) Vedete osobně nějaký preventivní program? Na co by se podle Vás měl preventivní program zaměřovat, aby se rozvíjela celá osobnost dítěte?

4) Jak probíhala reedukace dítěte sledovaného v kazuistice?

5) Jste jako odborník spokojen s nabídkou preventivních programů ve školském systému?

6) Máte zkušenost s preventivními programy z jiných resortů a využíváte je?

7) Co byste dodali na závěr?

Záznam polostrukturovaného rozhovoru s psychologem

Oblast: Informovanost rodičů o preventivních programech

1) Myslíte si, že jsou rodiče dostatečně informováni o možnostech prevence a v jaké věku by se měli rodiče o prevenci dítěte zajímat?

„Co se týče prevence řečových vad, domnívám se, že informovanost rodičů není příliš vysoká – pokud dítě dlouho nemluví, očekávají často, že se „rozmluví“ až půjde do kolektivu dětí, většinou až do mateřské školy. Přetrvávají také názory, že návštěva logopeda je možná až od čtyř – pěti let a jen když má dítě potíže s výslovností atp. Přitom opožděný vývoj řeči znamená i opožděný rozvoj myšlení, vynechané či přeskočené fáze vývoje řeči přináší potíže v rozvoji pojmového myšlení a celkově v porozumění pojům, čímž následně vážne jak porozumění instrukcím, tak schopnost učit se. Potíže v komunikaci pak přinášejí potíže v sociálním chování dítěte a negativně působí na socializaci dítěte. Ovlivněn je tak jak psychický, tak sociální vývoj dítěte.“

„Obdobná situace je i v prevenci budoucí školní neúspěšnosti, v prevenci SPU. Rodiče často řeší problematiku prevence poslední rok, někdy i půl rok před nástupem do základní školy, což je nedostačující. Celkově mám z praxe zkušenost, že prevenci spíše řeší rodiče, jejichž děti mají velké potíže – pak se v rámci řešení jejich problematiky dostanou i k preventivním programům zaměřených proti možnému rozvoji SPU.“

„Celkově je ale informovanost rodičů o možnostech prevence záležitost hodně individuální – někteří rodiče, většinou s vyšším vzděláním se o ně sami zajímají, někteří se dozví informace od předškolního zařízení, které je o nich informováno... Obecně lze říci, že ideální stav by byl, kdyby rodiče získali informace o preventivních programech hned, jakmile jsou v jeho vývoji zaznamenány první anomálie.“

Oblast: Včasná informovanost ze strany odborníků (SPCH, SPU, deficity dílčích funkcí)

2) V kolika letech by měli rodiče získávat informaci od odborníka, pokud se dítě optimálně nevyvíjí (zraková a sluchová percepce, motorika, lateralita...)? Jaký je podle Vás nejvhodnější věk a proč?

„Ve své praxi mám děti, které jsou staré rok a půl až dva roky a u kterých začali rodiče pozorovat nerovnoměrný nebo opožděný vývoj a začali mít obavy o jeho optimální vývoj. Stimulační programy pak pomohou dítěti vyrovnat nerovnoměrnosti ve vývoji a dobře se rozvíjet. Takže opravdu optimální je, když rodiče vyhledají odborníka co nejdříve. Čím dříve je nácvik započatý, tím větší je šance na vyrovnání nerovnoměrnosti ve vývoji. Obecně k největší akceleraci vývoje dochází u dítěte v období mezi třetím a šestým rokem vývoje, tudíž by v tomto období měl nácvik nejpozději probíhat.“

Oblast: Spokojenost s nastavením a realizací preventivních programů a průběhem reedukace u daného dítěte očima odborníka

3) Vedete osobně nějaký preventivní program? Na co by se podle Vás měl preventivní program zaměřovat, aby se rozvíjela celá osobnost dítěte?

„Vedla jsem s kolegyněmi program pro hyperaktivní děti a jejich rodiče zaměřený na prevenci SPU. Program byl komplexní, zaměřený nejen na rozvoj percepčně motorických funkcí a dalších kognitivních schopností (myšlení, pozornosti a řeči), ale i na schopnost přijímat své dítě takové jaké je a na optimální způsoby výchovy těchto dětí. Bylo tedy pracováno nejen s dětmi na jejich rozvoji, ale i s rodiči, aby nejen uměli provádět preventivní cvičení, ale aby lépe porozuměli svým dětem a jejich potřebám. Celkově je potřeba se zaměřovat nejen na rozvoj výkonnosti dítěte, ale i na rozvoj jeho psychiky. Hodně dětí si svou nedostačivost uvědomuje, srovnává se s vrstevníky, přestává si věřit, snižuje se jejich sebepojetí, sebedůvěra. Dítě se nezřídka stává úzkostným. Často se pak stává, že dítě tyto pocity nedostačivosti kompenzuje poutáním pozornosti negativním způsobem, nezřídka se chová afektivně až agresivně, což ovlivňuje negativně jejich fungování v sociálním prostředí – rodině, mateřské škole, základní škole. Čili optimální preventivní program by měl být

zaměřený nejen na rozvoj schopností a dílčích funkcí, ale i na jejich psychiku, na posilování zdravého sebepojetí, sebedůvěry, což ale předpokládá úzkou spolupráci s rodinou.“

4) Jak probíhala reedukace dítěte sledovaného v kazuistice?

„U tohoto konkrétního dítěte bylo optimální, že se s cvičeními začalo poměrně brzo a že mu brzy začala být poskytována individuální, cílená a intenzivní péče. Smutné ale bylo, že rodina se poměrně obtížně domáhala pomoci, než se jí dostalo optimální péče. Nebylo jednoduché ani stanovení adekvátní diagnózy, nalezení odborníka, který by s dítětem optimálně pracoval (včetně psychiatrické péče). Jednoduché nebylo ani zajištění školního zařazení dítěte. Vzhledem k závažnosti jeho problematiky postupuje reedukace pomalu, ale úspěšně. Mimo logopedického a reedukačního nácviku je poskytována i podpora matce, aby ve svém úsilí a práci s dítětem nepolevovala, aby nadále docházelo k rozvoji dítěte.“

5) Jste jako odborník spokojen s nabídkou preventivních programů ve školském systému?

„Obecně preventivních programů není nikdy dost, i když zejména pro předškolní děti je jich více, ale pro děti mladší je jich málo. Optimální jsou programy, které jsou vedené odborníky, kteří vedou nejen dítě, ale i rodiče. Existuje poměrně široká nabídka preventivní cvičení formou pracovních listů, která lze zakoupit, zejména pro děti předškolního věku. Rodiče se ale v nich nemusí optimálně orientovat, proto je dobré i vedení odborníkem, který doporučí, co je pro dítě vhodné a co je potřeba u něj rozvíjet, cvičit.“

6) Máte zkušenost s preventivními programy z jiných resortů a využíváte je?

„Mám zkušenosti s preventivním programem Maxik, který je komplexní a přitom zajišťuje i individualizaci nácviku. Velmi dobrou zkušenost mám i s programem FIE pro předškolní děti. Dobré zkušenosti jsou i s neuro vývojovou stimulací, fyzioterapeutickými nácviky zaměřenými na rozvoj hrubé i jemné motoriky a motorické koordinace a s grafomotorickými nácviky. Stále je ale málo preventivních programů cíleně zaměřených na hyperaktivní děti.“

7) Co byste dodali na závěr?

„Nejvíce efektivní je včasná stimulace dítěte a včasná intervence formou preventivních programů. Vadí mi, že pokud má dítě v kojeneckém a batolecím věku potíže ve vývoji motoriky, je mu zajištěna včasná péče. Co se ale týče vývoje řeči, čeká se, až se dítě „rozmluví“ a přitom vývoj řeči úzce souvisí vývojem myšlení. Zdá se mi, že ne všichni odborníci (lékaři, pedagogové i někteří psychologové) si důsledky problémů ve vývoji řeči uvědomují. Stejně tak bývá zanedbáván rozvoj grafomotoriky (od dbaní na správný úchop psací potřeby až po optimální vývoj kresby) - některé děti pak začínají kreslit až v pěti letech a často pak vzniká zbytečně dysgrafie. Současná škola je mnohem náročnější, než bývala dříve a proto je také nutné dítě více a dříve stimulovat. Současné děti jsou také více závislé na audiovizuální technice a nehrají tolik běžné dětské hry, které rozvíjely jejich motoriku, motorickou koordinaci, smyslové vnímání, pozornost, paměť atd. Jsou pak více ohroženy vznikem specifických poruch učení, protože nejsou optimálně rozvinuty funkce důležité pro psaní, čtení a počítání, které byly dříve zcela přirozeně stimulovány pomocí motorických, rytmických a jiných her.“

Záznam polostrukturovaného rozhovoru se speciálním pedagogem, logopedem

Oblast: Informovanost rodičů o preventivních programech

1) Myslíte si, že jsou rodiče dostatečně informováni o možnostech prevence a v jaké věku by se měli rodiče o prevenci dítěte zajímat?

„Myslím si, že obecně mají rodiče „prevenci“ spjatou spíše s jinou oblastí, dozvídají se a hovoří o prevenci onemocnění (zajímají se a diskutují o očkování), o prevenci úrazů, obezity apod. O preventivních programech, zaměřených na vývoj řeči, SPU, ADHD, se zavedle zajímají ti rodiče, kteří mají s výskytem těchto obtíží již zkušenost, ať už u sebe, starších dětí, nebo v širší rodině. Stále je také rozdíl mezi povědomostí a možnostmi rodičů z velkých měst a vesnic, zejména těch malých, kde dojezdová vzdálenost do nejbližšího města za pediatrem i dalšími odborníky je velká. Zejména zde je pak dlouho „jedinou autoritou“ právě pediatr, který dítě vidí, když není nemocné, jen při preventivních prohlídkách. Ty jsou realizovány v lichých rocích věku. Pokud se tedy ve třech letech (při tříleté kontrole) cokoliv přejde,

nepodchytí, neřeší, při další - pětileté kontrole je již pozdě. Například oblast vývoje řeči se uzavírá mezi 6-7 rokem věku, pak je jakákoliv náprava, reedukace obtížnější a často zdlouhavá. Od předškoláka se pak i očekává více, což mu bez zvládnutí předchozí etapy vývoje v rámci jeho obtíží jde špatně, nebo vůbec. To má často negativní dopad na psychiku dítěte, které místo, aby na začátku vzdělávání bylo natěšené, úspěšné, je konfrontováno se svým ne výkonem. Toto může ovlivnit jeho celou akademickou cestu“.

„Ve své praxi se často setkávám právě s dětmi, které přicházejí až po pětileté prohlídce na pokyn pediatra na „doladění výslovnost“, ale při kompletním vyšetření vyjde najevo, že obtíže jsou mnohem hlubší a pak je mnohdy nutný odklad školní docházky. Právě pediatři, ale učitelé MŠ by si měli uvědomit, že než takové dítě absolvuje všechna požadovaná vyšetření (foniatrie + vyšetření sluchu, logopedie, neurologie, psychologie, často i psychiatrie a pro odklad školní docházky pak PPP, nebo SPC) uplyne často rok – objednáací termíny jsou několik měsíců a na vyhotovení každé zprávy je třicet dní. O nárůstu dětí s opožděným vývojem řeči (zde by snad ještě šlo použít „on/ona vám toho ještě namluví“), s vývojovou dysfázií (nelze s opožděným vývojem řeči zaměňovat), jazykově znevýhodněných + s odlišným mateřským jazykem a obecně s logopedickými vadami, se hodně mluví i píše. Stejně tak o projevech ADHD i SPU. Z hlediska pozitivního dopadu komplexní péče o ně je ale zásadní právě věk, kdy se začne. V tomto smyslu by měli být informováni, jak již bylo zmíněno právě pediatři a učitelé MŠ, dětských skupin apod., tak, aby byli schopni dál poskytnout tyto informace rodičům. Vyhledávání možností prevence i ucelených preventivních programů rodiči je individuální. Závisí na stupni jejich vzdělání, na zkušenostech, na finančních možnostech i způsobu života a hodnotovém systému“.

Oblast: Včasná informovanost ze strany odborníků (SPCH, SPU, deficity dílčích funkcí)

2) V kolika letech by měli rodiče získávat informaci od odborníka, pokud se dítě optimálně nevyvíjí (zraková a sluchová percepce, motorika, lateralita...)? Jaký je podle Vás nejvhodnější věk a proč?

„Informaci od odborníka by rodiče, jak již bylo řečeno výše, měli dostávat ihned, při prvních projevech opoždění či nerovnoměrnosti vývoje. Pediatři, pokud dítě vedle něho nenavštěvuje dalšího specialistu, jsou jediní, kteří mají informace z rodinné anamnézy i z osobní anamnézy dítěte – o průběhu těhotenství, porodu. Pokud je anamnéza riziková, měla by se dávat do souvislosti s projevy dítěte. Ze své praxe vím, že péče je smysluplná a úspěšná, když se začne mezi 2 – 3 rokem dítěte. První návštěvy jsou o řízeném hraní, zvykání na terapeuta i prostředí, o zadávání „úkolů“ a vedení rodičů. U dětí se závažnějšími diagnózami je to i o důvěře rodičů k pracovišti a jejich psychické podpoře. Pokud všechny zúčastněné ovlivňuje nedostatek času, nejen na vlastní terapii a práci s dítětem, ale i volbu vhodných předškolních zařízení, nebo již dokonce školy, rozhodnutí mohou být špatná. Nejvhodnější věk je období od + - tří do šesti let, kdy dochází k největší akceleraci vývoje. Také je potřeba si uvědomit, že po nástupu dítěte do první třídy již rodina nemá tolik času na plnění úkolů z jakéhokoliv nácviku, vedle úkolů školních“.

Oblast: Spokojenost s nastavením a realizací preventivních programů a průběhem reedukace u daného dítěte očima odborníka

3) Vedete osobně nějaký preventivní program? Na co by se podle Vás měl preventivní program zaměřovat, aby se rozvíjela celá osobnost dítěte?

„Celý svůj profesní život si uvědomuji negativní dopad nedostatečně rozvinutých motorických schopností dětí na jejich jemnou motoriku – zejména oromotoriku a grafomotoriku. V oblasti hrubé motoriky instruuji rodiče. Vedu Logohrátky, zaměřené právě na cvičení motoriky úst a nácvik správného dýchání, vyvozování hlásek hravou formou, pozorné naslouchání, již pro děti od tří let. Tyto děti pak většinou nemusí ani chodit na individuální logopedii a eventuální nesrovnalost ve vývoji při Logohrátkách včas objevíme. Vedle toho vedu v soukromém poradenství (dvacet lekcí, 60 minut každý týden, od ledna do května) zaměřeného na všeobecný rozvoj všech předškolních vědomostí a dovedností. Líbí se mi právě to všeobecné zaměření – vedle rozvoje komunikačních dovedností i rozvoj všech smyslů, především sluchového a zrakového vnímání, percepčně motorických dovedností, pozornosti a grafomotoriky. Ve skupině se děti zdokonalují i v sociálních dovednostech, což je vhodné pro děti nesmělé, ostýchavé a rodiče mají zpětnou vazbu před zápisem do první

třídy .Kolegyně na tomto pracovišti vede neuro-vývojovou stimulaci a další program Maxík a FIO, stejné děti tak podle své potřeby navštěvují i více programů. Vedle toho se všichni společně podílíme na realizaci letní dětské terapeutické skupiny pro předem vytipované děti“.

4) Jak probíhala reedukace dítěte sledovaného v kazuistice?

„U dívky, zmiňované v kazuistice, vzhledem ke všem okolnostem nebyly realizovány žádné preventivní programy, ani podpůrná péče v předškolním věku. S dívkou se začalo cíleně pracovat až po nástupu do první třídy (kolem pololetí), kdy selhávala ve zvládnání učiva, neúspěch si uvědomovala a začala ve škole vyrušovat, zlobit. Vedle toho se celkové přetížení projevovalo i v její časté nemocnosti a časté absence pak ještě více prohlubovaly nezvládnání učiva. Po této zkušenosti rodičů se s jejím mladším bratrem, po všech nezbytných vyšetřeních, začalo pracovat dříve. Vedle docházky na individuální hodiny, zaměřené na logopedickou terapii a speciálně pedagogické vedení, absolvoval Předškoláka, docházel a stále dochází na neuro-vývojovou stimulaci a muzikoterapii. I přes závažnost počáteční diagnózy jeho vývoj pokračuje dobře“.

5) Jste jako odborník spokojen s nabídkou preventivních programů ve školském systému?

„Domnívám se, že preventivní programy jsou obecně slučovány až s předškolními dětmi. Je to asi tím, že je realizují převážně školská zařízení. V povědomí veřejnosti je stále zažito, že až do věku pět - šest let “stačí“ docházka do MŠ. Když pomineme různou kvalitu školek, je nutné uvědomit si od kolika let do MŠ dítě chodí. Stále jsou oblasti, kde je dítě z kapacitních důvodů zařazeno až na nyní povinný předškolní rok. Před tím navštěvuje různé dětské skupiny apod. To může mít za následek nejednotné vedení i včasné nerozpoznání, nebo bagatelizování možných odchylek, či obtíží ve vývoji. Zde by právě ucelený program vedený odborníkem byl na místě“.

6) Máte zkušenost s preventivními programy z jiných resortů a využíváte je?

„V současné době nabídku jiných resortů nesleduji. Dlouho jsem se věnovala vytipování vhodných programů a najítí kolegů pro jejich realizaci pro poradenství. Nyní nabízíme vedle klasické logopedie, psychologickou diagnostiku, speciálně pedagogické reedukace, všeobecný program Předškolák, dále Maxík, FIO a Percepční a motorická oslabení ve školní

praxi. Pro děti s oslabeními v oblasti motoriky a přetrvávajícími primárními reflexy nabízíme neuro-vývojovou stimulaci (NVS), pro děti se závažnými logopedickými vadami a PAS v počátku terapie muzikoterapii zaměřenou na podporu logopedie a řízené spolupráce a Johansenův individualizovaný poslechový program (JIAS). Pro starší děti s obtížemi v oblasti emočního a sociálního rozvoje pak muzikoterapii s psychoterapií a program Druhý krok, zaměřený na porozumění emocím, jejich rozpoznání a zvládnání, jehož podstatou je primární prevence patologického chování a jednání u dětí a žáků prvního stupně“.

7) Co byste dodali na závěr?

„Pokud dítě již v raném věku vykazuje výrazné opožďení ve vývoji, vývoj nerovnoměrný, atypický či zdravotní hendikepy, dostane se mu včas adekvátní, komplexní péče. Ve své praxi mám děti, které se narodily předčasně s extrémně nízkou porodní váhou, od narození jsou sledované a „navigované“ na adekvátní zařízení. Přes všechna zdravotní znevýhodnění pak v předškolním věku často vykazují lepší úroveň řečových i dalších schopností, než děti běžné, u kterých se vše začne řešit poslední rok, někdy i půl rok, před nástupem do první třídy. Období mezi druhým (třetím) a pátým rokem věku je z hlediska akcelerace vývoje nenahraditelným, získané dovednosti ve všech oblastech jsou základem pro bezproblémový rozvoj těch dalších. Dle mého názoru tedy nedává smysl děti v tomto věku adekvátně nerozvíjet, ať už „běžně“, nebo, je-li to potřeba, pod vedením odborníka“.