

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Problémové chování u dětí s mentální retardací v předškolním věku

Bakalářská práce

Autor práce: Marie Rybářová, DiS.
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce: PhDr. Jana Dlouhá, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Marie Rybářová
Studium:	P13681
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Název bakalářské práce:	Problémové chování u dětí s mentální retardací v předškolním věku.
Název bakalářské práce AJ:	Problematic behaviour in children with mental retardation in prechool age.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude v teoretické části zabývat problematikou mentální retardace se zřetelem k předškolnímu věku. Pozornost bude věnována specifickým zvláštnostem dětí s lehkou a středně těžkou mentální retardací ve vztahu k výskytu problémového chování. Praktická část bude obsahovat kazuistické studie konkrétních dětí s diagnózou lehké a středně těžké mentální retardace, které budou dokumentovat výskyt problémového chování v prostředí mateřské školy speciální a formy tohoto chování. Popis tohoto chování bude vycházet z dlouhodobého pozorování dětí v prostředí mateřské školy speciální a z rozhovorů s pedagogy, s pracovníky účastnicími se vzdělávání a se zákonnými zástupci těchto dětí. Záměrem práce bude zhodnocení efektivity práce s těmito dětmi v souvislosti s přístupem k řešení agresivního chování při využití nejrůznějších technik a metod práce.

- 1) ANTIER, E.: Agresivita dětí. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-808-2
- 2) BAZALOVÁ, B.: Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4
- 3) ČERNÁ, M.: Česká psychopedie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 237 s. ISBN 978-80-246-1565-3
- 4) ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K.: Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2
- 5) EMERSON, R.: Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 168 s. ISBN 978-80-7367-390-1
- 6) MULLER, O.: Terapie ve speciální pedagogice. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7
- 7) RICHMAN, S.: Výchova dětí s autismem - Aplikovaná behaviorální analýza. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 128 s. ISBN 978-80-7367-424-3
- 8) SCHOPLER, E., LANSING, M., REICHLER, R.: Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 232 s. ISBN 978-80-7367-898-2
- 9) SVOBODA, J.: Agrese a agresivita v předškolním a mladším školním věku. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 168 s. ISBN 978-80-262-0603-3
- 10) ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Jana Dlouhá, Ph.D.

Oponent: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne

.....

Jméno a příjmení

Poděkování

Děkuji všem, kteří mi byli nápomocni při zpracovávání této práce. Zvláště bych pak chtěla poděkovat PhDr. Janě Dlouhé, Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracovávání práce.

ANOTACE

RYBÁŘOVÁ, M.: *Problémové chování u dětí s mentální retardací v předškolním věku*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 102 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá problematikou mentální retardace se zřetelem k předškolnímu věku. Pozornost je věnována specifickým zvláštnostem dětí s lehkou a středně těžkou mentální retardací ve vztahu k výskytu problémového chování. Dále je zde řešena otázka zajištění péče o děti v této cílové skupině. Praktická část, kromě popisu prostředí MŠ speciální Kolín, obsahuje kazuistické studie 3 chlapců předškolního věku s diagnózou lehké a středně těžké mentální retardace, kteří tuto MŠ navštěvují. Studie vychází z dlouhodobého pozorování těchto dětí v prostředí mateřské školy, z důkladného prostudování jejich pedagogické dokumentace a z rozhovorů s rodiči těchto dětí. Podrobně je zde dokumentován výskyt problémového chování v prostředí MŠ i v prostředí domova a formy tohoto chování. Zároveň jsou popisována opatření, která pozitivně ovlivňují výskyt tohoto chování. Závěr bakalářské práce je zaměřen na pozitiva i negativa, která mají podstatný vliv na efektivitu práce s těmito dětmi v prostředí MŠ speciální v Kolíně.

Klíčová slova:

mentální retardace, předškolní věk, problémové chování, mateřská škola, efektivita práce, kazuistická studie.

ANNOTATION

RYBÁŘOVÁ, M. Problematic behaviour in children with mental retardation in preschool age. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 102 pp. Bachelor Degree Thesis.

Bachelor's thesis occupies in the theoretical part with mental retardation problems with regard to preschool age. I focus the attention on the specific rarity of children with minimal and medium mental retardation in relation to occurrence of problematic behaviour. Also is there discussed the question guarantee the care of children in this target group. The practical part, except for description of special nursery school Kolín environment, includes casuistic studies of three boys in preschool age with minimal and medium mental retardation diagnosis. These mentioned boys visit exactly this nursery school. The study based on long-term observations of these children in the preschool environment, on detailed study of their pedagogical documentation and on the dialogues with the parents of these children. In detail is there documented occurrence of problem behavior in the nursery school environment and in home environment, also the forms of behavior. Simultaneously are there described measures, that positively affect the incidence of this behavior. Conclusion of the bachelor's thesis is focused on the positives and negatives, that impact on the efficiency of the work with these children in the environment of the special nursery school Kolín.

Keywords:

mental retardation, preschool age, problematic behavior, nursery school (kindergarten), work efficiency, casuistic studies

OBSAH

ÚVOD

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Osobnost dítěte předškolního věku z hlediska vývojové psychologie	10
1.1 Vývoj poznávacích procesů	10
1.2 Emoční vývoj	15
1.3 Socializace	16
1.4 Vývoj sebepojetí	18
2 Dítě s diagnózou mentální retardace	21
2.1 Vymezení pojmu mentální retardace	21
2.2 Etiologie mentální retardace	22
2.3 Klasifikace mentální retardace	24
2.4 Osobnost dítěte s mentálním postižením	30
3 Problémové chování u dětí s mentální retardací	35
3.1 Terminologie problémového chování	35
3.2 Příčiny problémového chování	36
3.3 Projevy problémového chování	38
3.4 Možnosti v přístupu k řešení problémového chování	39
4 Zajištění péče o děti s mentální retardací v předškolním věku	46
4.1 Raná péče	46
4.2 Školská poradenská zařízení	49
4.3 Institucionální předškolní vzdělávání dětí s mentální retardací	51

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodika práce	57
5.1 Cíl práce	57
5.2 Výzkumné otázky	57

5.3 Strategie výzkumného šetření – kvalitativní výzkum	57
5.4. Metody získávání a vyhodnocování údajů	58
5.5 Organizace práce	60
6 Charakteristika zařízení, ve kterém probíhalo šetření výzkumného souboru	62
6.1 Podmínky vzdělávání v MŠ speciální Kolín	62
6.2 Speciální terapie pro děti s mentálním postižením v MŠ speciální Kolín	65
6.3 Spolupráce MŠ speciální Kolín s ostatními subjekty	68
7 Analýza výzkumného šetření	70
7.1 Kazuistika č. 1	70
7.2 Kazuistika č. 2	79
7.3 Kazuistika č. 3	86
7.4 Závěrečná diskuze	94
ZÁVĚR	98
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	99
INTERNETOVÉ ZDROJE	101
LEGISLATIVA	102

ÚVOD

Lidé s mentálním postižením jsou nedílnou součástí života naší společnosti. Je velmi důležité, aby se do ní dokázali úspěšně začlenit. Významným úkolem, pro speciální pedagogy, další odborníky a pečující osoby v rámci komplexní rehabilitace, je toto začlenění co nejvíce podporovat. Jednou z možných cest je zajištění efektivní výchovy a vzdělávání těchto osob již od útlého věku. Cílem bakalářské práce je zhodnocení efektivitu práce s dětmi předškolního věku s diagnózou lehké a středně těžké mentální retardace v MŠ speciální Kolín, v souvislosti s přístupem k řešení problémového chování. Celá práce je rozdělena do sedmi částí. První část se zabývá osobností dítěte předškolního věku. Druhá část je věnována mentální retardaci, protože v MŠ speciální Kolín probíhá výchova a vzdělávání také dětí s mentálním postižením. Věnuje se klasifikaci a etiologii mentální retardace a popisuje specifika osobnosti dítěte předškolního věku s mentálním postižením. Třetí část se zabývá problémovým chováním této cílové skupiny a v části čtvrté je popsáno zajištění péče o tyto děti, kde významnou roli hraje raná péče, školská poradenská zařízení a také jejich institucionální vzdělávání. V páté části jsou stanoveny především cíle práce a metody výzkumného šetření. Část šestá charakterizuje zařízení, ve kterém probíhalo šetření výzkumného souboru. Poslední část práce analyzuje výzkumné šetření ve třech kazuistických studiích.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Osobnost dítěte předškolního věku z hlediska vývojové psychologie

Abychom pochopili myšlení, jednání, možnosti a potřeby dítěte s mentální retardací v předškolním věku, musíme dokonale poznat zákonitosti vývoje u dítěte zdravého v tomto období. Zároveň musíme brát v potaz, že každé dítě je jedinečnou bytostí a individualitou a tak k němu také musíme přistupovat. Svěbytnou a originální osobností je jak dítě zdravé, tak i dítě zdravotně postižené.

Za předškolní věk označujeme období, které trvá od 3. roku do přibližně 6. roku života. Můžeme ovšem konstatovat, že toto období končí v tom okamžiku, kdy je dítě dostatečně zralé, připravené a způsobilé k zahájení školní docházky.

Podle Langmeiera je předškolní období v užším slova smyslu „*věkem mateřské školy*“. Zdůrazňuje ovšem, že základem stále zůstává rodinná výchova, na které mateřská škola účelně staví a napomáhá tak dalšímu rozvoji dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2011).

V předškolním věku si dítě stabilizuje vlastní pozici ve světě, diferencuje se jeho vztah ke světu (Vágnerová, 2005).

1.1 Vývoj poznávacích procesů

Myšlení

V tomto věku označujeme myšlení dětí jako intuitivní, názorné, protože ještě nerespektuje zákony logiky a je značně nepřesné. Vývoj myšlení je potom dlouhodobým procesem, ve kterém se dítě učí postupně, v závislosti na složitosti informací. Předškolní dítě ignoruje informace, které mu překážejí – v tomto věku ještě není schopno tzv. systematické aktivní explorační, kdy by systematicky zkoumalo jednu část informace po druhé. Myšlení dětí v tomto období vývoje ještě chybí komplexnost, je tedy často útržkovité, nekoordinované (Vágnerová, 2005).

Jak říká Plevová, dítě se neustále zaměřuje na to, co vidělo a na to, co u toho prožilo (Plevová in Šimíčková Čížková a kol., 2005).

Podle způsobu, jakým dítě nahlíží na svět a jak si informace vybírá, můžeme určit několik typických znaků myšlení:

- Centrace – redukce informací, kdy dítě nedokáže uvažovat komplexněji.
- Egocentrismus – ulpívání na subjektivním názoru, kdy předškolní dítě nechápe, proč by mělo posuzovat situaci z více hledisek. Langmeier uvádí příklad, kdy je egocentrismus dítěte projeven ve způsobu, jakým si dítě zakrývá oči, aby ho ostatní neviděli (Langmeier, Krejčířová, 2011).
- Fenomenismus – svět je pro dítě takový, jak vypadá, jak se mu jeví.
- Prezentismus – přetrvávající vázanost na přítomnost, která pro dítě představuje subjektivní jistotu.

Ve způsobu, jakým dítě zpracovává získané informace a jak je interpretuje, také můžeme nalézt několik typických znaků uvažování.

- Magičnost – dovoluje měnit fakta pomocí své fantazie, podle vlastního přání, což dítěti zkresluje obraz okolního světa. Tento znak bývá považován za projev nedostatečného rozlišení fantazie a skutečnosti.
- Antropomorfismus (animismus) – přiřítání lidských vlastností i neživým objektům. Dítě umí odlišit živé od neživého, ale může očekávat od neživých věcí projevy živých bytostí. Např. „*sluníčko jde po obloze*“ apod.
- Arteficialismus – je to způsob výkladu typických znaků okolního světa, kdy si dítě myslí, že jej někdo udělal. Např. „*hvězdy a měsíc dal někdo na oblohu*“ apod.
- Absolutismus – přesvědčení, že každé poznání musí mít definitivní a jednoznačnou platnost, což vyplývá z dětské potřeby jistoty (Vágnerová, 2005).

Jak dále uvádí Vágnerová, myšlení dítěte předškolního věku je ještě intuitivní a prelogické, což se může projevit např. v klasifikaci a třídění, které dítě ještě mnohdy nezvládne. Často užívaným způsobem myšlení je analogické uvažování (Vágnerová, 2005).

Podle Plevové dítě na počátku tohoto období identifikuje jednotlivé druhy věcí (jablko, míč, panenka) aniž by chápalo podstatnější souvislosti mezi nimi, které je spojují do všeobecnější skupiny. Až mezi 4. a 6. rokem dítě začíná chápat, že některé předměty může pojmenovat společným názvem. Začíná zde tedy rozvoj pojmové činnosti (Plevová in Šimíčková Čížková a kol., 2005).

V přístupu k řešení problémů je pro děti předškolního věku typické:

- Vymezení problému, jeho interpretace – dítě se často váže pouze na viditelné a často nepodstatné znaky, což často vede ke špatným řešením. V tomto dětem pomůže zkušenost, znalost obvyklých situací a vztahů.
- Hledání vhodných řešení a jejich realizace – stanovení systematického plánu řešení je ještě pro děti tohoto věku velmi obtížné (Vágnerová, 2005).

Dalším významným znakem v procesu myšlení dětí předškolního věku je jejich interpretace reality. „*Děti kombinují vzpomínky s fantazijními představami, ovlivněnými jak nezralostí, tak aktuálními potřebami a citovým laděním.*“ (Vágnerová, 2005, str. 182). Tímto způsobem je poté pro ně realita přijatelná a srozumitelná. V podstatě zde má uplatňovaná fantazie harmonizující význam a je nezbytná pro citovou a rozumovou rovnováhu dětí v tomto vývojovém období. S výše uvedeným souvisí objevování se tzv. konfabulací – nepravých lží.

Paměť

Paměťové schopnosti dítěte závisí na zrání mozkových struktur, na aktuální úrovni kognitivních schopností a také na zkušenosti (Vágnerová, 2005).

Paměť se tedy organizuje postupně (Piaget, 2000).

U dítěte předškolního věku převládá paměť mechanická, avšak rozvíjí se už i paměť slovně logická, kdy dítě dokáže známé a často se opakující události reprodukovat na základě logických souvislostí (Plevová in Šimíčková Čížková a kol., 2005).

Mezi 3. a 6. rokem se postupně zvyšuje selektivní a systematické zaměření pozornosti. Když dítě začne chápat logické souvislosti, začne se zvyšovat i kapacita jeho paměti. K lepšímu zapamatování si nepoužívá dítě předškolního věku žádné specifické strategie. Zapamatování se děje bezděčně. Dítě v tomto období nechápe, že zapamatování si pozitivně ovlivňuje pochopení logických souvislostí. V pozdějším období dětského vývoje se už tato neúmyslná paměť významnějším způsobem nerozvíjí. Osobní vzpomínky se u dítěte začínají vytvářet před 4. rokem života, ale do 6 let bývají útržkovité a není jich mnoho. Paměť se rozvíjí především v interakci s ostatními a pozitivně ji ovlivňuje používání jazyka jako prostředku pro formulaci zážitků dítěte (Vágnerová, 2005).

Chápání prostoru, času a počtu

V chápání prostoru můžeme vidět tzv. egocentrickou perspektivu, kdy má dítě tendenci přeceňovat velikost nejbližších objektů, protože se mu zdají velké a naopak podceňuje velikost objektů vzdálenějších, protože je vidí jako malé (Vágnerová, 2005).

Na konci předškolního období by dítě mělo zvládnout používání výrazů k určování polohy a směru – nahoře, dole, vpředu, vzadu, nad, pod, vedle apod. Pravolevou orientaci však dítě v tomto období ještě nemá upevněnou a ze zkušeností vím, že ji málokteré dítě umí používat.

V chápání času se odráží již dříve zmiňovaný prezentismus. Pojem času se rozvíjí poměrně pomalu. Pro členění času používá dítě předškolního věku většinou pouze dny v týdnu. Další časové jednotky, jako jsou měsíce nebo roční období, umí dítě maximálně vyjmenovat, ale málokdy je funkčně používá. Celkově můžeme označit vztah dítěte předškolního věku k času jako nedůležitý. Pojmy zahrnující minulost a hlavně budoucnost nemají pro dítě přesnější obsah (Vágnerová, 2005).

V předškolním věku si dítě osvojuje základy počítání, kdy umí odříkat početní řadu a přiřazuje názvy čísel k počítaným předmětům. Při určování počtu předmětů potřebuje mít dítě stále názorný materiál (Langmeier, Krejčířová, 2011).

Jak ovšem říká Vágnerová, dítě v předškolním věku ještě plně nechápe podstatu číselného pojmu, význam jednotlivých čísel ani logiku jejich řazení. To se projevuje např. přeskokováním nebo vynecháváním čísel při počítání. Dítě dobře chápe pojem hodně nebo málo, avšak množství posuzuje především vizuálně (percepčním odhadem). Orientace v počítání je zároveň v tomto vývojovém období ovlivněna fenomenismem /aktuální jevovou složkou/, (Vágnerová, 2005).

Kresba

„Kresba je neverbální symbolickou funkcí. Projevuje se v ní tendence zobrazit realitu tak, jak ji dítě chápe.“ (Vágnerová, 2005, str. 183)

Předškolní dítě kreslí rádo, tvořivě a často, jak říká Thorová. *„Předškolní období je považováno za zlatý věk dětské kresby.“* (Thorová, 2015, str. 383)

Tříleté dítě začíná napodobovat čáry, ovládá kresbu křížku. Kolem pátého roku je schopné napodobit čtverec a v šestém roce trojúhelník. Kresba tříletého dítěte bývá většinou ještě ve stádiu „čmáranice“, čtyřleté dítě již podává obraz realističtější – hovoříme o tzv. stádiu „hlavonožce“. V tomto věku dítě začne kreslit s určitým záměrem, ale často svůj výtvar

nakonec pojmenuje úplně odlišně. Kresba pětiletého dítěte je již podstatně detailnější a většinou odpovídá předem stanovené představě. Výtvar dítěte v šesti letech je už po všech stránkách vyspělejší (Langmeier, Krejčířová, 2011).

Vágnerová označuje kresbu dítěte na konci předškolního období jako stádium realistického zobrazení (Vágnerová, 2005).

V předškolním věku se dítě připravuje na psaní, které bývá označováno jako vrcholná dovednost z oblasti grafomotoriky. Potřebné dovednosti procvičuje kresbou, grafomotorickou nápodobou, vybarvováním (Thorová, 2015).

Řeč

Řeč dítěte v předškolním věku se rozvíjí především díky komunikaci s dospělými a komunikaci s vrstevníky. Na počátku tohoto období dítě často klade otázky typu „proč“ a „jak“. Tyto mají význam především pro obohacení slovníku dítěte a pro rozvoj správného vyjadřování. Dítě se v tomto období postupně učí používat příslušné slovní výrazy, zlepšuje se u něj pochopení mnohočetného významu slov. Přibližně od čtyř let začínají děti mluvit v delších větách, dovedou správně používat budoucí čas. Do konce tohoto období si dítě osvojí užívání sloves, stále častěji užívá i minulý čas. Pokud dítě v tomto období vývoje vypráví, stále se v jeho projevu projevují agramatismy a nepřesnosti (Vágnerová, 2005).

Ve vývoji řeči zachycujeme v podstatě plynulý pokrok. Řeč vyspívá i po stránce výslovnosti. Před vstupem do školy by měla být překonána dětská patlavost. Často však i v tomto období vady výslovnosti dítě vykazuje (Plevová in Šimíčková Čížková a kol., 2005).

V tomto období bychom neměli podcenit proces sluchové a zrakové analýzy a syntézy. Jak uvádí Matějček, jsou to dovednosti důležité pro budoucí čtení a psaní. V oblasti zrakové procvičujeme analýzu a syntézu pomocí nejrůznějších stavebnic a skládaček. V oblasti sluchové učíme dítě postupně rozlišovat zvuky jednotlivých hlásek (Matějček, 1999).

„Z hlediska rozvoje poznávacích procesů je významnou složkou vývoje tzv. egocentrická řeč.“
(Vágnerová, 2005, str. 195)

Tato řeč je vlastně řečí pro sebe, je zkratkovitá, dítě si povídá bez ohledu na ostatní osoby.

Egocentrická řeč má různé významy:

- Expresivní – dítě vyjadřuje bezprostředně své pocity.
- Regulační – dítě tímto způsobem řídí své jednání.
- Kognitivní – dítěti může sloužit jako prostředek uvažování a lepšího zapamatování si.

Egocentrická řeč zjednodušuje dítěti orientaci, nemusí se přizpůsobovat požadavkům komunikačního partnera (Vágnerová, 2005).

1.2 Emoční vývoj

V období předškolního věku se prohlubuje vyrovnanost a stabilita v emočním prožívání, citové prožitky těchto dětí bývají intenzivní, ale často přecházejí z jedné kvality do druhé. Emoční prožitky jsou vázány na aktuální situaci dítěte, na to, zda je dítě aktuálně spokojené či nikoli. U dítěte v předškolním věku ubývá negativních emočních reakcí, děti jsou v tomto věku primárně laděné pozitivně (Vágnerová, 2005).

Vágnerová shrnuje způsob emočního prožívání předškolních dětí do několika bodů:

- Vztek a zlost – děti již v tomto věku lépe chápou příčiny nepříjemných situací, proto tyto emoce již nebývají příliš časté. Mohou se objevit při kontaktu s vrstevníky, nebo když je dítě frustrováno a situaci nedokáže v tomto momentu vyřešit jinak. Vyplývá to ze stále ještě nedostatečně rozvinuté kontroly emočních projevů.
- Strach – děti v tomto věku mívají bujnou představivost, z čehož některé projevy strachu pramení. Míra úzkostnosti závisí poté na temperamentu dítěte. Musíme si uvědomit, že tendence k prožívání strachu může být v tomto období někdy velmi silná a následně vede k ulpívání na dospělé osobě. Strach může také navodit zafixovaná negativní zkušenost.
- Smysl pro humor, veselost – uplatňují se zde jednoduché dětské žerty (opakování nesmyslných či tabuizovaných slov). Veselost považujeme v tomto vývojovém období dítěte za typický pozitivní emoční stav a její sdílení s ostatními je důležitou součástí mezilidských vztahů.
- Těšení se na něco × obavy z něčeho – vyplývá z toho, že dítě v předškolním věku již chápe dimenzi nejbližší budoucnosti (Vágnerová, 2005).

U dětí v předškolním věku se rozvíjejí prosociální vlastnosti, které dítěti umožňují začlenění do různých skupin, přijetí těmito skupinami a uplatnění se v nich. Mezi takové vlastnosti patří družnost, solidarita, obětavost, tolerance, soucit, soustrast. Rozvíjí se zde také schopnost

spolupráce. Nejprve ve hře a na krátkou dobu, později čím dál vydatněji a déle (Matějček, 1999).

Porozumění emocím

Čtyřleté dítě si většinou neuvědomuje komplexnost emocí. Až po pátém roce života začínají chápat jejich složitost, ale pouze u kompatibilních emocí. Teprve až šestileté dítě dokáže porozumět emoční ambivalenci (Vágnerová, 2005).

Příčiny emočních reakcí

Dítě v předškolním věku si již dokáže uvědomit, že určitá situace vyvolá pozitivní emoce a jiná zase ty negativní. Přičemž kolem tří let si dítě uvědomuje dění, které navozuje pocity příjemné a o něco později si uvědomuje i příčiny negativních emočních reakcí. Zpočátku dítě rozlišuje jednotlivé události podle toho, jak by se v nich cítilo ono samo. Až mezi pátým a šestým rokem kladou důraz i na ostatní faktory /osobnostní vlastnosti, mezilidské vztahy apod./ (Vágnerová, 2005).

V předškolním věku se rozvíjí také emoční inteligence, kdy dítě nejen lépe chápe své pocity, ale dokáže projevit empatii k pocitům jiných lidí. Začíná se také rozvíjet emoční autoregulace. Dítě ovšem ještě nedokáže korigovat své emoce vždy. Vztahové emoce se projevují láskou, pocity sympatie a nesympatie, soucitem či pocity sounáležitosti. Pozitivní vztahové emoce převažují u dětí s bezpečným rodinným zázemím. Dítě se v předškolním věku také začíná orientovat v emocích jiných lidí, má schopnost empatie a zároveň kolem šestého roku věku již dokáže pochopit, že člověk své emoce vždy nemusí dát najevo. I v oblasti emocí hraje významnou roli zkušenost. V tomto vývojovém období se rozvíjí i sebehodnotící emoce a nově se objevuje pocit viny (Vágnerová, 2005).

1.3 Socializace

„Rodina zůstává i v předškolním období nejvýznamnějším prostředím, které zajišťuje primární socializaci dítěte.“ (Langmeier, Krejčířová, 2011, str. 93)

Člověk se nicméně socializuje po celou dobu svého života.

Podle Langmeiera socializační proces zahrnuje tři vývojové aspekty:

- Vývoj sociální reaktivity – toto můžeme chápat jako různé emoční vztahy, které má dítě k mnoha osobám, které zná.
- Vývoj sociálních kontrol – normy u dítěte v předškolním věku se postupně vytváří a ovlivňuje je především rodina a vrstevníci. Je to období, kdy se objevují počátky

sebekontroly. Uspokojivý vztah dítěte k rodičům je poté předpokladem k vývoji vnitřní sociální kontroly neboli svědomí.

- Osvojení sociálních rolí – plnění sociálních rolí se vyžaduje již od dětí předškolního věku. Osvojování rolí souvisí také s oblibou dětí ve skupině vrstevníků. Na jedné straně se ve věku kolem tří let objevuje soupeřivost mezi dětmi a na straně druhé narůstá i porozumění pro druhé. Osvojování sociálních rolí vidíme výrazně v diferenciaci ženské a mužské role. Dítě v předškolním období začíná výrazněji přejímat mužské či ženské chování. Významné jsou v tomto vývojovém období vztahy s ostatními dětmi, ve kterých se učí způsobům chování /pomáhat slabším, vést druhé, soupeřit, spolupracovat apod./ (Langmeier, Krejčířová, 2011).

Z výše uvedeného vyplývá, že kromě rodiny je významným socializačním činitelem pro dítě v předškolním věku především kolektiv ostatních dětí, ve kterém se učí potřebným sociálním dovednostem.

Jak říká Thorová, předškolní dítě je obvykle vstřícné k ostatním dětem, rychle se seznamuje s vrstevníky a věnuje se spontánní společné hře. Mezi dětmi v tomto období často vznikají hádky a konflikty, jejichž řešení ještě samy nezvládnou. I při půjčování hraček převládá egocentrismus. Občasná agrese, provokace, posmívání jsou v tomto období normální součástí vývoje dítěte. Stále častěji se objevují kooperativní činnosti. Dítě se učí spolupracovat ve skupině (Thorová, 2015).

Z výše uvedeného vyplývá, že v tomto věkovém období je na místě se věnovat vztahům ve skupině dětí, učit je prosociálnímu chování. Myslím si, že v mateřských školách se výborně osvědčují tzv. pravidla tříd, která jsou jednoduchá, jasná, často vyjádřená barevnými obrázky a výstižnými názvy. Je žádoucí, aby se děti podílely na tvorbě pravidel a důsledně se dbalo na jejich dodržování.

Hra

V předškolním věku by měla být hra hlavní činností dítěte. Toto by si měli uvědomit rodiče, ale i předškolní pedagogové při tvorbě školních vzdělávacích programů a především při přímé práci s dětmi.

„Učení a výchova musí být podřízeny hře, a ne naopak.“ (Langmeier, Krejčířová, 2011, str. 102)

Jak říká Langmeier, hra připadá významná úloha v socializačním procesu dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2011).

„Tematická hra na něco slouží jako procvičování budoucích rolí.“ (Vágnerová, 2005, str. 186)

Hra vede k osvojení dovedností, může být prostředkem k vyrovnání se s emočními konflikty, posiluje vývoj porozumění sociálním rolím a pravidlům (Langmeier, Krejčířová, 2011).

Hra, v níž se kříží poznávací i afektivní zájmy, je nejprve symbolická. Tato hra se později vyvíjí ve hru konstruktivní a ve hru s pravidly. Tato hra se již vyznačuje socializací „já“ (Piaget, 2000).

Psychoterapie hrou

Je to v podstatě jediná forma psychoterapie, kterou lze ještě spolu s behaviorální terapií u dětí předškolního věku efektivně využít. Má význam nejen pro dítě v nemoci, kdy pomáhá dítěti překonat nepříjemné události, kterým třeba ani nemusí rozumět a vede tak dítě ke spolupráci s ošetřujícím personálem, ale formou hry lze zmírnit nebo dokonce odstranit některé poruchy duševního vývoje. Podstatou hry je její spontánnost, objevnost, tvořivost, hru tedy nemůžeme nikdy přesně naprogramovat. Dospělí ovšem mohou hru podporovat, rozvíjet a zároveň prostřednictvím hry s dítětem komunikují (Langmeier, Krejčířová, 2011).

1.4 Vývoj sebepojetí

Předškolní věk je z hlediska rozvoje sebepojetí (můžeme chápat jako sebehodnocení) velmi důležitý. Dítě proniká do širší společnosti a určitým způsobem se v ní uplatňuje. Tato zkušenost dítěti přináší pozitivní i negativní zážitky. Do svého sebepojetí zahrnuje dítě v předškolním věku převážně charakteristiku zevnějšku, tělesné i psychické kompetence, psychické vlastnosti, osobní preference i např. příslušnost k určité sociální skupině. Tělesné sebepojetí je pro dítě obzvláště důležité – je pro něj důležité, jak vypadá, jeho tělové schéma. Proměna vnějších znaků bývá v tomto případě chápána jako proměna identity (dítě se jinak cítí a chová např. v jiném oblečení). Z tohoto může plynout odmítání nových věcí (oblečení, účesu apod.). Předškolní dítě zahrnuje do svého sebepojetí své schopnosti a dovednosti, které demonstrují jejich samostatnost a vývojový pokrok. Nedokáží se ale ještě hodnotit realisticky, mají tendence se přeceňovat. Tento nereálný optimismus slouží dítěti jako zdroj jeho osobní rovnováhy a jistoty. Sebehodnocení dítěte v tomto období ještě výrazně ovlivňuje fantazie. Typickým znakem nezralé dětské identity je zároveň nekritičnost vůči své osobě. Z toho vyplývá vychloubání, které je typické pro předškolní věk (Vágnerová, 2005).

Jak dále Vágnerová říká, součástí vlastní identity dítěte v předškolním věku je vše, co patří do jeho osobního teritoria:

- Lidé, event. zvířata, ke kterým má nějaký vztah.
- Věci, které považuje za svůj majetek.
- Prostředí, v němž žije (Vágnerová, 2005).

Vlastnictví je další důležitou součástí dětské identity. Dítě ho projevuje především užíváním zájmena „*moje*“. „*Moje je součástí já.*“ (Vágnerová, 2005, str. 228)

Tyto majetnické sklony, které se u dítěte projevují, mizí až po pátém roce života, kdy dozrává dětská osobnost. Do této doby má dítě problém podělit se o hračky, ale třeba i o pozornost dospělého člověka (Vágnerová, 2005).

Dětské sebepojetí je v tomto věkovém období velmi závislé na hodnocení jiných osob. Významná je identifikace s rodiči, která posiluje sebevědomí dítěte. Také kontakt s vrstevníky ovlivňuje sebehodnocení dítěte, kdy vrstevníci jsou pro dítě významnou referenční skupinou, se kterou se dítě srovnává. Součástí identity dítěte jsou všechny role, které má /příslušníka dětské skupiny, kamaráda apod./ (Vágnerová, 2005).

Můžeme tedy říci, že sebehodnocení dítěte významně ovlivňují především rodiče a další osoby, které s dítětem tráví společný čas. Patří sem tedy i sourozenci, kamarádi, učitelé či další pečující osoby.

Genderová identita

Genderová identita je významnou součástí sebepojetí dítěte. Zkušenosti s genderem dítě nabývá postupně, podle toho, jak se zvyšuje úroveň jeho myšlení. Můžeme tedy mluvit o procesu diferenciaci genderové identity, jak říká Vágnerová. Ve třech letech si dítě ještě neuvědomuje, že pohlaví je trvalým znakem jeho osobnosti. K tomuto uvědomění dochází přibližně ve čtyřech letech. V této době je jejich genderové vědomí spojováno především se sociálně vymezenými znaky (hračkami, oblečením, činnostmi apod.). V pěti letech již dítě chápe genderovou konstantnost a považuje svou příslušnost k určitému pohlaví za velmi důležitou. Dítě již v tomto věku ví, že je pro ně určeno to, co přísluší všem dětem stejného pohlaví (obrázek holčičky na dveřích WC apod.). Rozvoj genderově typických projevů ovlivňuje sociální učení, učení nápodobou. Pro rozvoj dětské osobnosti a genderové identity je velmi důležitá přítomnost obou rodičů, kteří se podílejí na výchově dítěte. Rodič stejného pohlaví je pro dítě vzorem a jeho napodobování posiluje v dítěti sebejistotu. Významnou roli

hraje i rodič opačného pohlaví, který ukazuje dítěti, kým není a ke kterému si je třeba vytvořit komplementární vztah. Dítěti, které žije pouze s rodičem stejného pohlaví, chybí poznatky o chování dospělého opačného pohlaví, nezná typické projevy interakce mezi mužem a ženou apod. Také prostředí mateřské školy přispívá k rozvoji genderové identity. Dítě se zde srovnává s ostatními vrstevníky, orientuje se podle nich (Vágnerová, 2005).

2 Dítě s diagnózou mentální retardace

Mentálně postižení jedinci tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi zdravotně postiženými a jejich počet v celosvětovém měřítku stále stoupá. V této práci jsou používány termíny mentální retardace i mentální postižení. Přikláním se zde k názoru Švarcové, že oba tyto termíny označují stejnou skutečnost.

2.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Pojem mentální retardace je jediný oficiálním termínem. Začal se používat v širším měřítku až po konferenci WHO (Světové zdravotnické organizace) v Miláně v roce 1959 (Valenta, Müller, 2003).

WHO stanoví mentální retardaci jako stav zastaveného či neúplného vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, postihující všechny složky inteligence – poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Termín mentální retardace je do dnešní doby vymezován značným množstvím definic. Tyto definice mají společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince. „*Vlastní termín mentální retardace vychází z latinského Mens, 2. p. mentis což znamená mysl a retardatio ve významu zdržet, zaostávat, opožďovat. Tento termín byl uveden ve třicátých letech 20. století Americkou společností pro mentální deficienci*“ (Renotiérová, 2006, s. 161).

Pojem má interdisciplinární charakter – zasahuje do všech oblastí života postiženého jedince. „*Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.*“ (Pipeková 1998, s. 171)

U nás nejznámější a nejvíce citovaná je definice mentální retardace od Dolejšího, která se snaží o syntézu všech hledisek. „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvlátnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvlátnostech vývoje osobnosti.*“ (Dolejší, 1983, s. 38)

Mentální retardace je stavem trvalým, ale nikoli neměnným. Toto je nutné si uvědomit, protože při vhodné stimulaci jedince může dojít k určitému zlepšení stavu v závislosti na závažnosti a příčině defektu. Individuálně cílené působení vlivů výchovných, terapeutických, výukových a zároveň vlivu prostředí tak může výrazně ovlivnit horní hranici dosažitelného rozvoje jedince s mentální retardací. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.

2.2 Etiologie mentální retardace

Příčinou vzniku mentální retardace je postižení centrálního nervového systému. Toto postižení může vzniknout různým způsobem a spolupůsobením více faktorů. Na etiologii se tak podílí celá řada vnitřních i vnějších činitelů.

Endogenní vlivy

jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jsou to příčiny genetické. Endogenní vlivy jsou nejpočetnější příčinou vzniku mentální retardace.

Do této kategorie patří:

- **Specifické genetické příčiny – genová či chromozomální postižení:**
 - dominantně podmíněné – vyskytují se velmi vzácně
 - recesivně podmíněné – zahrnují většinu dědičných metabolických onemocnění (fenylketonurie, galaktosemie aj.)
 - podmíněné poruchou sexuálních chromozomů – např. Klinefelterův syndrom, Turnerův syndrom, syndrom Martin-Bellové
 - podmíněné chromozomálními abnormalitami – Downův syndrom, mikrodeleční syndromy (tzv. syndrom kočičího křiku, Williamsův syndrom, syndrom Smith-Magenis, Angelmannův syndrom, Prader Willi syndrom aj.).
- **Dědičnost – „polygenním způsobem dědičné snížení dispozic k rozvoji mentálních schopností. Takto postižení jedinci mají malý počet funkčních genů, potřebných pro rozvoj inteligence. V tomto případě bývají obdobně postiženi i rodiče a sourozenci.“** (Vágnerová, 2000, str. 147)

Exogenní vlivy

„Tyto faktory mohou být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte nebo mohou hrát roli činitele, který „spouští“ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikují její průběh.“ (Dlouhá a kol., 2013, str. 22)

Podle období, ve kterém tyto faktory působí, je můžeme dále rozdělit na faktory působící v období:

- Prenatálním (od početí a v průběhu celé gravidity):
 - následky infekcí a intoxikací (zarděnková embryopatie, kongenitální syfilis, toxemie matky, kongenitální toxoplazmóza)
 - nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza aj.)
 - následky fyzikálního působení (RTG záření).

- Perinatálním (v období porodu a poporodním období):
 - mechanické poškození mozku při porodu – tzv. porodní trauma. Toto je příčinou asi v 10% (novorozenecká hypoxie či asfyxie, intrakraniální krvácení)
 - nezralost novorozence.

- Postnatálním (v období do 2 let věku dítěte):
 - následky infekcí a intoxikací (meningitidy, encefalitidy)
 - následky úrazů nebo fyzikálních vlivů (hypoxie, nitrolební krvácení)
 - makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou)
 - vážné duševní poruchy
 - následky špatné výživy kojence
 - jiné nespecifické příčiny (Dlouhá a kol., 2013).

Specifickou kategorií, kterou můžeme zařadit do působení vnějších vlivů, je tzv. pseudooligofrenie. *„Vzniká vlivem nedostatečného a nepřiměřeného výchovného působení, tj. v důsledku zanedbanosti. Mohli bychom ji definovat jako sociální poškození vývoje rozumových schopností. Příčinou není narušení CNS, ale nedostatek přiměřených podnětů.“*

To znamená, že je stavem získaným a je možné jej zlepšit, pokud by se dítě dostalo do podnětějšího prostředí." (Vágnerová, 2000, str. 147)

Jak uvádí Švarcová, výzkum příčin mentální retardace zdaleka není ukončen. Až 80% případů mentální retardace, převážně v pásmu mírného poškození, má neznámý, resp. neurčený původ (Švarcová, 2011, str. 43).

Nové technologie a stále lepší vybavení lékařských pracovišť by mělo vést k dalšímu odhalování možných příčin mentální retardace.

2.3 Klasifikace mentální retardace

Každý jedinec je svým vzhledem, vlastnostmi, chováním a mírou socializace ve společnosti naprosto jedinečný, což plně platí i pro osoby s mentální retardací. U většiny z nich se však v různé míře objevují společné znaky a to v závislosti na hloubce postižení (Švarcová, 2006).

„Při klasifikaci mentální retardace se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace." (Švarcová, 2011, str. 37)

Toto rozdělení využívá inteligenčního kvocientu – IQ, který byl zaveden W. Sternem a vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem (Švarcová, 2011).

F70 – Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)

„Do této kategorie patří převážná většina lidí s mentální retardací, je diagnostikována přibližně u 80 – 85% postižených." (Švarcová, 2011, str. 37)

Příčinou lehké mentální retardace jsou většinou vlivy dědičné a dle Švarcové (2011) u mnoha osob zůstává příčina neodhalena. Bývá zde poměrně velký vliv sociokulturní deprivace a nedostatek stimulace.

„Od narození do 3 let lze pozorovat pouze lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje. Nápadnější problémy se projevují mezi třetím a šestým rokem. Děti mají malou slovní zásobu, vývoj řeči včetně komunikačních dovedností je celkově opožděný, objevují se různé vady řeči, řeč je obsahově chudá." (Dlouhá a kol., 2013, str. 29)

Většina z těchto jedinců však dosáhne schopnosti užívat řeč účelně, udržovat konverzaci a v běžném životě verbálně komunikovat.

Hlavní obtíže se u těchto jedinců manifestují v období školní docházky, kdy uplatňují pouze konkrétní mechanické myšlení, mají omezenou schopnost logického myšlení, slabší paměť, vážne u nich analýza a syntéza, mívají opožděnou jemnou i hrubou motoriku včetně poruchy pohybové koordinace. Během dospívání však v této oblasti většinou dosahují normy. U těchto jedinců bývá zpomalen vývoj sociálních dovedností (Dlouhá a kol., 2013).

Děti se vzdělávají formou individuální nebo skupinové integrace v běžných mateřských, základních školách nebo v MŠ speciálních a stále ještě i v ZŠ praktických. Většina z nich je potom schopna zvládnout učební obory nebo zaškolení v jednoduchých manuálních činnostech v praktických školách dvouletých.

„Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když vývoj sebeobsluhy bývá proti normě mnohem pomalejší.“ (Švarcová, 2011, str. 37)

V sociokulturním prostředí, které je nenáročné, nemusí lehký stupeň mentální retardace těmto jedincům působit vážnější problémy. *„Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod.“* (Švarcová, 2011, str. 38)

U těchto osob se v individuální míře může projevit autismus, jiné vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení (Švarcová, 2011).

F71 – Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)

„Středně těžká mentální retardace je diagnostikována přibližně u 10% postižených.“ (Švarcová, 2011, str. 38)

Příčina bývá většinou organická. Do 3 let se u těchto dětí projevuje opožděný psychomotorický vývoj, problémy začínají okolo 3 let.

Řeč těchto dětí je velice jednoduchá, slovník je obsahově chudý, v řeči se vyskytují četné agramatismy. Bývá výrazně opožděn i rozvoj porozumění mluvené řeči. Jsou jedinci, kteří

hovoří v jednoduchých větách, jiní ovšem jen v jednoduchých slovních spojeních nebo může přetrvávat pouze nonverbální komunikace. Konečné schopnosti v této oblasti jsou potom značně individuální. Často funguje podpora formou některých metod alternativní komunikace (znakování, piktogramy, fotografie).

Je zpomalen vývoj jemné i hrubé motoriky, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů, zpravidla však bývají plně mobilní a fyzicky aktivní (Dlouhá a kol., 2013).

Pokroky ve škole jsou u těchto žáků limitované, ale většina žáků se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy trivia. Po ukončení pravidelného školního vzdělávání a procvičování však často ovládání trivia opět postupně ztrácejí. Učení je u nich podmíněno mnohočetným opakováním, protože jejich paměť je značně omezená.

V dospělosti jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem. Bývají klienty chráněných dílen. V dospělosti jen zřídka vedou plně samostatný život (Švarcová, 2011).

„V této skupině jsou obvykle patrné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úroveň v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace.“ (Švarcová, 2011, str. 39)

U některých těchto jedinců lze diagnostikovat dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie (Švarcová, 2011).

F72 – Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)

„Tato kategorie zahrnuje asi 5% osob s mentální retardací. V mnohém se podobá středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy.“ (Švarcová, 2011, str. 39)

Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn, je patrná značná pohybová neobratnost, špatná koordinace pohybů. Psychické procesy jsou omezené, jsou zde nápadnosti v koncentraci pozornosti. Dochází k minimálnímu rozvoji komunikačních dovedností, řeč bývá primitivní, omezená na jednoduchá slova, nebo se nerozvíjí vůbec. Významně bývá porušena afektivní

sféra. Jedinec bývá impulzivní, projevuje se nestálost nálad. Blízké osoby poznává (Švarcová in Dlouhá a kol., 2013).

Jedinec si dlouhodobým tréninkem může osvojit základní hygienické návyky, někteří jedinci ovšem čistotu ani v dospělosti neudržují. U některých jedinců je omezena možnost přijímat běžným způsobem potravu (Procházková in Dlouhá a kol., 2013).

„I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.“ (Švarcová, 2011, str. 40)

F73 – Hluboká mentální retardace (IQ je nižší než 20)

„Postižení jedinci tvoří necelé 1% mentálně retardované populace.“ (Švarcová, 2011, str. 40)

Příčina bývá ve většině případů organická. Vyskytují se neurologické nebo jiné tělesné nedostatky, které postihují hybnost. Přidružená též bývá epilepsie, poškození zrakového nebo sluchového vnímání. Časté bývají nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus (Švarcová, 2011).

Jedinci bývají imobilní, omezení motoriky je těžké, objevují se stereotypní automatické pohyby. Nejsou ve většině případů schopni sebeobsluhy, jsou krmeni sondou či lžičkou, neudržují tělesnou čistotu. Komunikace probíhá pomocí neartikulovaných hlasových projevů nebo vůbec, časté jsou grimasy. Po dlouhodobém tréninku je možné u některých jedinců dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům. Afektivní sféra je porušena. Objevuje se sebepoškozování. Je nutná celoživotní péče o tyto jedince (Bazalová, 2014).

F78 – Jiná mentální retardace

Do této skupiny patří jedinci, u kterých je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích jedinců, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob (Švarcová, 2011).

F79 – Nespecifikovaná mentální retardace

„Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

Zahrnuje:

- *mentální retardaci nespecifikovanou,*
- *mentální subnormalitu nespecifikovanou,*
- *oligofrenii nespecifikovanou" (Švarcová, 2011, str. 41).*

Hraniční pásmo mentální retardace

V souvislosti s klasifikací mentální retardace se objevuje velice často pojem „hraniční pásmo mentální retardace".

Mezi mentální retardací a průměrnou inteligencí se nachází početná skupina lidí, které nemůžeme zařadit mezi osoby s mentální retardací, avšak kteří nedosahují ani v nejlepším případě průměrné mentální úrovně. Jedná se o jedince právě v hraničním pásmu mentální retardace.

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí tento termín nepoužívá, přesto se s ním v praxi často setkáváme. Tato kategorie zahrnuje jedince s intelektem v rozmezí IQ 70 – 80. Jedná se tedy statisticky o pásmo podprůměru.

Jedinci s tímto intelektem nejsou svými projevy nijak nápadní a snížené rozumové schopnosti jsou u nich často diagnostikovány až ve školním věku. Jejich školní prospěch bývá slabý, potřebují proto trpělivou péči a klidné povzbudivé vedení. V tomto pásmu se nacházejí také děti se sociálně podmíněnou mentální retardací (pseudooligofrenií), jež může být úpravou prostředí a podmínek zmírněna či odstraněna. Působení nepodnětného prostředí může vést také k poruchám chování a emoční nestabilitě, kdy se častěji dostávají do konfliktu a frustrace. Müller vyslovuje důležitou myšlenku, že tyto děti jsou s určitou podporou schopné vzdělávání v běžné základní škole a ze všech výše uvedených skupin jsou do ní integrováni nejčastěji (Müller, 2001).

Toto hraniční pásmo kognitivně-sociální disability znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru. Podpůrnými opatřeními při speciálním vzdělávání se rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických pomůcek, zařazení

předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě apod. (Valenta a kol., ©2012, [online]).

Doplňujícím kritériem ke stupni mentální retardace je potom rozsah přidružených poruch chování:

- 0 – žádné nebo minimální postižení chování,
- 1 – výrazné postižení chování vyžadující pozornost a léčbu,
- 8 – jiné postižení chování,
- 9 – bez zmínky o postižení chování (Kozáková, 2005).

Toto označení se pak přidává za kódové označení příslušného pásma mentální retardace (např. F70.1 – lehká mentální retardace s výrazným postižením chování). Kozáková uvádí, že nezávisle na stupni postižení lze rozlišovat dva osobnostní typy:

- Eretický (neklidný) – vyznačuje se neklidem, střídáním útlumu a vzruchu. Tito jedinci jsou většinou citově nestálí, špatně se soustředí, mají slabou vůli a nejsou schopni dokončit činnosti.
- Apatický (netečný) – emoce a vzruch jsou u těchto osob enormně zpomalené, jsou těžkopádní, tiší a klidní (Kozáková, 2005).

Důležitou se jeví i otázka dynamiky vývoje inteligence u mentálně postižených jedinců. Vývoj může u retardovaných dětí kolísat více než za normálních okolností. Taktéž zrání může probíhat jinak a vlivy prostředí mohou být jiné, resp. mohou působit odlišným způsobem. Intelektový vývoj může stagnovat, na druhé straně lze dosáhnout sice pomalého, ale stabilního rozvoje, zejména v těch složkách, které jsou závislé na stimulaci i v adolescenci a rané dospělosti (např. různé dovednosti a sociální návyky). Je třeba si uvědomit, že stagnace vývoje nebo dokonce úbytek již získaných kompetencí může souviset s typem postižení, ale i s nedostatky ve stimulaci a následným výchovným zanedbáváním (Vágnerová, 2000).

Mentálně postižení jedinci potřebují celoživotní vedení a podporu v učení, které se sice nejeví tak efektivní, ale jeho výsledky jsou pro život takového člověka velmi důležité.

2.4 Osobnost jedince s mentálním postižením

Při rozvoji jednotlivých oblastí dětí s mentálním postižením je dobré myslet na to, že (stejně jako děti bez postižení) potřebují prožít úspěch a pocítit, že jsou v něčem dobré a mohou se prosadit. Toto platí obzvláště v případě lehkého mentálního postižení, neboť tyto děti si často svůj handicap uvědomují a také mnozí pochvalu nebo úspěch běžně nezažijí. Dětem je třeba nabízet intenzivní smyslové vjemy a prožitky. Požadavky, které klademe na tyto děti, musí však odpovídat mentální úrovni a zvýšené unavitelnosti, úkoly je třeba často opakovat. Velký důraz by měl být kladen na vytváření sociálních návyků, posilování adaptace a samostatnosti dětí (Bazalová, 2014).

V odborné literatuře můžeme nalézt následující znaky, které globálně vytváří obraz mentálně postiženého jedince. Tyto znaky se mohou vyskytovat v nejrůznější variabilitě a hierarchii. Patří mezi ně: zvýšená závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilita a rigidita chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opoždění psychosexuálního vývoje, nerovnováha aspirace a výkonu, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů a komunikace, malá přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům, impulzivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť, těkavá pozornost, porucha vizuomotoriky a celkové pohybové koordinace (Valenta a kol., 2014).

Vágnerová uvádí, že typickým znakem poznávacích procesů mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Bývají většinou pasivnější a závislejší na zprostředkování informací zdravými lidmi. Je pro ně mnohem náročnější orientace v běžném prostředí, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací. Hůře rozumí okolnímu světu, a proto se jim jeví i více ohrožující. I proto jsou tito jedinci více závislí na druhém člověku, který se stává prostředníkem mezi nimi a okolním světem (Vágnerová, 2000).

Myšlení

Myšlení je poznávací funkcí – umožňuje poznávat podstatu předmětů a jevů, jeho nástrojem je převážně řeč (Valenta a kol., 2014).

„Myšlení mentálně postižených lidí dosáhne v nejlepším případě, u jedinců s lehkou mentální retardací, úrovně konkrétních logických operací.“ (Vágnerová, 2000, str. 151)

Jedincům s mentální retardací chybí názorné a sluchové představy, mají malou znalost zacházení s předměty, velmi omezenou zkušenost z komunikace a hlavně nedostatečný rozvoj řeči. Tyto nedostatky významně zužují dětem s mentální retardací základ, na němž se myšlení dál rozvíjí. Mentálně retardovaného dítěte předškolního věku má velmi omezenou schopnost abstrakce a zobecňování. Abstrakce se v tomto věku u dítěte nejprve projevuje ve vnímání barev. Takovéto dítě vnímá barvu zpravidla jen ve spojení s konkrétní věcí. Další abstrakcí bývá počet, a proto je pro něj problematické pochopení výrazů „*mnoho, málo*“, což má vliv na další kvalitativní posun v myšlení. Dítě s mentální retardací nedovede používat obecné pojmy, jeho myšlení se omezuje na konkrétní situační souvislosti mezi předměty a jevy, je chudé a neproduktivní. Jeho myšlení má velmi omezenou schopnost zobecňování, což se v praxi projevuje tím, že si nedovede osvojit pravidla a obecné pojmy. Někdy je schopné se je naučit nazpaměť, ale nechápe jejich význam a používání. Další zvláštností, které je v oblasti myšlení pro tyto děti typické, je jeho nesoustavnost. Tento rys je patrný zejména u dětí, které trpí rychlou unavitelností. Toto znemožňuje dítěti déle se soustředit na nějaký úkol. Dalším nedostatkem je slabá řídicí úloha myšlení. Jednání dítěte je zpravidla nepromyšlené a jeho důsledek dítě nepředvídá. Toto je spojeno i s nekritičností myšlení. Mentálně postižené dítě nepochybuje o správnosti okamžitých domněnek, nepředpokládá, že by jeho výroky nebo výroky ostatních lidí mohly být chybné. Dětem s mentální retardací výrazně chybí kvalita myšlení, která bývá označována jako tzv. sekvenční myšlení. Znamená to, že je negativně ovlivněno chápání sledu věcí a jevů, vnímání jejich logických souvislostí a časové následnosti. Sekvenční myšlení hraje významnou roli i v organizaci času. Tyto děti tak nedokáží odhadnout délku trvání, učíme je dělat si rozvrhy, plánovat čas a hospodařit s ním. Vyšší sekvenční myšlení chybí téměř vždy, a proto u těchto jedinců chybí schopnost koordinovat, řadit, provádět a dokončovat jednotlivé činnosti (Švarcová, 2011).

„Základní cestou k rozvíjení myšlení dětí s mentální retardací je jejich systematické vzdělávání prostřednictvím postupného osvojování vědomostí, dovedností a návyků odpovídajících úrovni jejich rozumových schopností a aktuální úrovni již získaných poznatků.“ (Švarcová, 2011, str. 54)

Vnímání

„Prostřednictvím vnímání (percepce) člověk poznává své okolí, diferencuje známé a neznámé podněty a situace a na základě takto získaných informací se orientuje ve svém prostředí.“ (Švarcová, 2011, str. 50)

U jedinců s mentální retardací je proces vnímání pomalý, vykazuje chyby a nepřesnosti. Počítky a vjemy (tvary, předměty, barvy) jsou nediferencované. Typická je také inaktivita vnímání – jedinec s mentální retardací není schopen prohlédnout si objekt podrobně a vnímat všechny jeho detaily. Je omezené vnímání zrakové i sluchové. Značný deficit vykazuje také vnímání prostoru a času, je zde patrná snížená citlivost hmatových vjemů (Valenta a kol., 2014).

Paměť

„Paměť patří mezi základní kameny psychického vývoje dítěte. Díky paměti si dítě uchovává minulou zkušenost, získává vědomosti a dovednosti. Na základě paměti si vytváří vztahy k ostatním lidem a určité způsoby svého chování.“ (Švarcová, 2011, str. 55)

Typickým znakem paměti mentálně postižených jedinců je pomalé tempo osvojování nových poznatků, naučené rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně. Proto je třeba věnovat značnou pozornost opakování nově naučených informací. Postižení mají spíše paměť mechanickou (Valenta a kol., 2014).

Jak uvádí Švarcová (2011), tyto děti si nepamatují abstraktní slovní výklady, které mají problém pochopit. Verbální přístup je tedy vhodné v maximální míře podpořit multisenzoriálním přístupem založeným na komplexním smyslovém vnímání.

Emoce

Emocionalita výrazným způsobem ovlivňuje prožívání a chování osobnosti. Mentálně postižené dítě je v porovnání s intaktním jedincem emočně nevyspělé. Cizí prostředí, neznámé osoby nebo neúměrně náročné úkoly v něm mohou vyvolat strach a intenzivní reakce, které mohou mít i panický ráz s třesem či vegetativním doprovodem. Děti s mentální retardací mohou prožívat úzkost, když nemají pocit bezpečí. Je zde patrná značná závislost na bezprostřední odměně, pochvale a povzbuzení. City mentálně postiženého dítěte jsou nedostatečně diferencovány, což znamená, že pociťují buď spokojenost (mají radost) nebo nespokojenost (pláčou nebo se zlobí). Typický je také egocentrismus emocí. Je zde nízká úroveň ovládnutí citů intelektem, která vede k tomu, že se opožděně a obtížně vytvářejí morální city – svědomí, soucit, pocit odpovědnosti, povinnosti. Někdy u těchto dětí pozorujeme patologické citové projevy – vznětlivost, hněv, rozmrzelost, lítost aj. Další závažnou poruchou citového života bývá apatie. Projevuje se nezájmem o činnosti, lhostejnost k lidem, nedostatek potřeby pohybu, ztráta všech zájmů. Objevují se však i neadekvátní

euforie. Emoce mají v životě dětí s mentální retardací velký význam především jako obrovský motivační činitel jejich vývoje. Na pozitivní city i dítě s těžkým mentálním postižením může reagovat pozitivní reakcí. Jedinci s mentálním postižením jsou vnímaví k bolesti a trápení blízkých osob, bývají přátelštější a oddaní (Švarcová, 2011).

Vůle

Vůle je jedním z nejdůležitějších rysů osobnosti a projevuje se v uvědomělém a cílevědomém jednání. Většina jedinců s mentálním postižením má volní vlastnosti oslabené. O nedostatku vůle hovoříme jako o abulii. V praxi se toto oslabení projevuje v situacích, kdy dítě ví, jak má jednat, ale není toho schopno. Porucha vůle se tak může projevit jako výrazná pasivita. Proto je třeba tyto jedince ve větší míře aktivizovat a motivovat k aktivním činnostem. Někdy však způsobuje nedostatek vůle problémy při sebekontrolě (velice těžko si odpírají požítky). Při své činnosti se dítě s mentální retardací řídí těmi nejbližšími a nejjednoduššími motivy, vidina např. pamlsku za splněný úkol je pro něj vyšší motivací než vzdálená hodnotnější odměna. Výchova vůle je u dětí s mentální retardací velice obtížná, vyžaduje mnoho trpělivosti, ale také mnoho pedagogických zkušeností a dovedností. Volní úsilí je však důležitou podmínkou dalšího rozvoje dítěte (Švarcová, 2011).

Aspirace

Aspirace se váže na vůli člověka. Je to aktivizační činitel, který je spojený se snahou seberealizace a sebeuplatnění. Jedná se o určitou představu o cíli, ke kterému chceme dojít (Kolář, 2012).

Mentálně postižení mají uvažování s omezenou možností pochopit, jaké jsou jejich kompetence. Z toho vyplývá, že jejich sebehodnocení bývá nekritické a je ovládané především emocionálně (např. přáním). Mentálně postižený člověk není schopen reálně odhadnout svoje možnosti (Vágnerová, 2000).

Z výše uvedeného vyplývá, jak říká Švarcová, že u osob s mentálním postižením dochází ke dvěma krajním stavům. Objevuje se zde buď příliš nízká aspirace, která vede k pasivitě, nečinnosti a přijmutí role často na nižší úrovni než je reálná míra postižení. Naopak se u těchto jedinců objevují příliš vysoké cíle, což ve svém důsledku vede ke zklamání a frustraci při jejich nenaplnění (Švarcová, 2011).

Toto by si měli uvědomit pečující osoby a jejich snahou by mělo být určité usměřování a jindy naopak pozitivní motivace.

Talent

„Je prokázáno, že mentální retardace není „kontraindikací“ pro kreativitu a talent.“ (Valenta a kol., 2014, str. 35)

Mezi osobami s mentální retardací můžeme nalézt mnoho talentovaných hudebníků, amatérských herců, výtvarníků apod.

Závěrem této kapitoly můžeme konstatovat, že rozvoj osobnosti mentálně postiženého jedince závisí na mnoha faktorech, kde musíme brát v potaz míru postižení. Nicméně nezastupitelnou roli zde hraje podnětné prostředí a vhodné působení pečujících osob. A především rodina by měla tvořit základ pro rozvoj osobnosti těchto jedinců.

3 Problémové chování u dětí s mentální retardací

U dětí s mentální retardací se vyskytuje problémové chování stejně jako u dětí bez zdravotního postižení. Mentální retardace může významně ovlivnit příčiny, projevy i možnosti v přístupu k řešení situací, kde se toto chování vyskytuje.

3.1 Terminologie problémového chování

„Termín problémové chování se definuje jako kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup.“ (Emerson, 2008, str. 13)

Jak dále uvádí Emerson, alternativních termínů je celá řada. Zahrnují v sobě třeba to, jak je chování uspořádáno (termín poruchové chování), nebo povahu vztahu mezi chováním a událostmi, které probíhají (termíny dysfunkční nebo nepřizpůsobivé chování) (Emerson, 2008).

„Dítě se v průběhu vývoje učí diferencovat žádoucí a nežádoucí chování i vhodnost chování ve vztahu k určité situaci.“ (Vágnerová, 2000, str. 277)

Jak dále říká Vágnerová, schopnost dodržovat normy je nutně spojena s rozvojem psychických kompetencí a dítě tedy musí být natolik rozumově vyspělé, aby bylo schopné chápat význam a podstatu norem chování. Zároveň je zde nutná určitá úroveň autoregulace, kdy dítě potřebuje umět odložit aktuální uspokojení nebo se ho zcela vzdát (Vágnerová, 2000).

Schopnost sebeovládání u dítěte, a z toho plynoucí problémové chování, může být narušena, popř. oslabena z nejrůznějších důvodů. Tyto důvody si můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnější vlivy bezesporu patří vliv prostředí. Vzhledem k problému mentální retardace nás ovšem budou zajímat především vlivy vnitřní, kterými mohou být nejrůznější somatická onemocnění, ale právě i organická postižení mozku, poruchy centrální nervové soustavy. Na problémové chování budeme tedy nahlížet z psychopedického hlediska.

Jak vyplývá z Emersonovy definice problémového chování, toto chování může významně poškodit zdraví nebo kvalitu života člověka, kvalitu života pečujících osob, ale i jedinců, kteří žijí nebo pracují v jeho těsné blízkosti. Reakce pečovatелů a vychovatelů vůči osobám, u kterých pozorujeme problémové chování, může být z mnoha důvodů špatná. Tato nesprávná sociální reakce může zahrnovat nevhodné zacházení, vyloučení, deprivaci, ale i systematické

zanedbávání a týrání. Tyto negativní přístupy poté dále formují život jedince s mentálním postižením (Emerson, 2008).

3.2 Příčiny problémového chování

Jakmile nejsou naplněny základní lidské potřeby u jakéhokoliv člověka, zvyšuje u něj pravděpodobnost výskytu problémového chování. Mezi tyto potřeby můžeme zařadit základní fyziologické potřeby (jídlo, spánek, volný pohyb apod.), potřebu jistoty, bezpečí, soukromí, potřebu někam patřit a být milován, potřebu úcty a respektu, potřeba seberealizace.

Uspokojení všech potřeb mentálně postižených jedinců bývá obtížné. A neuspokojení jakékoli potřeby lze považovat za zátěžovou situaci, na kterou reagují mentálně postižení různými obrannými mechanismy. Ty bývají často jednoduché, stereotypní a závisí na celkové mentální úrovni jedince (Vágnerová, 2000).

Problémové chování se velmi často vztahuje k důležitým událostem, které probíhají v sociálním prostředí, ve kterém se dítě vyskytuje. V tomto případě můžeme hovořit o adaptivní reakci na „*problémové*“ situace. Porucha chování je tedy zasazena do sociálního a interpersonálního kontextu, ve kterém se určité situace stávají pro dítě problematickými (Emerson, 2008).

I u dětí zcela zdravých můžeme vidět projevy problémového chování, jako jsou např. záchvaty zlosti, agrese a poškozování věcí. Jsou to ovšem přirozené projevy, které dosahují vrcholu ve dvou až třech letech a jejich závažnost a frekvence se postupně snižují. U zdravého dítěte se totiž vyvíjí verbální seberegulace a učení se alternativním způsobům řešení problémů. U dítěte s mentálním postižením je ovšem vývoj zcela specifický, z čehož vyplývají jisté důsledky, které si při hledání důvodu problémového chování musíme uvědomit:

- Děti s mentálním postižením se v důsledku pomalejšího tempa vývoje často chovají způsobem, který odpovídá stupni jejich vývoje, ale nikoli jejich reálnému věku.
- K omezeným projevům chování často vedou i další specifická poškození, která se u dětí objevují. Patří mezi ně např. smyslové vady, opožděný vývoj řeči, tělesné postižení apod.
- S mentálním postižením také bývají spojeny různé syndromy, které mohou zvýšit náchylnost dítěte k určitému typu problémového chování.

- U dětí s mentálním postižením jsou některé specifické poruchy (např. problémy s jídlem) spojeny s obtížemi při navazování kontaktů s pečovateli a se zvýšeným rizikem, že každodenní události budou působit jako stresující.
- Mentální postižení má své sociální důsledky, které snižují možnost naučit se vhodnému adaptivnímu chování a mohou dítě vystavit riziku, že bude zažívat nepříjemné situace (Emerson, 2008).

V životě lidí s mentálním postižením se vyskytuje mnoho závažných stresujících událostí, které často bývají důvodem problémového chování. Patří mezi ně:

- necitlivé separace od blízkých lidí,
- ztráty důležitých vazeb,
- omezování či odpírání základních lidských práv,
- nedostatek soukromí,
- stěhování,
- neustálé změny životních zvyklostí a podmínek,
- institucionalizace,
- nedostatek kontroly nad svým životem,
- nejasnost a nepředvídatelnost toho, co se v okolí jedince děje,
- chronické zkušenosti se selháváním, odmítáním,
- negativní interakce a konflikty se sociálním okolím,
- nedostatek přátel,
- špatné sebepojetí,
- traumatizující zkušenosti se zneužíváním a týráním (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006).

K výše uvedenému výčtu lze, podle mého názoru, přidat skutečnost, že častým důvodem problémového chování bývá nepochopení situací a problémy v komunikaci.

Dalším z důvodů problémového chování osob s mentálním postižením jsou psychické poruchy.

U jedince s mentálním postižením se mohou také vyskytnout všechny typy psychických poruch tak jako u intaktní populace. Tyto poruchy se mohou projevovat např. agresivním nebo autoagresivním chováním. Klinické zkušenosti a výzkum ukazují, že riziko výskytu

psychických poruch je u těchto osob až čtyřikrát vyšší než u osob zdravých. Na zvýšení tohoto rizika se podílejí faktory biologické (genetické dispozice, poškození mozku, smyslové či fyzické postižení) a hlavně sociálně-psychologické faktory prostředí, v němž člověk žije. V praxi se však často k problematickému chování jedince přistupuje jako k přirozenému znaku mentální retardace. Neprovede se funkční analýza chování, analýza prostředí a často ani důkladné psychiatrické vyšetření. Aby však mohlo dojít ke zjištění příčin tohoto chování, je nezbytné zjistit, zda se za ním neskrývají:

- somatické problémy jedince,
- vedlejší účinky léků,
- dysfunkční prostředí,
- neschopnost klienta funkčně komunikovat,
- symptomy psychické poruchy /afektivní poruchy, schizofrenie, aj./ (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006).

3.3 Projevy problémového chování

Problémové chování se vyskytne ve chvíli, kdy se dítě dostane do složité situace, kterou nezvládá, nerozumí ji, nemá jiné prostředky k tomu, aby sdělilo své pocity, a neumí požádat o pomoc (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006).

Jak uvádí Emerson, u jedince, který se chová problémově, lze pozorovat jeden nebo více typů problémového chování:

- agresivní chování definované jako epizody způsobující závažné fyzické zranění druhým osobám,
- sebezraňující chování definované jako chování způsobující sebezranění,
- ničení majetku (Emerson, 2008).

Projevy problémového chování jsou u každého dítěte jiné a často se projevují v odlišných situacích. V podstatě v těchto projevech spatřujeme prvky opozičního chování. Mezi tyto prvky můžeme zařadit:

- neadekvátní výbuchy hněvu, pláče, smíchu,
- odmítavý postoj, negativismus (např. při žádosti vyhovět pravidlům a žádostem dospělých, odmítavý postoj k jídlu),

- agresivní chování projevující se boucháním, plácáním, strkáním, taháním, kopáním, štípáním, taháním za vlasy, kousáním, verbální agresí, trkáním hlavou apod.
- autoagresivní chování projevující se škubáním kůže, kousáním se, boucháním hlavou, narážením hlavou do předmětů, trhání vlasů, plácání se nebo bouchání do svého těla, dloubáním se v očích, štípáním se do pokožky, análním dloubáním, žvýkáním rtů apod.,
- ignorování společenských norem.

Různé formy tohoto chování se mohou u jednoho dítěte vyskytovat souběžně. Druhům problémového chování se bude více věnovat praktická část této práce.

3.4 Možnosti v přístupu k řešení problémového chování

Aby bylo možné výše uvedené chování účinně odstranit, je třeba se zbavit příčin tohoto chování. Avšak nejlepší cestou je problémovému chování předcházet. Prevence by měla probíhat formou specializovaných metod práce a individuálního přístupu ke každému jedinci.

Řešení těchto problémů obecně předpokládá u těchto dětí:

- určitou míru předvídatelnosti – dává představu o tom, kde a kdy se bude něco odehrávat a také jak dlouho se to bude odehrávat,
- možnost vyjadřovat své potřeby a přání (systém funkční komunikace),
- v co největší možné míře zvládat sebeobslužné činnosti – vede k co nejmenší závislosti na ostatních lidech,
- mít vytvořené pracovní dovednosti,
- mít vytvořené dovednosti pro trávení volného času,
- získat určitou míru sociálních dovedností k navázání přiměřenému sociálnímu kontaktu, zvládnout požádat, poprosit, poděkovat, naučit se žít v kolektivu bez projevů problémového chování (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006).

Přístupem k řešení problémového chování může být i metoda strukturovaného učení. Strukturalizace znamená vnesení jasných pravidel, zprůhlednění posloupnosti činností a jednoznačné spořádání prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Tímto je nastolena dítěti logičnost, řád, pocit jistoty a bezpečí. Pokud je tato metoda správně aplikována, může být přínosem i pro dítě s mentální retardací, které vykazuje problémové chování (Thorová, 2012).

Podle Emersona snížíme riziko výskytu problémového chování tím, že vytvoříme a dokážeme udržet alternativní reakce na problémové chování. To se nám může podařit, pokud budeme vědět, jakým činnostem nebo věcem dává dítě přednost (Emerson, 2008).

Při přístupu k řešení problémového chování bychom měli pracovat určitou metodou. Metodou chápeme systematický a naplánovaný způsob, kterým chceme dosáhnout určitého cíle. Jako při každé práci s dětmi, i v tomto případě a myslím si, že zde ještě mnohem více než kdy jindy platí, že velmi důležitým procesem je motivace.

„Motivace k jednotlivým činnostem je alfa i omegou úspěšné práce s klienty.“ (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006, str. 85)

Čadilová a kol. se zmiňují o třech základních druzích motivace:

- materiální odměna – je nejnižší formou motivace, často to bývá jídlo – sladkosti, brambůrky apod.,
- činnostní odměna – je vyšší formou odměny, jedná se o vykonávání některé oblíbené činnosti – poslech hudby, přístup na počítač, oblíbená stavebnice apod.,
- sociální odměna – je to nejvyšší možná forma odměny, může to být např. pochvala, pohlazení, pomazlení apod.

U dětí s mentální retardací platí, že by měly mít odměnu dopředu vizualizovanou. O odměnách se zmíním více v souvislosti s diferenčním zpevňováním.

Dalším bodem, který je důležitý k tomu, abychom mohli k problému konstruktivně přistoupit, je volba vhodné komunikace.

Děti s mentálním postižením, pokud nemluví, si většinou velmi rychle osvojí jinou formu komunikace. Námí zvolená forma komunikace musí být taková, aby ji dítě pochopilo. Musíme se přiblížit možnostem dítěte (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006).

Možnosti terapie problémového chování

Podle Čadilové a kol. se na počátku terapie musíme rozhodnout, zda použijeme behaviorální (konací) nebo kognitivně-behaviorální (povídací) terapii. Toto jsou v případě problémového chování u dětí s mentálním postižením terapie první volby. Z pohledu obou těchto terapií lidské chování představuje řetězec událostí, které na sebe navazují. Obě tyto terapie vycházejí z tzv. ABC modelu lidského chování. Tento model zachycuje posloupnost a návaznost jednotlivých událostí v čase. Pokud si představíme ABC model v bodech A, B a C, tak tyto body představují:

- Bod A je spouštěč určitého chování, který může být vnitřní nebo vnější.
 - Vnitřní spouštěč je to, co se odehrává v dítěti těsně před začátkem problémového chování. Ovlivňuje ho aktuální emocionální stav, fyziologický stav, potřeby, motivace, vnitřní myšlenky dítěte.
 - Vnější spouštěč může být cokoli, co dítě před výskytem problémového chování obklopuje. Může to být např. přítomnost nebo deficit nějakých předmětů, zvířat nebo lidí v okolí, chování lidí v okolí apod.
- Bod B je vlastní chování, kterému předchází právě určité spouštěče (A). Aby se stejné chování v budoucnosti opakovalo, musí se po něm vyskytnout určitý následek (C).
- Bod C je tedy následek neboli zpevňovač, který dítěti přináší dostatečné zisky a motivují ho při stejných spouštěčích (A) znovu používat stejné konkrétní chování (B), (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006).

„Z výše uvedených faktorů chování můžeme objektivně sledovat pouze faktor B. Faktory A a C jsou naše subjektivní hypotézy, protože klient nám je z důvodu svého handicapu neřekne.“ (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006, str. 110)

I přesto, že sledujeme situaci, která problémovému chování předchází a i situaci následující, nemusí být tyto situace ani spouštěči, ani zpevňovači vlastního problémového chování. K jednomu cíli totiž nemusí vést pouze jeden projev chování, nebo že by právě jeden projev chování vedl vždy a pouze k jednomu cíli. Abychom zjistili patřičný vztah mezi vlastními projevy a cílem chování, musíme provést funkční analýzu chování. Terapie problémového chování poté spočívá ve změně určitých spouštěčů chování (A) tak, aby se problémové chování (B) nemohlo vyskytnout, a změně následků (C) tak, aby problémové chování přestalo být funkční (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006).

Nyní se vrátíme k pojmům behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie. Behaviorální terapie je terapie zaměřená na změnu vnějšího chování uživatele. Kognitivně behaviorální terapie je zaměřená na myšlení a změnu vnějšího chování uživatele. Následně se budu věnovat behaviorální terapii vzhledem k tomu, že spatřuji v jejím použití v prostředí MŠ speciální značné možnosti.

Jak dále uvádí Čadilová a kol., pokud chceme změnit problémové chování dítěte pomocí behaviorální terapie, musíme použít určitý postup, který vychází z pěti následujících kroků:

- zaznamenání problémového chování a jeho funkční analýza, případně i lékařské posouzení,
- analýza prostředí,
- analýza činností,
- diferenční zpevňování – odměny za vhodné chování,
- averzivní tlumení.

Terapie funguje tak, že první krok je rozšiřován druhým a postupně se rozšiřuje o kroky další. Chování poté po celou dobu vyhodnocujeme podle prvního kroku. Výše uvedené kroky si následně postupně objasníme.

Záznam problémového chování a jeho funkční analýza

V tomto kroku zaznamenáváme problémové chování a z jeho analýzy zjišťujeme, kdy se toto chování vyskytuje, při jakých činnostech, v jakou dobu, v jakém prostředí, co mu předchází, co následuje apod. Zde můžeme přijít na spouštěče tohoto chování, kterým se potom následně snažíme vyhnout. Pokud se problémové chování objeví nově, zvýší-li se jeho intenzita nebo spouštěče z prostředí nejsou jasné, je na místě lékařské vyšetření dítěte. V této fázi je velmi důležitá úzká spolupráce všech osob, které o dítě pečují – učitel, rodina, pediatr, psycholog, psychiatr, logoped apod.

Analýza prostředí

K tomuto kroku přistupujeme tehdy, když zjistíme, že nepříznivý fyzický stav dítěte není příčinou problémového chování a stále neznáme jasné spouštěče tohoto chování. Zabýváme se zde působením prostředí na dítě a možným působením dítěte na prostředí. Vlivy prostředí na dítě rozdělujeme na primární a sekundární.

Primární vlivy prostředí – špatné osvětlení, špatná teplota v místnosti, nepohodlný oděv, nevyhovující nábytek.

Sekundární vlivy prostředí – nadměrný hluk, mnoho osob pohromadě, neuspořádané pracovní místo, časová dezorientace dítěte, nedůsledné nebo neprofesionální chování pečujících dospělých osob.

Analýza činností a volného času

K tomuto kroku přistoupíme tehdy, když víme, že prostředí dítě neruší, je pro něj srozumitelné, zároveň dítě umí vyjádřit svá přání, a přesto se chová problémově. V tomto kroku analyzujeme činnosti dítěte a jeho volný čas v průběhu dne. Zjišťujeme, jestli činnosti nejsou pro dítě moc složité, zda nejsou dlouhé, nudné, jestli dávají dítěti smysl a zda odpovídají nejen mentálnímu, ale i fyzickému věku klienta.

Diferenční zpevnování

K tomuto kroku přistoupíme tehdy, pokud problémové chování dítěte trvá i přes vhodně upravené prostředí. Toto je fáze, která nastává ve chvíli, kdy se nám nepodaří výskyt problémového chování snížit na únosnou mez. V tomto případě přecházíme k ovlivňování následků problémového chování. Diferenční zpevnování zde spočívá v uplatňování odměn jako motivace.

Jak dále píše Čadilová a kol., dítě se učí vhodnému i nevhodnému chování třemi různými způsoby:

- Podmiňováním – např. dítě si sáhne na horká kamna a spálí se, proto už to příště nezopakuje. Odměnou je zde absence trestu.
- Nápodobou – dítě opakuje vhodné i nevhodné chování po starších dětech.
- Vhledem – dítě pochopí vztahy mezi informacemi a odměnou je pro něj dobrý pocit a např. i pochvala (sociální odměna).

Z výše uvedeného vyplývá, že: *„Vhodné chování je tedy chováním stejně naučeným jako chování nevhodné. Aby se člověk choval vhodně, musí k tomu vždy být něčím motivován.“* (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006, str. 125)

U dětí s mentální retardací používáme často materiální odměny. Vždy musíme použít takovou odměnu, která z jeho pohledu odměnu představuje. Zde si musíme uvědomit, že je to záležitost značně individuální. Dítě musíme dobře znát, popř. můžeme informace získat od rodičů.

Averzivní tlumení

K tomuto bodu přistoupíme ve chvíli, když potřebujeme zvládnout akutní problémové chování restriktivními postupy. Restriktivním postupem označujeme omezení pohybu dítěte na dobu nezbytně nutnou.

Restriktivním postupem rozumíme fyzickou, mechanickou nebo farmakologickou restrikcii.

Averzivní terapií tedy snižujeme výskyt problémového chování tím, že bezprostředně po jeho výskytu je použitý pro dítě nepříjemný následek. Nepříjemný následek, rozumíme trest, bude funkční, pokud:

- následuje od osoby, ke které má dítě kladný citový vztah,
- následuje okamžitě po nevhodném chování,
- dítě vždy musí vědět, za co je trestáno,
- pravidla pro jeho použití jsou jasně stanovena,
- je důsledně použit při každém překročení domluvených hranic.

K tomuto bodu je nutné říci, že eticky zcela nepřijatelný je fyzický trest.

Čadilová uvádí dva nejtypičtější příklady averzivních metod:

1) Time-out

Tímto výrazem je označován čas, kde je absence pozitivního zpevnování. Principem je odepření pro dítě pozitivního stimulu, které následuje bezprostředně po výskytu problémového chování. Odepření pozitivního stimulu může být provedeno formou:

- ignorování (vyhasínání),
- odsazení s možností pozorování,
- odebrání určité věci (předmět, se kterým nebo ke kterému se dítě chovalo nevhodně),
- vyloučení a odloučení (odvedení dítěte z podnětného do nepodnětného prostředí).

Účinnost těchto opatření závisí na konkrétním dítěti a jeho postižení, na personálu a jeho zásadovosti, na porozumění time-outu dítětem, na prostředí, ve kterém je time-out používán a důležitým pravidlem je, že aktivita v kolektivu musí být podnětnější než time-out. Účinnost je také závislá na době trvání time-outu. Čím mladší dítě, tím kratší time-out. Čadilová uvádí dobu trvání time-outu mezi 5 a 20 minutami.

2) Přesycení

Přesycení je formou trestu, kdy u dítěte záměrně stimulujeme činnost, kterou chceme odstranit. Výsledkem takového opakování je pro dítě únava, která je právě tím trestem. Takové přesycení musíme opakovat vždy při objevení se konkrétního problémového chování, aby se u dítěte vytvořilo spojení mezi problémovým chováním a trestem.

Aby byly kroky behaviorální terapie úspěšné, předpokládá to dostatečný počet pečujících osob (vychovatelů, asistentů, pedagogů). Tyto osoby by měly být proškolené v této terapii. Skupiny klientů (děti) by neměly být příliš velké (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006).

Kognitivní behaviorální terapie vychází z myšlení klienta. Problémové situace u lidí s mentálním postižením vznikají často ze špatného pochopení sociálních situací a následně špatně zvoleného způsobu chování. Tito lidé častěji interpretují negativně a sebestředně celkem běžné situace. A na základě tohoto hodnocení se potom chybně chovají. Smyslem terapie je zde klientovi ukázat, že problém tkví v jeho pochopení situace, v nesprávně „nastavených“ emocích. Toto vyžaduje aktivní spolupráci klienta a jeho edukaci o roli emocí a kognicí při rozhodovacím procesu (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2006).

4 Zajištění péče o děti s mentální retardací v předškolním věku

Na komplexní péči o jedince s mentální retardací se podílí:

- resort zdravotnictví,
- resort školství,
- resort sociální,
- nestátní neziskové organizace, církevní a charitativní organizace.

Nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte je rodina. Funkční rodinné prostředí poskytuje dítěti pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability a dostatečné množství podnětů pro jeho další rozvoj. Toto platí i pro dítě s mentální retardací. Základ výchovy dítěte s mentálním postižením je tedy v rodině. Na ten navazuje celá struktura speciálních zařízení, kde probíhá vzdělávání na základě individuálních potřeb a specifík daného jedince.

„K dobrému a objektivnímu poznání svého dítěte, jeho vývojových možností, úrovně jeho schopností, hloubky a povahy postižení rodiče potřebují pomoc kvalifikovaných odborníků, především lékařů, psychologů a speciálních pedagogů. Tito odborníci by měli poskytovat svoji péči postiženým dětem a jejich rodinám co nejdříve po zjištění postižení dítěte.“
(Švarcová, 2011, str. 166)

4.1 Raná péče

Je zřejmé, že správná a včasná intervence v raném období života dítěte rozhoduje o jeho dalším vývoji a o životě celé rodiny. Může to být rozhodující faktor při reorganizaci života celé rodiny, schopnosti přijmout dítě takové, jaké je a přizpůsobit se jeho speciálním potřebám (Bazalová, 2014).

Raná péče vychází ze Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v platném znění. Je to služba sociální prevence. Jedním z cílů služeb sociální prevence je napomáhat ohroženým osobám překonávat nepříznivé sociální situace.

Definice rané péče

„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ (Předpis č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách, § 54, odst. 1, Zákony pro lidi ©2016 [online])

Základní činnosti, které poskytuje raná péče

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,

pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Předpis č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách, § 54, odst. 2, Zákony pro lidi ©2016[online])

Asociace pracovníků v rané péči, z.s. (APRP) je celostátní profesní organizace, která sdružuje poskytovatele rané péče. Členy APRP jsou organizace, které se hlásí k dohodnuté kvalitě poskytované služby. Tyto kvality poskytovaných služeb vychází z pracovních materiálů Optimální model rané péče a Druhé standardy kvality služby (Asociace pracovníků v rané péči © 2015,[online]).

Mezi Druhé standardy kvality služby patří procedurální standardy, ze kterých vychází zásady služby rané péče. „*Pracoviště rané péče naplňuje při poskytování služby tyto principy:*“ (Druhé standardy kvality služby rané péče, s. 2 ©2013 [online])

Principy rané péče

- princip důstojnosti (spočívá v respektování osobnosti dítěte a individuality rodiny, respektování důstojnosti klienta, jednání s klientem vždy dle zásad partnerství),
- princip ochrany soukromí klienta (je respektováno soukromí klienta, dokumentace klienta je důvěrný materiál),
- princip zplnomocnění (respektování práva klienta na informace, účast rodiny na plánování programu služeb rané péče, podpora právního vědomí rodin),
- princip nezávislosti (podpora schopností rodin vedoucích ke zvládnutí situace, služby jsou poskytovány tak, aby nečinily rodinu závislou na žádné instituci),
- princip práva volby (klient je účastníkem o rozhodování při výběru služeb, může se vždy sám rozhodnout),
- princip týmového přístupu a komplexnosti služeb (uživatel je členem interdisciplinárního týmu, podílí se na rozhodování a plánování služby),
- princip přirozenosti prostředí /převážná část služeb je poskytována v rodině při respektu běžného chodu rodiny/ (Druhé standardy kvality služby rané péče, s. 2,3 © 2013 [online])

V současné době již v každém kraji existuje několik středisek rané péče. Tým střediska nejčastěji tvoří speciální pedagog, sociální pracovník, logoped, psycholog a další externí pracovníci (ergoterapeut, fyzioterapeut apod.). Pracovníci střediska předají rodině kontakty na další potřebné odborníky. Kontakt na ranou péči by měl rodině poskytnout pediatr nebo jiný odborný lékař, který s dítětem a jeho rodinou přijde do kontaktu. Je proto důležité, aby raná péče svou činnost dostatečně prezentovala.

Konkrétní poskytované činnosti středisek rané péče

- informace o všech službách pro danou cílovou skupinu,
- zajištění návštěv odborníků v rodině za účelem konzultace,
- odborné a praktické rady pro práci s dítětem pro podporu jeho psychomotorického vývoje,
- sociálně-právní poradenství,
- pomoc při jednání s úřady,
- pomoc při výběru a zajištění rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, vhodných hraček,
- půjčování výše uvedených pomůcek, literatury,
- předání kontaktů na potřebné odborníky nebo zprostředkování konzultace,
- pomoc při výběru vhodného předškolního či školního zařízení,
- průběžné vyhledávání a poskytování informací,
- telefonické konzultace,
- odborné semináře, přednášky,
- zajištění terapií a dalších podpůrných aktivit,
- organizování rehabilitačních pobytů, setkávání svépomocných skupin apod. (Dostálková in Dlouhá a kol., 2013).

„Cílem rané péče je tedy předcházet postižení, eliminovat nebo alespoň zmírnit jeho důsledky a poskytnout dítěti, rodině i společnosti prostředky pro budoucí integraci dítěte do majority“. (Bazalová, 2014, str. 130)

Hlavní cíle rané péče jsou ukotvené ve včasné a správné diagnostice, v komplexním působení na rozvoj všech složek osobnosti dítěte a v zajištění poradenských služeb (Bazalová, 2014).

4.2 Školská poradenská zařízení

Legislativa současného školského poradenského systému:

- Zákon č.561/2004 (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Od září 2016 vstoupí v platnost novelizace této vyhlášky.

Podle výše uvedené vyhlášky jsou poradenskými zařízeními psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. Poradenské služby jsou poskytovány dětem a mládeži od předškolního věku, do ukončení vyššího odborného vzdělání, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením.

Pedagogicko-psychologická poradna (PPP)

Základní úkoly a funkce PPP:

- Psychologické, pedagogické a speciálně pedagogické poradenství a pomoc při výchově a vzdělávání dětí, žáků a studentů.
- Psychologická, speciálně-pedagogická diagnostika individuální a skupinová, zjišťuje školní zralost, adaptaci na školu, výukové problémy a neprospívání včetně specifických poruch učení (SPU), výchovné problémy – včetně specifických poruch chování (SPCH), zajišťuje podklady z odborných vyšetření k integraci, předkládá návrhy na zařazení a přeřazení žáků do vyrovnávacích tříd, škol s upravenými vzdělávacími programy, řeší profesionální orientaci, osobnostní nebo sociálně vztahové problémy, provádí diagnostiku sociálního klimatu kolektivů, diagnostiku mimořádně nadaných dětí a žáků.
- Psychologická a speciálně pedagogická intervence – patří sem poradenská intervence, individuální práce s dětmi, žáky a studenty s nerovnoměrným vývojem, obtížemi v adaptaci s osobnostními, sociálně-vztahovými a dalšími problémy, reedukace SPU, kariérové poradenství, poradenské nebo terapeutické vedení rodin, poradenské konzultace žákům, zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům.
- Informační metodická činnost – metodické vedení výchovných poradců a školních metodiků prevence základních a středních škol, odborné konzultace s pedagogickými

pracovníky, zejména výchovnými poradci školy v souvislosti s integrací žáků, jejich individuální vzdělávací plány (IVP), odborné konzultace s pedagogickými pracovníky mateřských škol, základních a středních škol a další činnosti dle vyhlášky.

PPP spolupracuje se středisky výchovné péče (SVP), školním psychologem, školním speciálním pedagogem, dětskými i odbornými lékaři, úřady práce, pracovníky oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) a dalšími odborníky (Předpis č.72/2005 Sb.: O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, § 5, příloha 1, Zákony pro lidi, ©2016 [online]).

Speciálně-pedagogické centrum – SPC

Poskytuje poradenské služby – dětem a žákům s různým typem a mírou zdravotního postižení a znevýhodnění ve speciálních výchovných a vzdělávacích zařízeních, nebo těm, kteří jsou integrováni v běžném typu těchto zařízení – depistážní, diagnostické, preventivní a intervenční aktivity. Zřizováno je dle druhu zdravotního postižení – samostatně, nebo častěji jako součást MŠ a ZŠ vzdělávajících žáky s příslušným handicapem. Je pro děti s mentálním postižením, děti s tělesným postižením, děti se sluchovým postižením, děti se zrakovým postižením, děti a žáky s vadami řeči, děti s více vadami (nárůst dětí s kombinovaným postižením), děti s poruchami autistického spektra, děti hluchoslepé, pro děti se specifickými poruchami chování.

Základní úkoly a funkce SPC:

Zajišťuje speciálně pedagogickou péči, diagnostické a poradenské služby, zjišťuje připravenost na školu, problémy ve vzdělávání, odchylky v psychickém i sociálním vývoji žáků se zdravotním postižením a znevýhodněním, provádí poradenství zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům těchto dětí a metodickou podporu školám, kde jsou tito žáci vzdělávání, zpracovává odborné podklady pro integraci, zařazení a přeřazení do škol a školských zařízení (Předpis č.72/2005 Sb.: O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, § 6, příloha 2, Zákony pro lidi, ©2016 [online]).

4.3 Institucionální předškolní vzdělávání dětí s mentální retardací

Institucionálně zajišťují vzdělávání dětí s mentální retardací v předškolním věku především mateřská škola (MŠ) a mateřská škola speciální. Tyto instituce tak představují počáteční stupeň veřejného vzdělávání organizovaného a řízeného MŠMT (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy). Dále mohou být předškolní děti (a tedy i děti s mentální retardací) vzdělávány ve firemních mateřských školách, v dětských skupinách, v nestátních neziskových organizacích, v mateřských školách v režimu živnostenského zákona.

Legislativa institucionálního předškolního vzdělávání organizovaného a řízeného MŠMT:

- Zákon č.561/2004 (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 563/2005 Sb., o pedagogických pracovnících.
- Vyhláška 14/2004 Sb., o předškolním vzdělávání.
- Vyhláška 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Od září 2016 vstoupí v platnost novelizace této vyhlášky.
- Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP PV).

Mateřské školy zřizované podle školského zákona musí být zapsány do rejstříku škol a školských zařízení a vztahují se na ně veškeré povinnosti, které z tohoto zákona vyplývají (Syslová a kol., 2014).

Koncepce předškolního vzdělávání se orientuje k tomu, aby si dítě od útlého věku osvojovalo základy klíčových kompetencí a získávalo tak předpoklady pro své celoživotní vzdělávání. Předškolní vzdělávání je organizováno pro děti zpravidla ve věku od tří do sedmi let. Školský zákon umožňuje odložit povinnou školní docházku nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku (Výzkumný ústav pedagogický v Praze. *RVP PV*, ©2004 [online]).

Funkce předškolního vzdělávání

Úkolem předškolního vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a pomáhat zajistit dítěti prostředí s dostatkem mnohostranných a přiměřených podnětů k jeho aktivnímu rozvoji a učení. Rozvíjí osobnost dítěte, podporuje jeho zdraví a tělesný rozvoj, osobní spokojenost a pohodu, napomáhá mu v chápání okolního světa a motivuje ho k dalšímu poznávání a učení. Zároveň učí dítě žít ve společnosti ostatních lidí, přibližuje mu normy a hodnoty naší společnosti uznávané. Za všech okolností jsou respektovány individuální rozvojové možnosti

dětí a je tak každému dítěti umožněno dospět v době, kdy opouští mateřskou školu, k optimální úrovni osobního rozvoje a učení. Předškolní vzdělávání neusiluje tedy o vyrovnávání individuálních rozdílů ve výkonech dětí, ale přispívá k vyrovnávání jejich vzdělávacích šancí.

Předškolní vzdělávání plní ve spolupráci s rodiči zároveň úkol diagnostický a to právě ve vztahu k dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Dětem, které to potřebují, poskytuje včasnou speciálně-pedagogickou péči.

Předškolní vzdělávání dále nabízí dětem vhodné vzdělávací prostředí – podnětné, obsahově bohaté, v němž se dítě cítí bezpečně, jistě, radostně a spokojeně a které mu zajišťuje možnost hrát si.

Rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání jsou společné pro všechny děti. Vždy by mělo být snahou pedagogů vytvořit optimální podmínky k rozvoji osobnosti každého dítěte, k učení, ke komunikaci s ostatními a pomoci mu, aby dosáhlo co největší samostatnosti (Švarcová, 2011).

Podle RVP PV se předškolní vzdělávání maximálně přizpůsobuje vývojovým fyziologickým, kognitivním, sociálním a emocionálním potřebám dětí. Vzdělávání je vázáno k individuálně různým potřebám a možnostem jednotlivých dětí, včetně specifických vzdělávacích potřeb, které právě zdravotní postižení dítěte často přináší. Každému dítěti je třeba poskytnout pomoc a podporu v míře, kterou individuálně potřebuje, a v kvalitě, která mu vyhovuje (Výzkumný ústav pedagogický v Praze. *RVP PV*, ©2004, [online]).

Metody a formy práce v předškolním vzdělávání

Vhodné jsou metody prožitkového a kooperativního učení hrou a činnostmi, které jsou založeny na zážitcích dítěte, podporují dětskou zvědavost, radost z učení, ze získávání nových zkušeností a dovedností. V dostatečné míře by mělo být uplatňováno situační učení, založené na praktických ukázkách životních souvislostí, a zároveň spontánní situační učení, založené na principu přirozené nápodoby.

Didaktický styl vzdělávání by měl být založen na principu vzdělávací nabídky, individuální volbě a aktivní účasti dítěte (Výzkumný ústav pedagogický v Praze. *RVP PV*, ©2004 [online]).

„U dětí s mentální retardací s ohledem na stupeň a druh jeho postižení jsou podmínky vzdělávání podle RVP PV považovány za plně vyhovující, pokud:

- *je zajištěno osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni postižení,*
- *jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky,*
- *je zajištěna přítomnost asistenta (podle míry a stupně postižení),*
- *je počet dětí ve třídě snížen.“* (Švarcová, 2011, str. 82)

Vzdělávání dětí s mentální retardací v mateřských školách speciálních a ve speciálních třídách běžných mateřských škol

„Vzdělávání dětí s mentální retardací ve speciálních mateřských školách či třídách s programem upraveným podle speciálních vzdělávacích potřeb dětí snáze splňuje základní povinné podmínky a v mnoha ohledech potřebám dětí vyhovuje lépe než prostředí běžných mateřských škol.“ (Švarcová, 2011, str. 82)

Forma a obsah speciálního vzdělávání a míra podpůrných opatření se stanoví podle rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb dítěte. Podpůrná opatření jsou doporučena školským poradenským zařízením a zabezpečuje je škola ve spolupráci s výše uvedeným školským poradenským zařízením, na jehož doporučení je dítě do MŠ speciální přijato (Předpis č.73/2005 Sb.: Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, Zákony pro lidi, ©2016 [online]).

Podpůrnými opatřeními při speciálním vzdělávání se rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, didaktických materiálů, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu dětí ve třídě, popř. jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby dítěte (Předpis č.73/2005 Sb.: Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, Zákony pro lidi, ©2016 [online]).

Vzdělávání dětí s mentální retardací se uskutečňuje podle školního vzdělávacího programu, který vychází z RVP PV a je upraven podle speciálních potřeb dětí. V případě víceletých MŠ speciální jsou vytvářeny ještě třídní vzdělávací programy, které jsou tvořeny pedagogy jednotlivých tříd přímo pro konkrétní třídy MŠ speciální. Dětem se speciálními vzdělávacími

potřebami je také sestavován individuální vzdělávací plán, který obsahuje konkrétní zaměření na jednotlivé oblasti rozvoje osobnosti dítěte.

Zařazení dítěte do MŠ speciální nelze chápat jako diskriminační opatření, ale jako snahu zajistit mu optimální odbornou péči. Některé MŠ speciální přijímají ke vzdělávání i děti zdravé (v rámci tzv. obrácené integrace), což umožňuje kontakt dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami se zdravými vrstevníky.

Při vzdělávání dětí v MŠ speciálních jsou voleny vhodné vzdělávací metody a prostředky, uplatňuje se zde vysoce profesionální přístup všech pracovníků. Rozvoj osobnosti mentálně postiženého dítěte je velmi závislý na citlivosti a přiměřenosti působení okolí. Tyto děti mívají menší zkušenosti a větší problémy s osamostatňováním, hůře se prosazují, mají malou schopnost autoregulace apod. Toto všechno musí brát pedagog v potaz při výchově a vzdělávání těchto dětí. Je důležité, aby byl dítěti ponechán dostatek samostatnosti a vlastního rozhodování a byla mu poskytována potřebná pozitivní motivace. Dítě musí být chváleno i za minimální úspěch a pokroky (Švarcová, 2011).

Hlavní vzdělávací proces probíhá formou hry, která je i u dětí s mentální retardací jejich nej přirozenější činností a stává se tak přirozeným nástrojem učení. Vzdělávací program je rozdělen mezi hru, relaxaci a individuální práci s dítětem. Pozornost je především věnována rozvoji rozumových schopností, smyslového vnímání, výtvarných a pracovních činností, jemné a hrubé motoriky a komunikace (Černá a kol., 2009).

Mateřské školy speciální nabízejí také řadu terapií. V teoretické části práce definuji jen ty z nich, jejichž využití v praxi budu popisovat v praktické části.

„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k prospěšné změně.“ (Müller, 2014, str. 18)

Canisterapie

Canisterapie je terapie, kdy zprostředkovatelem v dosahování terapeutických cílů je pes. *„Galajdová (1999) definuje canisterapii jako označený způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen podle definice WHO jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. Galajdová dále uvádí, že canisterapie je součástí zooterapie. Jedná se o podpůrnou formu psychoterapie, která je výhradně založena na kontaktu člověka se psem a vzájemné pozitivní interakci.“* (Galajdová, 1999 in Müller, 2014, str. 476)

Muzikoterapie

Definice současné Světové federace muzikoterapie zní: „*Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu.*“ (Müller, 2014, str. 269)

Jak dále Müller uvádí, muzikoterapii lze použít za účelem pomoci změnit chování, myšlení, emoce a další osobnostní předpoklady klientů pozitivním směrem (Müller, 2014).

Snoezelen

Snoezelen je místností, která je předurčená k pozitivně naladěnému prostředí. Může mít funkci relaxační, poznávací, interakční (Müller, 2014).

Koncept bazální stimulace

„*Za základní princip bazální stimulace se považuje zjištění, že zprostředkováním zkušenosti a vjemů pomocí těla můžeme jedince uvést do reality (skutečnosti), zprostředkováním zkušenosti (empirie) a vjemů.*“ (Müller, 2014, str. 361)

Stimulují se oblasti:

- somatického vnímání – pocity tepla, tlaku, vlhkosti na povrchu těla (tělo pokrýváme různým materiálem, hladíme, kartáčujeme, fěnujeme, míčkujeme, natíráme krémem, masírujeme apod.),
- vestibulárního vnímání – dítě kolébáme, houpáme, otáčíme,
- vibračního vnímání – chvění vibrátoru,
- akustického a optického vnímání – tlukot srdce, impulzy světla,
- stimulace orální oblasti – masáž úst, sání, žvýkání předmětů, kousání,
- podpora čichových a hmatových vjemů – voňavé sáčky, navoněné předměty, předměty k uchopení a ohmatávání s různou povrchovou strukturou (hmatové knihy aj.).

Somatické, vibrační a vestibulární vnímání se vztahují k nejranějším a nejelementárnějším formám vnímání. Stimulací těchto oblastí se pokoušíme navázat na tyto časné elementární zkušenosti. Tyto tři základní podněty dodávají klid, jistotu a bezpečí (Müller, 2014).

Speciální mateřské školy úzce spolupracují se speciálně-pedagogickými centry, logopedy a dalšími odborníky, tak aby byla vždy zajištěna co nejkvalitnější péče, kterou dítě potřebuje.

Vzdělávání dětí s mentální retardací v běžných mateřských školách

„Integrace dětí do běžných mateřských škol však znamená přiblížení se normálnímu prostředí a snížení nebezpečí izolace dítěte i jeho případného vylučování ze společnosti ostatních vrstevníků.“ (Švarcová, 2011, str. 83)

Musíme si však uvědomit, že integrace do běžných mateřských škol má i svá rizika. Abychom tato rizika snížili na nejnižší možnou míru, musíme především zajistit vhodné podmínky v prostředí mateřské školy, jak se o nich hovoří v RVP PV. Ředitel takovéto MŠ by měl zvážit, zda je pedagogický pracovník dostatečně způsobilý k péči o dítě s mentální retardací (zda má speciálně-pedagogické vzdělání), zda dokáže zajistit pro dítě asistenta pedagoga a zda zvládne podpořit integraci v pravém slova smyslu. Škola musí úzce spolupracovat s příslušnými odborníky (speciálním pedagogem, dětským psychologem, lékařem, logopedem aj.), důležitá je spolupráce se zákonnými zástupci dítěte. Závěry z této spolupráce se poté promítají do individuálního vzdělávacího plánu, ale i do vzdělávacího programu školy (ŠVP) a třídy (TVP). Výsledkem by mělo být především spokojené dítě.

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodika práce

„Termínem metodika označujeme různé konkrétní formy a způsoby použití metod, kterými se uskutečňuje proces stále hlubšího poznávání pedagogických jevů a procesů.“ (Skalková, 1985, str. 22)

Metodikou tedy můžeme chápat určitý postup výzkumu, který zahrnuje i výběr metod a výzkumného vzorku.

5.1 Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zhodnocení efektivity práce s dětmi předškolního věku s diagnózou lehké a středně těžké mentální retardace v MŠ speciální Kolín, v souvislosti s přístupem k řešení problémového chování.

Dílčí cíle:

- ověřit, v jakých konkrétních situacích se problémové chování vyskytuje nejčastěji,
- popsat tohoto chování,
- posoudit vliv spolupráce s rodiči dětí na efektivitu práce,
- zjistit, jakým způsobem lze toto chování pozitivně ovlivnit.

5.2 Výzkumné otázky

K naplnění cílů bakalářské práce slouží tyto výzkumné otázky:

- V jakých situacích se u jednotlivých dětí problémové chování vyskytuje nejčastěji?
- Jaké jsou nejčastější projevy tohoto chování v prostředí MŠ a v prostředí domova?
- Jaká je spolupráce se zákonnými zástupci dětí?
- Jak ovlivní problémové chování dětí intervence ze strany pedagogů?

5.3 Strategie výzkumného šetření – kvalitativní výzkum

Pro šetření byly zvoleny metody kvalitativního výzkumu. A to z níže uvedených důvodů, o kterých hovoří Gavora. *„Výzkumník v kvalitativním výzkumu se snaží o sblížení se se zkoumanými osobami, o proniknutí do situací, ve kterých vystupují, protože jen tak jim může rozumět a může je popsat.“* (Gavora, 2000, str. 35)

Cílem kvalitativního výzkumu je tedy porozumět člověku, proniknout do konkrétního případu, odhalit nové skutečnosti a vytvořit z nich nové hypotézy. Kvalitativní výzkum je tedy výzkum konstrukční (Gavora, 2000).

Podle Švaříčka a Šed'ové je kvalitativní výzkum „*proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 17)

Vzhledem k tomu, že je zde středem zájmu dítě, jako jedinečná osobnost a individualita se snahou porozumět jeho potřebám, s cílem pomoci zvýšit kvalitu jeho života, domnívám se, že je pro tento výzkum vhodnější právě kvalitativní výzkumná strategie.

V této souvislosti Hendl předkládá jednu z nevýhod kvalitativního výzkumu, že jeho výsledky jsou vnímány pouze jako soubor subjektivních dojmů a není možné je zobecnit nebo přenést do jiného prostředí. Toto je však vyváжено hloubkovým popisem případů. K přednostem naopak uvádí, že umožňuje získat podrobný vhled při zkoumání jedince, skupiny, události apod. Umožňuje studovat procesy, navrhopvat teorie a dobře reaguje na místní podmínky (Hendl, 2005).

Nejznámější formou kvalitativního výzkumu je kazuistika neboli případová studie. Jak říká Hrabal, „*kazuistika je metoda umožňující zabývat se jediným vybraným případem, sledovat a analyzovat všechny vývojové projevy, zpracovat dostupné materiály, sledovat všechny možné souvislosti a vše kvalitativně analyzovat.*“ (Hrabal, 2002, str. 40).

Všechna data, která byla kvalitativním výzkumem získána, byla tedy následně zpracována do kazuistik.

5.4. Metody získávání a vyhodnocování údajů

Pojem metoda znamená v pedagogické praxi systém základních postupů a způsobů výzkumu (Skalková, 1985).

Můžeme také říci, že je to systematický postup směřující k dosažení cíle.

Metody, které byly zvoleny pro tuto bakalářskou práci, jsou metody kvalitativního výzkumu.

Jsou to:

- přímé zúčastněné pozorování
- polostrukturovaný rozhovor
- obsahová analýza pedagogických dokumentů

Zúčastněné pozorování

Zúčastněné pozorování (vnitřní, participační) patří mezi základní kvalitativní metody výzkumu. Metodu pozorování nelze předem standardizovat a nemá žádnou předem stanovenou formu zaznamenávání. Pozorování je možné v průběhu realizace přizpůsobovat. Základním účelem pozorování je zjistit, co pozorované osoby dělají a jak reagují v různých situacích (Hendl, 2005).

Jak říká Gavora, u kvalitativního výzkumu se téměř vždy používá nestrukturované pozorování. Je určený jen cíl a prostředí, ve kterém se pozorování uskutečňuje. Pozorovatel může pracovat otevřeně, přistupovat ke zkoumané realitě pružným způsobem. Nestrukturované pozorování klade větší požadavky na vnímavost a dovednost pozorovatele (Gavora, 2010).

K pozorování byla zvolena třída MŠ speciální v Kolíně, kde zároveň pracuji na pozici pedagoga. Své pozorování mohu označit za participační a to většinou ve smyslu úplné participace, kdy jsem se spolu s pozorovaným dítětem účastnila všech činností a byla jsem tak jeho přirozeným pozorovatelem. Výhodou byla dobrá znalost prostředí, ale hlavně ta skutečnost, že se pozorované děti chovaly přirozeně a otevřeně vůči mé osobě. Určitou nevýhodou byla náročnost tohoto pozorování, protože jsem byla v roli pozorovatele, ale stále i v roli pedagoga.

Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor je jednou ze základních forem verbální komunikace, kdy spolu komunikují prostřednictvím otázek a odpovědí dva nebo více lidí. Je také jednou ze základních výzkumných metod. Používá se při kvalitativních i kvantitativních formách výzkumu (Chráška, 2007).

Za další odpovídající techniku sběru dat pro tento výzkum byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, neboť jeho pomocí mohou být zachyceny odpovědi v jejich přirozené podobě, což odpovídá principům kvalitativního výzkumu.

Polostrukturovaný rozhovor je rozhovorem částečně připraveným, výzkumník má připravené rámcové otázky, ale přizpůsobuje je podle vyvíjejícího se obsahu rozhovoru (Gavora, 2010). Díky polostrukturovanému rozhovoru a v rámci něho položeným otevřeným otázkám výzkumník lépe porozumí pohledu respondentů, aniž by byl omezený výběrem otázek (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Rozhovor byl realizován v prostředí MŠ speciální v Kolíně s rodiči dětí. Seznámila jsem je se záměrem, proč bude rozhovor veden. Zdůraznila jsem důležitost výpovědi a potvrdila jejich anonymitu. Snažila jsem se zajistit, aby rozhovor probíhal v klidné a příjemné atmosféře. Zahájení rozhovoru by mělo být vždy taktní se snahou získat důvěru vypovídajícího. Zde se nevyskytl žádný problém, s rodiči dětí se znám a myslím, že ve mě mají důvěru, což se v rozhovorech potvrdilo. Při rozhovorech jsem se snažila být především dobrým posluchačem.

Obsahová analýza pedagogických dokumentů

Jak uvádí Gavora, kvalitativní výzkum používá i analýzy produktů, které vytvořil člověk. Získaná data se používají k doplnění údajů, čímž se výzkumná data stávají bohatší a všestrannější (Gavora, 2010).

Obsahovou analýzu v mém výzkumu tvoří zkoumání pedagogických dokumentů. Mezi tyto dokumenty v MŠ speciální Kolín patří osobní a rodinná anamnéza, lékařské zprávy, zprávy ze školských poradenských zařízení a v neposlední řadě také individuální vzdělávací plán.

5.5 Organizace práce

Místo výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno v MŠ speciální Kolín. Podrobná charakteristika tohoto zařízení je popsána v kapitole 6 této práce. Zařízení jsem si zvolila z toho důvodu, že zde pracuji již 4. rok na pozici vedoucí učitelky. Každé dítě je jedinečnou osobností se svými problémy i potřebami. Cílem celého našeho pedagogického týmu je zajistit výchovu a vzdělávání podle ŠVP MŠ speciální, ale především to, aby děti byly šťastné a spokojené.

Tohoto můžeme docílit pouze tím, že každé dítě dokonale poznáme a pružně reagujeme na jeho potřeby. Pracujeme podle myšlenky: „*Pomoz mi, abych si pomohl sám*“, ve které je řečeno vše podstatné.

Časový průběh výzkumného šetření

Výzkum začal být realizován v měsíci září 2015, kdy 1 dítě z výzkumného souboru započalo docházku do MŠ. 2 děti, u kterých byl výzkum prováděn, navštěvují MŠ již druhým rokem.

Výzkumný terén jsem v počátku výzkumného šetření měla dobře zmapovaný. Zúčastněné pozorování jsem prováděla průběžně po dobu pěti měsíců (září 2015 – leden 2016). Rozhovory s rodiči jsem realizovala vždy dva u jednoho dítěte, a to na počátku a v závěru výzkumného šetření (září 2015 a leden 2016). Obsahovou analýzu pedagogických dokumentů jsem prováděla v měsíci lednu 2016, protože dokumenty dětí se průběžně doplňují. V únoru 2016 jsem na základě získaných údajů sestavovala kazuistiky – případové studie u vybraného výzkumného souboru.

Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl zvolen tzv. záměrným výběrem, který je charakteristický pro kvalitativní výzkum. Záměrem bylo vybrat respondenty podle nejvyšší míry potřeby. Tedy děti, u kterých bylo potřeba řešit problémové chování, abychom mohli zajistit jejich potřeby a zároveň tak napomoci zvýšit kvalitu jejich života v prostředí MŠ a ve spolupráci s rodiči i v prostředí domova.

6 Charakteristika zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření

Výzkumné šetření probíhalo na pracovišti, kde působím jako pedagog – v MŠ speciální Kolín.

6.1 Podmínky prostředí v MŠ speciální Kolín

Mateřská škola je určena dětem ve věku od 2 do 8 let s různým druhem a stupněm zdravotního postižení a znevýhodnění – dětem s vadami řeči, poruchou autistického spektra, dětem smyslově, tělesně i mentálně postiženým, dětem s kombinovanými vadami. Škola může také integrovat děti zdravé a děti s odloženou školní docházkou. Kapacita MŠ je 24 dětí. MŠ je školou trojtřídní. Třídy jsou heterogenní. Děti jsou rozdělovány do tříd podle druhu a stupně postižení, mobility a také osobnostních rysů. Provoz v každé třídě zajišťují učitelky s kvalifikací speciálního pedagoga a asistenti pedagoga. Prostředí tříd je přizpůsobeno zdravotnímu postižení dětí, je vybaveno speciálními pomůckami, hračkami a odpovídajícím nábytkem.

Posláním MŠ speciální v Kolíně je společně s odborníky zajistit komplexní péči a všestranný harmonický rozvoj dětí. MŠ se zaměřuje na kvalitní speciálně pedagogickou péči se zřetelem na všestranný harmonický rozvoj dětí podle jejich možností, s respektováním druhu a stupně postižení.

Psychosociální podmínky prostředí MŠ speciální

Nově přichozím dětem je nabízena postupná adaptace dětí s maximálním respektem k jejich individuálním potřebám. To znamená, že dítě po tuto dobu chodí do MŠ po kratších časových úsecích, aby se v klidu přizpůsobilo novému prostředí a situaci. V této době mohou být rodiče po dohodě s učitelkami společně s dětmi ve třídě a účastnit se společných činností. Tato doba může být kratší i delší, podle potřeb dítěte.

Všichni zaměstnanci školy dětem vytváří takové prostředí, aby se zde cítily spokojeně, jistě a bezpečně. Všechny děti v naší mateřské škole mají stejná práva, stejné možnosti i stejné povinnosti. Nikdo není znevýhodňován či zvýhodňován. Osobní svoboda a volnost dětí je respektována do určitých mezí, vyplývajících z řádu chování norem a pravidel, které jsou ve škole stanoveny. Děti se podílí na vytváření jasných pravidel chování ve skupině tak, aby se ve třídách vytvořil kolektiv dobrých kamarádů, kde jsou všichni rádi. Pravidla mají děti

celoročně vyvěšená ve třídě. V průběhu školního roku se k nim vracíme, připomínáme si, jak a proč se máme v různých situacích chovat. Pedagogové se dostatečně věnují vztahům ve třídě, nenásilně tyto vztahy ovlivňují prosociálním směrem. Péče o děti je podporující, sympatizující, počítáme s aktivní spoluúčastí dítěte při všech činnostech. Pedagogové se snaží o nenásilnou komunikaci s dítětem, která mu je příjemná, kterou navozuje vzájemný vztah důvěry a spolupráce. Postupně vyřazujeme nezdravé soutěžení dětí. Převažují pozitivní hodnocení a pochvaly. Podporujeme zdravé sebevědomí dítěte, učíme důvěřovat si, pracovat samostatně i ve skupině. V dětech rozvíjíme citlivost pro vzájemnou toleranci, ohleduplnost, zdvořilost, vzájemnou pomoc a podporu.

Vzájemný vztah všech zaměstnanců a dětí je založen na důvěře, taktu a ohleduplnosti, je nepřípustné jakékoli podceňování nebo zesměšňování dětí.

Do psychosociálních podmínek prostředí naší MŠ patří i spokojenost všech zaměstnanců, která se výrazně odráží v celkové atmosféře ve školce. Zaměstnanci mají možnost profesního růstu, jsou podporováni v aktivní účasti na kurzech a seminářích, které jsou jim, podle finančních možností školy, částečně hrazeny. Ředitelství školy podporuje rozšiřování kvalifikace u pracovníků MŠ.

Materiální podmínky prostředí MŠ speciální

Mateřská škola speciální se nachází ve zvýšeném přízemí staré budovy školy. V budově se současně nachází také ZŠ speciální, ZŠ praktická a SŠ speciální. Vzhledem k původnímu využívání budovy v minulosti (běžná, později praktická ZŠ) je budova bezbariérová jen zčásti, což není ideální stav. Vstup pro vozíčkáře byl upraven z jedné strany budovy a v loňském roce byl vybudován výtah, který umožnil pohyb všech dětí po celé budově. Přesto však např. šířka některých dveří do tříd nebo prahy nejsou pro pohyb dětí na vozíku vhodné.

Součástí mateřské školy je přípravná a výdejna jídla splňující hygienické i prostorové podmínky pro přípravu jídel.

Prostorové podmínky mateřské školy jsou dostatečně velké a vyhovující pro skupinové i individuální činnosti dětí. MŠ je školou trojtřídní. K dispozici jsou dvě třídy a ložnice dětí.

Třídy jsou dobře osvětlené – v loňském roce proběhla výměna oken a doplnění žaluzií. Nevýhodou je chladnější prostředí v jedné ze tříd, která je napojená na vytápění z objektu školy, kde se z ekonomických důvodů topení omezuje. Ostatní prostory MŠ jsou napojeny na

samostatný kotel MŠ, teplotu si zde regulují učitelky dle potřeby dětí a teplot v jednotlivých třídách.

Ve větší ze tříd probíhá vzdělávání dětí třídy B „Berušky“ (dětí s kombinovaným typem postižení) souběžně se vzděláváním dětí třídy C „Ježci“ (dětí s PAS). V menší třídě A „Sluníčka“ se vzdělávají děti převážně s lehkým a středně těžkým mentálním postižením, děti s opožděným vývojem řeči a děti se souběžným postižením více vadami.

Prostředí tříd je přizpůsobeno zdravotnímu postižení dětí, je vybaveno speciálními hračkami, pomůckami a nábytkem, které splňují hygienické i bezpečnostní podmínky. V loňském školním roce se nám podařilo vybavit třídy novým nábytkem a doplňky, které jsme dostali za výhru v projektu Ikea „*Spolu s Vámi*“, který byl zaměřen na podporu neziskovým organizacím pečujících o děti 0 – 18 let s cílem vylepšit jim prostředí, ve kterém se pohybují. Převážná část hraček a pomůcek je umístěna v nízkých skříňkách, aby si je děti mohly samy brát a také samostatně ukládat. Některé hračky a pomůcky jsou naopak umístěny v uzamykatelných skříních, aby je děti (zejména s dg. PAS) neúčelně nevytáhly a neničily. Vybavení je účelné pro hru (jako hlavní činnost dětí) i pro odpočinek, je zdravotně nezávadné a esteticky sladěné. K estetickému vzhledu prostředí přispívají rovněž výtvořky dětí, jejich práce jsou umístěny v prostorách tříd i šatny, aby byly dostupné na pohled jak dětem, tak jejich rodičům. Děti z MŠ se podílejí i na výzdobě dalších prostor školy. Herní děti jsou rozděleny do hracích koutků za účelem získání soukromí pro děti, ale slouží i k pohybovým aktivitám. Ve všech prostorách je zajištěna dostupnost a přehlednost hraček, pomůcek a materiálů pro tvořivou činnost dětí, které jsou stále doplňovány podle finančních možností. Nevýhodou je WC a umývárna, která je umístěna mimo prostory MŠ. Každé dítě má svůj oddělený věšák na ručník. Dítě se zde orientuje podle své značky. Šatna dětí je společná pro všechny třídy. Prostorově je velmi malá, nevyhovující pro pohyb dětí na vozíku nebo kočárku. Každé dítě má svou skříňku opatřenou značkou. Zdi šatny jsou využívány pro výstavy prací a výrobků dětí. Nástěnka v šatně třídy je jedním z informačních zdrojů pro rodiče. Funkční a estetické je také vyobrazení jednotlivých tříd se značkami a jmény dětí a fotkami personálu.

K dalšímu materiálně technickému vybavení MŠ náleží: televize, video přehrávač, mobilní telefon, 2× iPad, PC, rádio s CD přehrávačem, dětská a učitelská knihovna. Televizi ani video přehrávač v MŠ nevyužíváme. Využívané jsou naopak i-pady, na kterých máme k dispozici speciální programy.

MŠ využívá dopravní hřiště vybudované na dvoře školy. Děti využívají koloběžky, tříkolky a odrážedla. MŠ obklopuje zahrada školy. Její rozloha je dostačující, vybavení zahradním náčiním je řešeno tak, aby bylo zajištěno dostatečné vyžití pro všechny děti se zřetelem k zajištění bezpečnosti. Postupně se podařilo vytvářet různá zákoutí se stinnými místy, pro možnost pobytu i v letních teplých měsících. Zahrada je postupně obohacována o nové herní prvky. Prostory mateřské školy a zahrada zajišťují bezpečné prostředí, které je soustavně udržováno ve velice dobré kvalitě, splňuje hygienické podmínky a normy dle platné legislativy týkající se čistoty, hluku, alergizujících či jedovatých rostlin apod. Veškeré herní prvky podléhají pravidelné bezpečnostní kontrole.

MŠ využívá také tělocvičnu školy, kde mohou děti nově využít zařízení pro cvičení smyslové integrace. Velkým přínosem je pro děti také Snoezelen – místnost k relaxaci, poznávání a interakci. Využívána je ve stavech nouze pro děti po epileptických, agresivních, aj. záchvatech, ale i pro plánované relaxace, muzikoterapii, či bazální stimulaci. Několikrát do roka využíváme s dětmi i školní kuchyň, která je upravena tak, aby ji mohli využívat i vozíčkáři. V kuchyni se nachází i sklopné lůžko, které může být využito např. při epileptickém záchvatu nebo únavě dětí.

6.2 Speciální terapie pro děti s mentálním postižením v MŠ speciální Kolín

Terapeutické přístupy jsou v MŠ využívány spíše sekundárně v rámci celkového speciálního vzdělávání. Hlavním specifikem přístupů, které jsou uplatňovány primárně v rámci jednotlivých terapií, je totiž patřičné vzdělání a praxe poskytovatelů. Toto můžeme v MŠ speciální poskytnout pouze u některých terapií (fyzioterapie, canisterapie, koncept bazální stimulace).

Všechny využívané terapie probíhají vždy v určitém prostředí, čase, mají určitou organizační formu (nejčastěji individuální či skupinovou), odpovídají orientaci terapeuta, jsou závislé na individuálních možnostech a potřebách dítěte a bývají zacíleny terapeuticky nebo preventivně a rehabilitačně.

Psychoterapie

Z oblasti psychoterapie využíváme při výchově a vzdělávání dětí s mentální retardací kognitivní a kognitivně – behaviorální terapii, která je podrobně popsána v kapitole 3.4 této

práce. Podstatou této terapie je analýza zjevného chování dítěte v problémové situaci a posilování žádoucího chování.

Vycházíme z předpokladu, jak říká Praško, že *kognitivně-behaviorální terapie se snaží analyzovat maladaptivní vzorce myšlení a chování, vysvětlit, jak tyto vzorce vznikly a co je udržuje, a v průběhu terapie pomáhá pacientovi změnit je na vhodnější, konstruktivnější a účinnější strategie, které zmírní či odstraní jeho negativní emoční prožívání* (Praško, 2007 in Müller, 2014, str. 30).

Fyzioterapie

Fyzioterapie neboli také léčebná rehabilitace vychází ze systému léčebných medicínských postupů a v naší škole ji provádějí 2 vystudovaní fyzioterapeuti. Pomáhají dětem dosahovat tělesné a pohybové normality fyzikálně stimulujícími prostředky a podporují u dětí vývoj pohybových možností. Prostřednictvím tělesných cvičení (využití zařízení pro cvičení smyslové integrace), změnami polohy těla, masírování apod. Fyzioterapeuti úzce spolupracují s rodiči dětí a s odbornými lékaři (pediatrem, neurologem apod.).

Canisterapie

MŠ speciální Kolín již třetím rokem navštěvuje bernský salašnický pes Indy, který plní každé dva roky canisterapeutické zkoušky. Metoda, kterou canisterapeut používá je:

- terapie za pomoci psa (AAT – Animal Asisted Therapy) – cílený kontakt dítěte a psa. Patří sem např. hry na rozvoj motoriky, péče o psa, polohování, hlazení psa, zlepšení komunikace, paměti a kognitivních funkcí, řeči.

Forma terapie je individuální (polohování) nebo skupinová (ostatní činnosti).

U dětí s mentálním postižením bych vyzdvihla význam canisterapie především při nácviu a rozvoji hrubé motoriky (hra se psem), pes zde napomáhá komunikaci dítěte s okolím, pes je kamarád, dítě je v jeho společnosti rádo a navíc cítí pozitivní zpětnou vazbu, kdy pes dítěti lásku oplácí. Zvyšuje samostatnost a zodpovědnost dítěte. Dítě si upevňuje sebeobslužné dovednosti nácviem praktických úkonů (česání psa, krmení). Jako velmi důležitou vnímám skutečnost, že je pes vhodným výchovným prostředkem, díky kterému dítě pozná, jak se má správně chovat ke zvířatům a potažmo i k ostatním dětem.

Muzikoterapie

Metody, které v MŠ speciální v muzikoterapii používáme, jsou:

- hudební improvizace – vynikne zde především spontánní dětský projev,
- hudební interpretace,
- zpěv písní,
- různé druhy aktivit při hudbě – nejčastěji pohybové, ale i výtvarné, dramatické.

U dětí s mentálním postižením používáme skupinovou aktivní muzikoterapii, při které eliminujeme nežádoucí chování dítěte. Je to v dané chvíli způsob komunikace s dítětem. Potvrzuje to tvrzení, že jedinci s mentálním postižením mají často hudební zájmy a úroveň jejich hudebních schopností nemusí být mentálním postižením poznamenána (Müller, 2014).

Muzikoterapie je často sekundárním procesem při výchově a vzdělávání dětí. Hudba je v naší MŠ spojená se cvičením (na zemi, s padákem apod.), s během, chůzí, s každodenním vítacím rituálem dětí, s hrou a řadou dalších aktivit. Hudba nám pomáhá strukturovat program dne, udržet pozornost dětí, podporuje zapamatování, motivuje děti, stimuluje jejich pozitivní emoční ladění. Prvky muzikoterapie využíváme také ve Snoezelenu, kde mají děti volný prostor k experimentování s hudebními nástroji nebo při hudbě relaxují. Hudba také pomáhá k celkovému zklidnění při některých afektivních záchvatech dětí.

Snoezelen

Snoezelen v naší škole představuje bezbariérová místnost, která je umístěná v přízemí, v klidné části budovy. Využívá ji nejen MŠ speciální, ale i klienti ZŠ speciální a SŠ dvouleté. Prostorná místnost je vymalována tlumenými barvami, na oknech jsou nepropustné tmavé fólie. Na dveřích a oknech jsou těžké závěsy, místnost je dobře větratelná a dostatečně vytápěná, zem pokrývá koberec s hustým a vysokým vlasem. V místnosti je kuličkový bazének, závěsná houpačka, spousta velkých měkkých polštářů, prostorná matrace s látkovou kopulí. V rohu místnosti je látkový strom, na zdi visí ušité dekorace vhodné ke smyslové stimulaci a cvičení jemné motoriky. Součástí Snoezelenu je také světelný vodní sloup, aromalampa, zrcadlová stěna, světelná vlákna, zrcadlová koule k odrazu světelných paprsků, velký bublifuk aj. V místnosti jsou umístěny různé hudební nástroje, lze zde pustit reprodukovanou hudbu. Součástí je také projektor s velkoplošnou projekcí na zeď místnosti,

je zde možnost připojení k internetu (projekce písniček, pohádek). Jsou zde umístěny pytlíčky s vonnými esencemi, sáčky naplněné různým materiálem pro rozvoj hmatového vnímání.

Školený terapeut zde provádí bazální stimulaci (především u dětí s těžkou mentální retardací), dále je Snoezelen využíván k muzikoterapii, biblioterapii, aromaterapii, fyzioterapii, k rozvoji smyslového (hmatového, čichového) vnímání. Místnost je často využívána ke zklidnění dětí při jejich negativním ladění či afektivních záchvatech.

6.3 Spolupráce MŠ speciální Kolín s ostatními subjekty

Mateřská škola je otevřena veřejnosti. Primárně se jedná o zákonné zástupce dětí, se kterými při přijetí dítěte do MŠ vyplňujeme depistáž o dítěti, konzultujeme s nimi individuální vzdělávací plán – minimálně třikrát ročně, podle potřeby poté i častěji. Dáváme rodičům celoročně možnost vyjádřit své potřeby, přání, obavy a to prostřednictvím každodenní komunikace s pedagogickými pracovníky a asistenty MŠ, emailové komunikace s třídními pedagogy a jednou ročně pomocí dotazníkového šetření. Pedagogové jsou přístupní ke konzultacím s rodiči dětí podle jejich aktuálních potřeb. Rodiče dětí informují pedagogy o aktuálních změnách nejen ve zdravotním stavu (povinnost vyplývající ze školního řádu), ale i o změnách v emočním ladění dítěte, o změnách, které probíhají v rodině a ovlivní tak chování dítěte apod. Rodiče předávají MŠ aktuální zprávy z odborných vyšetření, léčebných a rehabilitačních pobytů, úpravě medikace aj.

Důležitá je spolupráce se školskými poradenskými zařízeními (SPC, PPP, APLA). Podmínkou přijetí dítěte do MŠ speciální Kolín je mimo jiné doporučení z jednoho z těchto zařízení. V této spolupráci poté MŠ pokračuje po celou dobu docházky dítěte do MŠ. Poradenská zařízení děti sledují, sestavují metodická doporučení k vytvoření individuálního vzdělávacího plánu a následně vytvořený plán konzultují s pedagogy. Pracovníci těchto zařízení provádějí také metodické návštěvy v MŠ přímo při výchovně vzdělávacím procesu. Pracovníci SPC (psycholog, speciální pedagog, sociální pracovníce) poskytují bezplatné poradenské služby pro děti s mentálním a tělesným postižením, s více vadami škoie, ale především rodinám těchto dětí.

MŠ speciální dále spolupracuje se školním logopedem. Tento poskytuje se souhlasem rodičů individuální logopedickou péči a zároveň úzce spolupracuje s klinickým logopedem, kterého

rodiče s dítětem navštěvují. Pro část dětí (tam, kde je to vhodné) poskytuje také kolektivní logopedickou péči a to jedenkrát týdně 45 minut.

Prostřednictvím rodičů MŠ spolupracuje s dalšími odbornými lékaři – neurology, psychiatry, foniatry, pediatri, fyzioterapeuty aj. To se děje vždy na základě potřeb jednotlivých dětí.

Důležitá je spolupráce s kmenovou školou – ZŠ speciální a praktickou. Probíhají společné akce a projekty. Děti předškolního věku spolupracují s 1. třídami.

V rámci dalších vzdělávacích aktivit spolupracujeme např. s Městskou policií Kolín, s plaveckou školou, se složkami integrovaného záchranného systému, mysliveckým sdružením, psím útlukem, městskou knihovnou a dalšími organizacemi ve městě Kolíně a blízkém okolí.

7 Analýza výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno na základě 3 kazuistických studií. Výzkumný soubor tvoří 3 chlapci z jedné třídy MŠ speciální Kolín. Je to třída A – „Sluníčka“, do které dochází 13 dětí s lehkým a středně těžkým mentálním postižením, děti s opožděným vývojem řeči a děti se souběžným postižením více vadami. Speciálně pedagogickou péčí zde zajišťují 2 učitelky a podle aktuální potřeby 1 asistent pedagoga.

7.1 Kazuistika č. 1

Viktor S., narozený 21. 8. 2010, 5 let a 5 měsíců

Viktor je na první pohled spokojený usměvavý chlapec, který od září 2015 navštěvuje MŠ speciální, kde pracuji a s Viktorem trávím mnoho času. Veškeré informace, které o Viktorovi uvádím, jsou čerpané z osobní složky Viktora v MŠ speciální (pedagogická dokumentace), z rozhovorů s matkou chlapce a jeho zúčastněným pozorováním. Matka Viktora souhlasila, že tyto materiály budou použity pro účely mého kvalitativního výzkumu v bakalářské práci.

Školní anamnéza

Viktor od 3 let navštěvoval běžnou MŠ, kde měl v posledním roce zajištěnou podporu asistenta pedagoga. Zároveň 1× týdně navštěvoval stacionář pro děti s vadami řeči a 1× týdně odpoledne o.s. Volno, kde navštěvoval ergoterapii a canisterapii. Od září 2015 navštěvuje Viktor na doporučení SPC Kolín MŠ speciální v Kolíně. Viktor přichází do MŠ v 7 hodin a odchází většinou v 15 hodin. Docházka do MŠ je pravidelná.

Problematické chování chlapce se projevuje denně zejména v oblasti sebeobsluhy, v oblasti pozornosti a v sociální oblasti při kontaktu s ostatními dětmi. Chování je v tomto případě projevem diagnózy lehkého až středně těžkého mentálního postižení, nicméně na tyto problematické situace je třeba reagovat a eliminovat je. Je to důležité proto, že do budoucna je pro Viktora zvládnutí sebeobslužných činností a sociálních vztahů významným prvkem, být co nejvíce samostatným a umožní mu uplatnit se ve společnosti.

Diagnóza

Rodiče Viktora pojalí podezření, že vývoj chlapce v určitých oblastech stagnuje nebo je výrazně opožděn po 2. roce věku, kdy na doporučení pediatra navštívili poprvé dětskou

neuroložku v Kolíně. Závěrem neurologického vyšetření byl opožděný psychomotorický vývoj a opožděný vývoj řeči. Rodičům bylo doporučeno navštěvovat logopedii. Další vyšetření byla iniciována až v době, kdy byly chlapci 3 roky, a začal docházet do MŠ běžného typu. Do této doby si rodiče, podle slov matky, mysleli, že Viktor je sice „pomalejší“, ale říkali si, že je to dožene později. Velkou nadějí vkládali do docházky chlapce do MŠ. Tam ale nezvládal běžné činnosti v oblasti sebeobsluhy a projevoval výrazné opoždění ve všech oblastech vývoje. Chlapec začal být v péči PPP Kolín, jejíž pracovnice prováděla metodické návštěvy i v MŠ. Rodiče byli poté na doporučení neurologa odesláni na oddělení klinické psychologie a psychoterapie do VFN v Praze, kde klinický psycholog stanovil následující diagnózy:

- lehké až středně těžké mentální postižení
- porucha pozornosti na bázi ADHD
- opožděný vývoj řeči

Osobní anamnéza

Viktor je dítě z první gravidity, těhotenství bylo rizikové pro umělé oplodnění, porod v termínu, spontánní, záhlavím, bez asfyxie, novorozenecký icterus bez fototerapie. Motorický vývoj byl od narození mírně opožděn – sedí od 12 měsíců, chodí od 17 měsíců. Pleny měl chlapec do 3 let, v noci se občas pomoci i nyní. Kojen byl do 9 měsíců, příjem potravy byl bez problémů, sám se nají od 3 let. Prodělaná onemocnění – ve 4 měsících horečnatý infekt léčený antibiotiky, častější záněty horních cest dýchacích, 1× hospitalizován pro laryngitis acuta, operace 0, úrazy 0, alergie 0, trvalá medikace 0. Vývoj řeči byl od počátku také opožděný – první slova od 2,5 let (máma, táta), i dále byl rozvoj slovní zásoby velmi pomalý.

Zájmy Viktora jsou omezené – autíčka, kelímky (točivé pohyby), hra není funkční.

Rodinná anamnéza

Viktor se narodil do plně funkční rodiny. Matka (nar. 1977) má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako učitelka na základní škole. Otec (nar. 1977) má středoškolské vzdělání, pracuje jako technický pracovník. Sourozence Viktor nemá. Rodiče jsou zdraví, v širší rodině se opoždění mentálního vývoje ani problémové chování nevyskytuje. Rodina žije ve městě, ve vlastním bytě. O Viktora se starají vzorně. Matka má, dle mého názoru, na výchovu syna větší vliv a to z důvodu své profese a zároveň proto, že otec je více pracovně zaneprázdněn. Podle slov matky: „*Manžel s Viktorem sice tráví volný čas – chodí na ryby a do přírody, ale často*

na něj nemá nervy a nedokáže být důsledný.“ S výchovou rodičům občas vypomáhají prarodiče.

Rozhovor s matkou

S matkou Viktora jsem od září 2015 v kontaktu prakticky každý den. Většinou vodí chlapce do MŠ, odkud ho také odpoledne vyzvedává. Všechny důležité informace si tedy předáváme denně. Matka Viktora byla zpočátku více „ostrážitá“ a uzavřená. Podle mého názoru nebyla ještě vyrovnaná se synovou diagnózou a s tím, že bude navštěvovat „speciální školku“.

První rozhovor jsem realizovala v září 2015, když Viktor zahájil docházku do MŠ speciální. Rozhovor byl zaměřen na zjištění základních informací a zároveň bylo mým záměrem zjistit, co trápí rodinu chlapce a jaké má představy v souvislosti s jeho docházkou do MŠ speciální. Matka tehdy poukazovala na problémové chování Viktora a to především při kontaktu s ostatními dětmi v MŠ běžného typu. „Viktor děti miluje, a přesto jim ubližuje“. Učitelky si stěžovaly na agresivní chování Viktora k ostatním dětem – kousání, štípání, strkání, bouchání hračkami. Dále matku trápila Viktorova malá samostatnost a nezájem o činnosti. „Ve školce všechny děti pracovaly u stolečku a Viktor byl na koberci. Nenosil domů žádné obrázky a výrobky jako ostatní děti.“ Matka vyjádřila obavy, zda bude Viktor chodit do MŠ rád, jak se zapojí do kolektivu dětí. Vyjádřila zájem, aby se Viktor zapojoval do všech činností v MŠ – exkurze, plavání, výlety apod. Těchto akcí se v předchozí MŠ účastnit nemohl. „Poslední rok měl asistentku, ale jen na 2 hodiny denně. Takže, když děti jely na výlet nebo šly třeba do divadla, Viktor jít nemohl. Prý z bezpečnostních důvodů“.

Viktorovi se od prvního dne v MŠ speciální líbilo, neprojevil se vůbec žádné adaptační obtíže. Každé ráno vběhne do třídy s úsměvem na tváři. „Jsem hrozně šťastná, že do školky chodí rád“, tuto větu mi matka řekla hned první dny, kdy Viktor MŠ navštěvoval. Podporovala jsem matky optimismus, i když jsem věděla, že se situace může změnit. Snažila jsem se od začátku nehovořit s matkou pouze o problémech, ale vždy najít i nějaké pozitivum, které ji potěší. Překvapilo mě, že matka neměla vůbec žádné informace o možnostech sociální podpory pro rodinu dítěte s postižením. Podala si žádost o příspěvek na péči a o průkaz ZTP/P.

Dosavadní odborná vyšetření

- dětská neurologie Kolín (první vyšetření 3/2013, poslední vyšetření 12/2014)
- logopedické ambulance (od 3 let Mgr. Bajtlerová Poděbrady, nyní 2× měsíčně Mgr. Sojková Kolín)

- PPP Kolín (od 4/2014, poslední metodická návštěva v běžné MŠ 2/2015, poté přešel do péče SPC Kolín)
- oddělení klinické psychologie a psychoterapie VFN v Praze (poprvé 2/2015, poslední vyšetření 12/2015)
- foniatriká klinika VFN v Praze (první vyšetření 3/2015, naposledy 7/2015)
- psychiatrická klinika 1. LF UK (první vyšetření 5/2015, poslední vyšetření 1/2016)
- SPC Kolín (poprvé 5/2015, poslední vyšetření 12/2015)

Pedagogická diagnostika

Z dlouhodobého pozorování Viktora vyplývá pedagogická diagnostika chlapcova psychomotorického vývoje.

- Jemná motorika a grafomotorika – preferuje pravou ruku, úchop kreslicího náčiní je nutné opravovat. Kreslí lineární čáry, body, po zacvičování i kruhy. Na kreslicí náčiní nevyvíjí dostatečný přítlak. Do kresby nekládá význam. Na pobídku se snaží se dokreslit oči do kolečka (hlava). Manipuluje s předměty a hračkami, spojuje části stavebnic, staví kostky na sebe, navléká větší korálky na tyčku. Tvary do odpovídajících výřezů nekládá, modelovací hmotu nezpracovává, papír mačká, trhá ho jen velmi obtížně. Lžíci správně uchopí a použije. Nůžky ani jiné dětské nářadí nepoužívá.
- Hrubá motorika – zvládá chůzi i po nerovném terénu a po schodech. Běh je méně koordinovaný. Jezdí na odrážedle, na kole zatím ne. Dokáže vystoupat po žebříku např. na skluzavku a následně samostatně sjet. Hází i chytá míč, hází na cíl (kuželky). Má rád pohyb ve vodě, v MŠ chodí na plavání.
- Poznávací procesy
 - Hra a myšlení – hračky používá k manipulační hře, experimentování. Adekvátní funkční hra se teprve začíná rozvíjet (stavění z kostek). Hru a činnosti druhých dětí pozoruje, prozatím většinou nenapodobuje. S pomocí a individuálním vedením se zacvičuje v nových aktivitách (srovnávání, třídění, přiřazování obrázků). Barvy vnímá, nepojmenuje. S podporou didaktického materiálu ukáže základní barvy. Rozumí oslovení, základním pokynům – vezmi, podej, ukaž apod. Ukáže části těla na figurce i na sobě. Vyžaduje mít u sebe svůj žlutý kelímek, s jehož pomocí získává jistotu v nových situacích.

- Řeč – opožděný vývoj řeči je zejména ve složce expresivní. Aktivně používá cca 20 slov. Napodobuje intonaci řeči. Slabiky ani slova při logopedickém nácviku neopakuje. Slovní spojení ani věty netvoří, neklade otázky. Na jednoduché otázky neodpovídá, potřebuje oporu v názoru a alternativní možnosti, ze kterých vybere a ukáže. Porozumění řeči je vyšší, spolehlivě ukáže a přinese požadovanou hračku, uklidí ji, splní i dva po sobě jdoucí jednoduché, konkrétní pokyny.
- Sebeobsluha
 - Stravování – nají se sám lžící, umí ukusovat, pít z hrnku. Při jídle sedí u stolu, umí přisunout i odsunout židličku, na pokyn sklídí ze stolu, popř. stůl utře.
 - Oblékání – při svlékání je více samostatný, naopak při oblékání je nutná velká dopomoc, na kterou spoléhá. Neobleče si triko, mikinu, bundu. Nezapne zip. Pouze s dopomocí a individuálním vedením si oblékne kalhoty a boty.
 - Hygiena – neumí si pustit vodu, ruce si umyje i utře. Pleny nemá. Je nutné mu připomínat vykonání potřeby (močení). V opačném případě se pomoci. Po vykonání velké potřeby hygienu nezvládne.
- Socializace – cítí se dobře ve společnosti dětí, pozoruje je při hře, hraje si vedle nich, do hry se nezapojuje. S dětmi neumí adekvátně komunikovat, kontakt s nimi bývá někdy nepřiměřený – mačká děti, uhodí je předmětem, strká do nich.

Zúčastněné pozorování

Zúčastněné pozorování Viktora probíhalo intenzivně od září 2015. Níže popisuji několik situací z běžného dne v MŠ, které demonstrují problémové chování. Obdobné problémy se vyskytují v prostředí MŠ denně.

Záznamy z pozorování:

- Oblékání v MŠ na vycházku – Viktor lehce a samostatně svléká domácí (školkové) tepláky a zouvá si bačkory. Poté delší dobu pozoruje děti a sedí. Začíná se projevovat neklid a škádlení dítěte sedícího vedle. Po opakovaném upozornění bere své venkovní kalhoty, které jsem mu podala a pokouší se je obléci. Činnost nesleduje zrakem a bez zrakové kontroly a potřebné koordinace rukou a nohou se mu oblečení kalhot nedaří. Je zde nutná výrazná dopomoc. Boty si vyndá z botníku, nazouvá je obráceně (levou botu na pravou nohu a naopak), po upozornění je sundává, nedokáže si je však srovnat. Po správném srovnání ode mě a pod individuálním dohledem si boty obuje

a zapne na suchý zip. Mikinu si bezradně drží na klíně a rukáv mikiny dává do úst a cucá ho. Sleduje, co se děje v šatně okolo a usmívá se. Když mu přestanu věnovat pozornost a vzdálím se k jinému dítěti na druhý konec šatny, vstane a začne pobíhat po šatně, poskakuje, mává mikinou a škádlí ostatní děti.

- Dopolnední svačina – Viktor si po pobídce k přípravě na svačinku přinese prostírání, talířek se svačinkou. Po cestě cíleně strká do ostatních dětí, které čekají v řadě před kuchyňkou. Po mém upozornění si dojde i pro pití. K svačině mají děti chléb s pomazánkou a nakrájené jablko. Viktor nejprve sní jablko a pozoruje děti. Po pobídce, aby si vzal do ruky chléb, neobratně půlku chleba uchopí a ukousne. Svačinu dojí, talířek i hrneček sám odnese na určené místo. Jde k umyvadlu a čeká, až mu pustím vodu. U umyvadla je páková baterie, kterou Viktor neumí použít. Vodu mu pustím. Viktor si sám ruce namydlí, opláchně a utře.
- Práce u stolečku – děti malují voskovkou sněhuláka. Viktor mává čtvrtkou, kterou dostal. Sám od sebe voskovku do ruky nevezme, vezme ji teprve na moji výzvu. Neví, co má dělat. Po mé nápoředě a praktické ukázce začne čmárat po čtvrtce. Po opakovaném vedení ruky po kruhu (obtahování) se pokouší napodobit pohyb. Výsledek je velmi nepřesný a zcela mimo předlohu. Na pokyn, aby vzal jinou pastelku, původní pastelku odloží a sáhne po jiné. Na označení a pojmenování barvy nereaguje. Opakovaně se dívá jinam, k práci musí být individuálně neustále vracen. Viktor nechápe smysl činnosti, převládá výrazný psychomotorický neklid (otáčí se, vrtí, šoupe nohama, zouvá si bačkůrky, posunuje nohou po zemi).
- Individuální úkol u stolečku – Viktor má připraven úkol, kdy má přiřadit stejné zvířátko do dvojice. Zvířátka jsou na koberci přilepena suchým zipem. Viktor úkol zná. S mírnou dopomocí, ale především s těsnou individuální pozorností a vedením je schopen úlohu splnit. Na požádání se pokouší opakovat slyšené zvuky zvířátek. Když od Viktora na několik sekund odkloním pozornost, chlapec přestává okamžitě pracovat, převládne pohybový neklid, má snahu pracovní místo opustit a navazovat kontakt s ostatními dětmi ve třídě.
- Volná hra na koberci ve třídě – Viktor splnil úkol u stolečku a jde si za odměnu hrát na koberec. Vyndává autička a loď z poliček a prohlíží si je. S autičky si krátce jezdí a odkládá je na koberec. Na výzvu krátce předvede, jak auto jezdí (cca 10 sekund). Spontánně vyžaduje oblíbený hrneček, který si přinesl ráno z domova. Hrneček mu podávám (byl odložen na horní část poličky), Viktor se s ním mazlí, koulí se i s ním po koberci a na požádání ho ukazuje. Předvede, co se s hrnečkem dělá, naznačuje pití.

Přicházejí ostatní děti, berou si hračky, spolupracují ve dvojicích nebo i ve větším počtu – vozí kočárek, vaří v kuchyňce. Jiná skupinka dětí rozvíjí společnou stavbu z kostek. Viktor mezi nimi pobíhá sám s hrníčkem v ruce, kterým příležitostně šťouchne do dětí, směje se. Děti ho okřikují. Má tendenci zbořit stavbu z kostek. Zde zasahují, abych předešla konfliktu, motivuji Viktora ke hře se zvukovým autem – sanitkou.

Rozhovor s matkou

Druhý rozhovor jsem realizovala na konci ledna 2016, kdy jsem se zaměřila především na současné chování Viktora v MŠ speciální. Popsala jsem matce Viktora konkrétní situace, které blíže popisovaly problémové chování chlapce. Mým záměrem bylo zjistit, zda problémy v chování, které se vyskytují v MŠ, jsou totožné i v prostředí domova. Z rozhovoru vyplynulo, že chování Viktora je v domácím prostředí obdobné jako v MŠ. I v domácím prostředí projevuje Viktor jen velmi malou koncentraci pozornosti, odmítá se oblékat. Maminka vypovídá, že je problém v důslednosti – hlavně otec a prarodiče nemají dostatek trpělivosti a raději ho obléknou. Naopak se doma lépe daří hygienickým návykům – matku (nikoho jiného) upozorní, že má potřebu jít na WC. Nemá problém s puštěním vody – mají baterii na fotobuňku. Naopak horší je v domácím prostředí stravování – Viktor odmítá brát do ruky pečivo, matka mu ho tedy většinou krájí na kostičky, které snadněji uchopí. Jídlem chlapce dokrmuje. Problémové chování ve vztahu k ostatním dětem se vyskytuje i doma, kdy při návštěvách vrstevníků Viktor děti škádlí, bere jim hračky apod. Nastínila jsem matce možnosti intervence v případech problémového chování. Domluvili jsme se na pokračující spolupráci.

Zároveň mě zajímalo, zda jsou rodiče s MŠ spokojení, jaké jsou jejich potřeby. Rodiče jsou rádi, že je Viktor v MŠ speciální spokojený, do školky se vždy těší. Většinou je ráno ve školce první a další přicházející děti radostně vítá, objímá je. Děti si na jeho vřelý přístup zvykly.

Opatření, které vedou ke zlepšení problémového chování

Speciální metody a přístupy, které je třeba uplatňovat, aby edukace Viktora v MŠ speciální byla efektivní a umožnila chlapci do budoucna co nejvyšší samostatné uplatnění ve společnosti.

Oblékání – Viktorovi jsme na šatní skříňku nalepili procesní schéma pro oblékání a svlékání, kde chlapec názorně vidí, jak se má postupně oblékat. Pro větší přehlednost jsme mu na skříňku umístili plastovou krabici, kde má připravené jen to oblečení, které si oblékne na vycházku (popř. na zahradu). Viktor má ve školce oblečení, které mu oblékání co nejvíce usnadní – boty na suchý zip, místo punčocháčků tepláky, trika a mikiny jsou dostatečně široké, aby se umožnilo snadné oblečení. Snažíme se Viktorovi na oblékání zajistit klid – když je to možné, jde do šatny dříve než ostatní děti. Potřebuje neustálé pobízení k činnosti.

Hygiena – u mytí rukou využíváme také procesní schéma, které je nalepené nad umyvadlem i záchodem. Viktor má ve třídě na viditelném místě umístěný obrázek s kartou (fotka WC), který mu slouží jako vizuální podpora, která by mu měla pomoci upozornit dospělou osobu, že má potřebu jít na WC.

Stravování – při stravování respektujeme individuální tempo chlapce, snažíme se zajistit klid při stolování, Viktora pobízíme, pokud je to potřeba.

Viktora se snažíme ke každé činnosti motivovat, upoutáváme jeho zájem. Využíváme k tomu hudbu, obrázky. V některých případech využíváme diferenční zpevnování pomocí odměny. Odměnou je pro Viktora pobyt ve Snoezelenu. Pokud víme, že tuto odměnu můžeme použít (volná místnost), podáme před řízenou činností Viktorovi kartičku – fotku Snoezelenu, která na kartičce následuje za fotkou pracovní činnosti. Obdobně často používáme fotku hraní na koberci.

U Viktora podporujeme pozitivní vztahy k ostatním dětem. Hru v přítomnosti dětí neustále monitorujeme. Podporujeme zapojování Viktora ke hře s ostatními dětmi. Nacvičujeme funkční hru. V ojedinělých případech je u Viktora potřeba využít averzivní terapii – metodu time-out a to konkrétně odsazením s možností pozorování, kdy Viktora odvedeme ke stolečku a posadíme ho. Toto uděláme bezprostředně po útoku na jiné dítě, pokud je opakovaný. Nebo odebráním věci – předmětu, který nevhodně používal (např. házení po dětech).

Problémy v komunikaci s ostatními dětmi vyplývají z nedostatečné schopnosti Viktora komunikovat. Důležitý je tedy nácvik funkční komunikace. V MŠ má Viktor zajištěnou individuální logopedickou péči 1× týdně, kterou provádí speciální pedagog – školní logoped. Denně podporujeme situace, kdy musí Viktor komunikovat. Věci, na které Viktor ukazuje, pojmenováváme a nabádáme Viktora k opakování slov. Zprostředkováváme porozumění pokynu, kdy slovo podpoříme gestem, předmětem nebo obrázkem. Ověřujeme si porozumění dítěte. Při každodenní individuální práci u stolečku rozvíjíme řeč i další kognitivní schopnosti

při využití strukturovaných úkolů s vizuální podporou. Při práci s Viktorem je velmi důležitá empatie. Viktor také potřebuje jasná pravidla a řád.

7.2 Kazuistika č. 2

Jan H. (Jeník), narozený 2. 11. 2009, 6 let a 2 měsíce

Jeník je chlapec, který MŠ speciální navštěvuje již druhým rokem. Letošní rok jsem jeho kmenovou učitelkou a trávím tak s Jeníkem hodně času. Veškeré informace, které o Jeníkovi uvádím, jsou čerpané z osobní složky chlapce v MŠ speciální (pedagogická dokumentace), z rozhovorů s otcem chlapce a jeho zúčastněným pozorováním. Otec Jeníka souhlasil, že tyto materiály budou použity pro účely mého kvalitativního výzkumu v bakalářské práci.

Školní anamnéza

Jeník od 3 let navštěvoval běžnou MŠ, kde vzhledem k nezvladatelnému chování a absence asistenta pedagoga trávil pouze 2 hodiny denně. Od září 2014 navštěvuje Jeník na doporučení PPP Kolín MŠ speciální v Kolíně. Jan přichází do MŠ v 7 hodin a odchází většinou v 15 hodin. Docházka do MŠ je negativně ovlivněna častou nemocností chlapce (záněty horních cest dýchacích).

Problémové chování chlapce

V chování chlapce jsou velké výkyvy. Převládá impulzivita a vznětlivost, která je vázána na situace, kdy se musí Jeník něčemu nebo někomu přizpůsobit a neděje se to, co by chtěl on. Pokud je rozrušený, nepřijme ani informaci, která je v jeho prospěch. Převažuje odmítání a překračování nastavených pravidel. Jeník neumí vyhodnotit nebezpečí (např. vběhne do vozovky). Není li chlapci věnována dostatečná individuální péče, působí dojmem nezvladatelného dítěte. Na toto problematické Jeníkovo chování je třeba reagovat a eliminovat ho. A to zejména z důvodu zajištění bezpečnosti Jeníka i ostatních dětí v MŠ a zároveň z důvodu možnosti efektivního vzdělávání.

Diagnóza

Rodiče Jeníka chování svého syna začali řešit až na upozornění učitelek z MŠ běžného typu. Na jejich doporučení navštívili PPP v Kolíně. Pracovnice této poradny následně provedla metodickou návštěvu v MŠ s cílem vidět Jeníkovo chování v prostředí MŠ a poradit učitelkám, jak mají s chlapcem pracovat. Následně bylo doporučeno rodičům navštívit dětskou neuroložku. Poté proběhlo vyšetření na foniatrické klinice. Diagnóza klinickou

psycholožkou byla provedena až v srpnu 2015 (v 5 letech a 9 měsících věku chlapce). V závěru vyšetření stanovila klinická psycholožka následující diagnózy:

- těžká porucha řeči
- porucha aktivity a pozornosti
- nadměrná úzkostná porucha
- intelektuální výkon v pásmu lehké mentální retardace

Osobní anamnéza

Jeník je dítě z 6. gravidity matky, 2. narozené dítě. Perinatální údaje jsou bez patologie. Porod spontánní, záhlavím, asfyxie neuvedena. Motorický vývoj je od narození v pořádku. Pleny měl do 2,5 let. Kojen byl půl roku. Dále příjem potravy bez problémů. Z prodělaných onemocnění časté záněty horních cest dýchacích, v 6/2015 odstranění adenoidní vegetace. Jiné operace neprodělal, úrazy 0, alergie 0, trvalá medikace 0. Dispenzarizace na očním oddělení pro strabismus – korekce brýlemi. Vývoj řeči opožděn. První slova po 12. měsíci, od 18. měsíce regrese v řečovém vývoji. Od 2,5 let jen velmi pomalý rozvoj řeči. V 5 letech, krátce po nástupu do MŠ speciální, chlapec užíval aktivně pouze kolem 20 slov, začal opakovat, věty netvořil. Významný deficit je i v oblasti porozumění.

Rodinná anamnéza

Jeník se narodil do funkční rodiny. Matka (1975) dělnice, otec (1977) dělník, oba pracují v automobilovém průmyslu. Prvního syna (dnes 18 let) má matka z předchozího partnerského vztahu a tento s rodinou nežije. Rodiče i syn matky jsou zdraví, v širší rodině se opoždění mentálního vývoje ani problémové chování nevyskytuje. Rodina žije ve městě, v pronajatém bytě. Oba rodiče jsou hodně pracovně vytížení, o Jeníka se často stará babička (matka otce). Ve 2 letech Jeníka nastoupila matka do zaměstnání a chlapec 4 – 5 dní v týdnu pobýval u prarodičů. Toto trvalo až do září 2014, kdy chlapec nastoupil do MŠ speciální.

Rozhovor s otcem

S otcem Jeníka jsem v kontaktu téměř denně. Otec většinou Jeníka vodí do MŠ a také ho z ní vyzvedává. Výjimečně přivede a vyzvedne chlapce matka. Chlapec je na otce hodně fixovaný. Přestože navštěvuje MŠ druhým rokem, ranní odloučení od otce nebývá bez problémů. Jeník stojí dlouho ve dveřích a nemůže se od otce odpoutat. Opakovaně se ujišťuje, že pro něj otec přijde. První rozhovor jsem s otcem realizovala v září 2015, kdy chlapec začal navštěvovat

třídu, kde působím. Rozhovor byl zaměřen na zjištění aktuálních problémů, které rodina řeší v prostředí domova. Zda se chování chlapce v něčem zlepšilo nebo naopak zhoršilo. Podle otce je chování chlapce doma stále stejné. Otec přiznává, že doma chlapec nemá jasně daná pravidla a řád, nemusí se příliš přizpůsobovat, je jen velmi málo omezován. *„Jěňa si dojde do ledničky, když má na něco chuť“*, *„Spát jde, až když se mu chce“*. Otec vidí zlepšení v komunikaci chlapce. *„Jenda se hezky rozmluvil, je mu daleko více rozumět“*. Rodičům nejvíce vadí, že Jeník nechodí do školky s radostí. Mají obavy, zda mu v MŠ někdo neubližuje. *„Mysleli jsme, že druhý rok už to bude lepší, ale moc se to nezlepšilo. Ráno brečí a do školky nechce“*. Ujistila jsem otce, že ve školce Jendovi nikdo neubližuje a jeho ranní stesk trvá jen malou chvíli.

Dosavadní odborná péče

- PPP Kolín (od 10/2013, poslední vyšetření 1/2016)
- foniatrická klinika VFN v Praze (od 12/2013, poslední vyšetření 9/2015)
- logopedická péče (od 12/2013 Mgr. Bajtlerová Poděbrady)
- dětská neurologie Kolín MUDr. Nemeškalová (vyšetření 12/2013, od té doby nenavštěvuje)
- dětská psychiatrie MUDr. Hromadová, Kolín (vyšetření 1/2014, nyní již sledován není)
- klinický psycholog PhDr. Sulženková, Praha 1 (vyšetření 8/2015)

Pedagogická diagnostika

Z dlouhodobého pozorování Jeníka vyplývá pedagogická diagnostika chlapcova psychomotorického vývoje.

- Jemná motorika a grafomotorika – preferuje pravou ruku, úchop psacího a kreslicího náčiní je špatný, ale nechá se opravit. Plní grafomotorické cviky – klubička, svíslé a vodorovné čáry. Umí spojit dva body čarou. Kresba postavy je ve stádiu hlavonožce. Spojuje a rozpojuje patentové kostky (stavebnice logo, lego duplo). Navléká korále na tyčku, našroubuje maticku na šroubek, zapichuje hříbečky libovolně do perforované desky. Zpracovává modelovací hmotu i keramickou hlínu – snaha o vymodelování kolečka, válečku, z hlíny „vybouchá“ placku. Stříhá nůžkami bez koordinace. Lžiči správně uchopí a použije. S příborem zacházet neumí.

- Hrubá motorika – zvládá chůzi po nerovném terénu, po schodech střídá nohy. Leze po žebříku, průlezkách. Umí jezdit na koloběžce, motokáře. Hází i chytá míč, hází na cíl (kuželky). Má rád pohyb ve vodě, v MŠ chodí na plavání.
- Poznávací procesy
 - Hra a myšlení – hračky používá k manipulační, částečně i ke konstruktivní hře. Hraje si vedle dětí, s dětmi si hrát neumí. Umí postavit koleje, hraje si s auty, staví puzzle, vkládanky, prohlíží knížky. Částečně rozřídí věci podle barvy, tvaru. Zná některé názvy barev, ale správně je nepojmenuje. Rozezná pohlaví (holka×kluk). Rozumí funkčnímu spojení – „*Co si oblékáš?*“ „*Co jíme?*“.
 - Řeč – v pragmatické rovině – oční i verbální kontakt navazuje, reciprocita komunikace je naznačena – lépe při využívání jednoduchosti. Komunikačního partnera respektuje na krátkou dobu. Odpovědi na otázky jsou spíše jednoslovné, většinou v kontextu. Při delším rozhovoru je patrná ztráta zájmu o komunikaci, selhává proto ve skupinových činnostech, kde je jako dominantní komunikace a řečový projev.

Morfologicko-syntaktická rovina – mluvní projev chlapce je jednoduchý, používá spíše krátké věty, srozumitelnost mluvního projevu je malá. Užívání více druhů slov je spíše jen naznačeno opakováním po druhé osobě. Gramatická správnost je pouze částečná. Užívá především podstatná jména, slovesa a citoslovce.

Lexikálně-sémantická rovina – řečová produkce je spontánní, slovní zásoba je chudší, jednoduchým instrukcím rozumí. Protiklady s vizuální podporou pozná. S dopomocí zvládá některé nadřazené pojmy – s vizuální podporou.

Foneticko-fonologická rovina – správná výslovnost hlásek není upevněna, mluvní projev dítěte je nesrozumitelný, objevuje se artikulační neobratnost, nezopakuje delší a neznámé výrazy. Objevuje se echolálie.
- Sebeobsluha
 - Stravování – jí samostatně lžící i vidličkou, pije z hrnku. Při jídle sedí u stolu, umí přisunout i odsunout židličku, na pokyn sklídí ze stolu, popř. stůl utře.
 - Oblékání – svlékne se i oblékne. Nutná je kontrola – má problémy s přední a zadní stranou oděvu. Zapne si suchý zip. Nezapne knoflík, nezaváže tkaničku.
 - Hygiena – pustí si vodu, ruce i ústa si umyje, utře. Samostatně používá toaletu, o potřebu si řekne nebo ukáže. Nezvládne hygienu po velké potřebě.
- Socializace – u chlapce přetrvává nestabilní zvládnutí emocí, je méně odolný vůči frustraci, v nové a zátěžové situaci je nejistý. Při neúspěchu rezignuje. Přijetí změny,

respektování cizí autority a nastavení pravidel je třeba usměrňovat, situace vyžadují individuální přístup. Neumí se střídat ve hře, prosazuje pouze sebe. Pokud mu dospělý nevěnuje pozornost a věnuje se jinému dítěti, jde a druhému dítěti hračku vezme, zboří postavenou stavbu apod. Při individuální práci s Jeníkem u stolečku je chování mírné, zapojí se do předložených úkolů, chce být pochválen, odměněn. Umí poděkovat, poprosit. Když mu něco nejde, přijde si pro dospělého.

Zúčastněné pozorování

Zúčastněné pozorování Jeníka probíhalo intenzivně od září 2015. Níže popisuji několik situací z běžného dne v MŠ, které demonstrují problémové chování. Obdobné problémy se vyskytují v prostředí MŠ denně.

Záznamy z pozorování:

- Hra na koberci ve společnosti ostatních dětí – děti ve skupinách staví z kostek – věže, hrady. Jeník pobíhá po třídě a křičí. Nemá zájem o společnou činnost. Do skupinové aktivity se chlapce podařilo na chvíli zapojit až s využitím motivace (bonbon) a vynaložením fyzické síly (přivedení k aktivitě). Při tom pozoruji vědomé i nevědomé překračování nastavených pravidel. Dívá se, jak dospělá osoba zareaguje na jeho chování. Jeník nepřijímá pravidla nastavená skupinkou dětí. Při individuální péči spolupracuje, jen s vynaložením značného úsilí se daří chlapce usměrnit, aby stavbu dětem neničil. Chlapec zatím nepřijímá pokus o střídání ve hře, prosazuje pouze sebe, ostatní děti ztrácí o hru s Jeníkem zájem, u stavby zůstává sám (to mu vyhovuje). Rovná auta do pater věže. Je třeba stále hlídat, aby nebořil stavby ostatním dětem, nebral jim auta, kostky.

- Pohybová chvílka v MŠ – řízená činnost. Jeník odmítá nácvik pohybové variace s hudbou, odchází mimo skupinu, hraje si s autíčky, rovná je. Zapojila jsem se, kontaktovala jsem chlapce a upoutala jsem ho nabídkou činnosti s využitím elektrických kláves s mikrofonem (motivace). Do mikrofonu Jeník zpívá s bezprostředností, verbální projev je nesrozumitelný. Text písničky reprodukuje s pomocí učitelky, zvládá vyslovovat pouze poslední slovo v rýmu. Jedná se o písničku, kterou Jeník zná. Měl by se zapojit do pohybových aktivit, jeho pozornost

je však zaměřena pouze na vlastní zájem – mikrofon. Snaží se k mikrofonu dostat, vyžaduje neustálý dohled, usměrňování. Nepřijímá verbální vysvětlení ani nabízený kompromis. Negativní chování se stupňuje, Jeník začíná křičet a běhat po třídě a strkat do dětí. Chování chlapce významně narušuje činnost celé skupiny dětí.

- Práce u stolečku – Jeník negativně reaguje na vyzvání ke spolupráci. Pobíhá po třídě a křičí „*Ne, ne, ne*“. Za použití motivace (sladkost) si neochotně sedá ke stolečku. Dostává činnost úkolového typu – má přiřadit příslušné stíny k obrázkům. Bylo nutné ověřit porozumění, vysvětlit a demonstrovat to, co má chlapec dělat. Chlapec úkol pochopil a plní ho. Kvalita udržení pozornosti u Jeníka souvisí s časem a náročností zadaného úkolu. V případě, když úkol nezvládá, přestává spolupracovat a rezignuje. U činnosti, která vyžaduje koncentraci pozornosti je méně odolný vůči vnějším vlivům, odklání pozornost a ztrácí zájem o danou činnost.
- Vycházka do okolí MŠ – Jeníka před vycházkou zařadím do dvojice ke „*spolehlivějšímu*“ dítěti. Jeník jde za ruku s Janičkou. Jeníka s Janičkou mám před sebou, sama držím za ruku 1 další dítě. Jeník jde v klidu ve dvojici pouze za neustálého usměrňování a motivování (ukazuji a povídám o věcech, které vidíme kolem sebe). Několikrát se pokusí pustit se Janiččiny ruky. To se mu nedaří, tak zkouší Janičku tahat a tím pádem hrozí nebezpečí oběma dětem. Přestože jdeme klidnou částí města, беру si Jeníka za ruku raději já. Vysvětluji mu hrozící nebezpečí. Po půl hodinové vycházce se začíná vztekat, zastavuje se, chce jít sám. Nepřijímá verbální vysvětlení, soustředí se opět pouze na vlastní zájem.

Rozhovor s otcem

Druhý rozhovor jsem realizovala na konci ledna 2016, kdy jsem se zaměřila především na současné chování Jeníka v MŠ speciální. Popsala jsem otci Jana situace, které blíže popisovaly problémové chování chlapce. Mým záměrem bylo zjistit, zda problémy v chování, které se vyskytují v MŠ, jsou totožné i v prostředí domova. Jak vyplynulo z rozhovoru, v prostředí domova otec nepřiznává větší problémy. Chlapec se s rodiči domluví – ukáže si na věc, dojde si, pro co potřebuje, doma není nikdo, kdo by mu příliš oponoval. Jeník tráví spoustu času u prarodičů, kteří mu dovolí téměř vše. Snažila jsem se otci vysvětlit nutnost zavedení pravidel a určitého řádu i v domácím prostředí. Argumentovala jsem mimo jiné tím, že se blíží doba, kdy chlapec bude muset nastoupit do základního vzdělávání, a tudíž by bylo

potřeba, aby se jeho chování řešilo. „*Paní učitelko, já vím, ale ono je to hrozně těžký. Jsme se ženou oba utahaní z práce a doma už chceme mít klid. Jeníka se snažím cepovat, ale většinou to nakonec vzdám*“. Otec si uvědomuje potřebu situaci řešit, ale přiznává, že v tomto ohledu rodina selhává. Zdůraznila jsem otci, že by bylo vhodné realizovat další vyšetření u dětského psychiatra, který by posoudil Jeníkovo chování a zvážil by možnost medikace. Psychiatřička, kterou Jeník navštěvoval, se z Kolína odstěhovala a chlapec již rok nikde jinde na psychiatrickém vyšetření nebyl, přestože mu to bylo doporučeno speciálním pedagogem z SPC i dětskou psycholožkou. Rodičům byl předán kontakt na dětskou psychiatrii v Praze Motole. Tatínek přislíbil, že se co nejdříve objednájí.

Opatření, které vedou ke zlepšení problémového chování

Speciální metody a přístupy, které je třeba uplatňovat, aby edukace Jeníka v MŠ speciální byla efektivní a umožnila chlapci do budoucna co nejvyšší samostatné uplatnění ve společnosti.

V práci s Jeníkem promýšlíme zadávané pokyny – uplatňujeme jednoduchost, jednoznačnost, slovo podporujeme gestem, popřípadě obrázkem (piktogramem).

Využíváme diferenčního zpevnování, které spočívá v uplatňování odměn jako motivace. Funkční odměna je u Jeníka buď materiální (pamlsek) nebo činnostní (hraní si s oblíbenou hračkou). Vedeme chlapce k udržení pozornosti i při méně akčních činnostech. Využíváme povzbuzení, pochvalu.

Monitorujeme projevy chování chlapce, individuálním přístupem se ho snažíme usměrnit, zákaz (pokud to jde) nahrazujeme nabídkou. Vedeme chlapce k respektování pravidel třídy.

V situaci, kdy je chování Jeníka pro skupinu ostatních dětí neúnosné, využijeme i fyzické omezení s následným použitím některé z metod averzivního tlumení, kdy odepřeme pro něho pozitivní stimul, a to bezprostředně po výskytu problémového chování. Odepření pozitivního stimulu provádíme formou:

- ignorování (vyhasínání),
- odsazení s možností pozorování,
- odebrání určité věci (předmět, se kterým nebo ke kterému se dítě chovalo nevhodně),
- vyloučení a odloučení (odvedení dítěte z podnětného do nepodnětného prostředí).

Volba konkrétní metody závisí na situaci a míře problémového chování, které se u Jeníka vyskytne. Důležité je chlapce zastavit, klidným hlasem zklidnit. Klidný přístup pedagoga ovlivní pozitivně impulzivitu dítěte. V okamžiku, kdy se chlapec začne zklidňovat, podpoříme ho pozitivním hodnocením a odměnou. Bývá to nejčastěji odměna činností – nabídka oblíbené činnosti, hry.

Podporujeme situace, které Jeníka baví a úspěšně se v nich uplatní – např. pohybové hry, některé činnosti úkolového typu apod.

Pokračujeme v logopedické péči – Jeník je přítomen kolektivní logopedii v MŠ a zároveň 1× týdně navštěvuje individuální logopedii, která je vedena speciálním pedagogem – školním logopedem. Ve spolupráci s logopedem rozvíjíme řečové schopnosti chlapce a podporujeme komunikaci. Zprostředkováváme porozumění pokynu, kdy slovo podpoříme gestem, předmětem nebo obrázkem. Ověřujeme si porozumění dítěte. Zároveň poskytujeme Jeníkovi čas na to, aby projevil, co potřebuje, aby se učil požádat o pomoc apod.

7.3 Kazuistika č. 3

Jan B., narozený 22. 2. 2010, 5 let a 11 měsíců

Jan je na první pohled veselý a velmi přátelský chlapec, který navštěvuje MŠ speciální od září 2014. Jsem jeho třídní učitelkou a v MŠ společně trávíme mnoho času. Veškeré informace, které o Janovi uvádím, jsou čerpané z osobní složky Jana v MŠ speciální (pedagogická dokumentace), z rozhovorů s matkou chlapce a jeho zúčastněným pozorováním. Matka Honzíkova souhlasila, že tyto materiály budou použity pro účely mého kvalitativního výzkumu v bakalářské práci.

Školní anamnéza

Rodiče Jana přišli do MŠ v červnu 2014 a dotazovali se na možnost umístění Jana do MŠ. Vzhledem k tomu, že rodiče neměli žádná doporučení k přijetí ani lékařské zprávy, objednali jsme Jana na vyšetření do SPC. Na vyšetření v SPC v září 2014 bylo zjištěno, že chlapec je sledovaný na oddělení klinické psychologie a psychoterapie ve FN v Praze, dále na foniatrické klinice v Praze FN Motol a to pro percepční vadu sluchu, která je korigována sluchadly. Chlapci bylo následně doporučeno zařazení do MŠ speciální, kterou navštěvuje od konce září 2014. Honzík přichází do MŠ v 7 hodin a odchází většinou v 16 hodin. Docházka do MŠ je pravidelná.

Problematické chování chlapce

U Jana se objevuje nevhodné chování k ostatním dětem – tahá je za vlasy, štípe, fyzicky na ně útočí, hází po nich hračkami. Toto chování nemá jasnou příčinu, Jan ho provádí k uspokojení vlastní potřeby. Problémové chování se stupňuje v závislosti na denní době – odpoledne Jan často útočí i na dospělé osobu – nerespektuje nastavená pravidla, nedokáže odložit svou aktuální potřebu odměny a objevuje se vzdorovité chování, které někdy přerůstá do sebepoškozování – kouše se do ruky, bouchá hlavou o tvrdou podložku.

Diagnóza

Ve věku 2 let byl Jan vyšetřen na ambulanci ORL a foniatric u MUDr. Strejčkové v Kolíně, od konce roku 2012 má sluchadla na obě uši.

Přesto, že se v rodině Jana se objevuje mentální i sluchové postižení, byl pediatrem odeslán do FN Motol Praha na oddělení klinické psychologie a psychoterapie až v dubnu 2014 a dále potom v květnu 2014 na foniatrickou kliniku. Od prosince 2014 je v péči dětské psychiatrické kliniky FN v Motole. Lékařem psychiatrické kliniky byla stanovena diagnóza:

- F 70.0 lehká mentální retardace – žádná nebo minimální porucha chování

Klinickým psycholog svým vyšetřením stanovil tyto závěry:

- nerovnoměrný psychomotorický vývoj na hranici lehkého a středně těžkého mentálního postižení s podílem zjištěné percepční vady sluchu

Osobní anamnéza

Jan je z druhého fyziologického těhotenství, údaje o průběhu porodu ani o psychomotorickém vývoji chlapce v období od narození do 4 let nejsou k dispozici. Dle matky byl od malička „živější“, krátce se soustředí. Kojen nebyl. Pleny měl do 2,5 roku. Prodělal běžná dětská onemocnění, vážněji nestonal. Operace 0, úrazy 0, alergie 0. Trvalá medikace od února 2015 Risperdal, který byl chlapci přepsán dětským psychiatrem. Risperdal podávají rodiče ráno a večer. Pro percepční poruchu sluchu je chlapec sledován na foniatrické klinice a dochází na ORL ambulanci Kolín. Má sluchadla na obě uši. Chlapec má opožděný vývoj řeči, který je symptomem sluchového postižení. Jan dochází na logopedii k Mgr. Hellerové v Kolíně 1× za 14 dní. Jan je veselý, zvědavý, má zájem o všechny nabízené činnosti v MŠ, doba pozornosti je však velmi krátká. Je společenský, je rád v kolektivu dětí, děti se ho ovšem straní právě pro jeho náhlé nevhodné projevy chování.

Rodinná anamnéza

Jan se narodil do ne zcela funkční rodiny. Matka (nar. 1993) nemá dokončené základní vzdělání, v současné době je na rodičovské dovolené s bratrem Jana, který se narodil v lednu 2015 a je zdravý. Otec (nar. 1990) má dokončené základní vzdělání, pracuje příležitostně, vykonává pomocné práce. Oba rodiče navštěvovali praktickou základní školu v Kolíně. Své první dítě – dceru Lauru porodila matka v 16 letech. Laura (nar. 2009) má těžké mentální postižení a je od narození umístěna v ústavní péči. Mladší sestra matky má blíže nespecifikované sluchové postižení a je od 14 let umístěna v ústavní péči. Rodina se s těmito členy nestýká. Rodina žije společně s matkou matky a několika příbuznými z širšího okruhu rodiny. Žijí ve městě, v pronajatém městském bytě. Rodina spolupracuje s městským úřadem v Kolíně, oddělení sociálně – právní ochrany dětí.

Rozhovor s matkou

S matkou Jana komunikuji téměř denně. Většinou syna přivádí do MŠ a zároveň ho i vyzvedává. Občas přivede chlapce otec nebo chodí rodiče společně. S matkou komunikuji podle jejího aktuálního psychického stavu a nálady. Někdy bývá přístupná, má zájem problémy řešit, jindy se mnou mluvit nechce, pospíchá. Je zde velký problém ve spolupráci s rodinou. Rozhovory se týkají vždy aktuálního chování Jana, a to v prostředí MŠ i v prostředí domova. Dále se v rozhovorech s matkou zaměřuji na termíny plánovaných vyšetření, návštěv logopeda apod. Snažím se zjistit termíny a hlídat, aby matka na nic nezapomněla. Pokud se na nějakém postupu ohledně chování Jana domluvíme, matka ho většinou záhy poruší. Často také zapomíná na termíny objednaných vyšetření. Někdy přijde, bývá nešťastná a projevuje zájem o komunikaci. Z jednoho rozhovoru uvádím: *„Já už nevím, co mám s tím klukem dělat. Kdybyste viděla, jak se doma chová. Rozbil Pétovu postýlku (bratr chlapce), rozbil všechny autíčka. Pořád chce jen balónek. Porad'te mi, co s ním. My už jsme z něj všichni nešťastný“*. Pokud mohu, vezmu si matku stranou, uklidním ji a poté se ptám na dávkování léků – zda je podává, tak jak má (dodržování množství léku, doby podávání). Zdůrazňuji jí to, že musí Honzík zaměstnávat, podporovat ho v činnostech, které má rád. S matkou jsme řešili i nákup vhodných hraček a didaktických pomůcek. Ukazovala jsem jí konkrétní věci, se kterými si Honzík hraje v MŠ. Při setkání se snažím matku nezahltit mnoha informacemi a vždy řešíme aktuální problém. Z MŠ odchází s konkrétní radou, snažím se jí uklidnit a pomoci. Zpětná vazba je již mnohdy horší – někdy vidím, že se na určitý čas snaží, většinou se ale situace brzy vrátí *„do starých kolejí“*. Jedno pondělní ráno matka přivádí Honzík se slovy: *„Jsem*

ráda, že už je po víkendů. Bylo to zase hrozný. Honzík se do školky těšil. Říkal od rána školka, školka". Situace a rozhovory s matkou se často opakují.

Dosavadní odborná péče

- FN Praha Motol oddělení klinické psychologie a psychoterapie (jedna návštěva v 4/2014)
- FN Motol foniatriká klinika (zaznamenáno jen vyšetření z 5/2014)
- FN Motol dětská psychiatrická klinika (první vyšetření 12/2014, poslední vyšetření 2/2015, další plánováno na 2/2016)
- SPC Kolín (první vyšetření 9/2014, poslední vyšetření 1/2016)
- ambulance ORL a foniatrye MUDr. Strejčková Kolín (první vyšetření 2012, poslední 1/2016)
- logopedická péče Mgr. Hellerová Kolín (první návštěva 9/2014, poslední návštěva 1/2016)

Pedagogická diagnostika

Z dlouhodobého pozorování Jana vyplývá pedagogická diagnostika chlapcova psychomotorického vývoje.

- Jemná motorika a grafomotorika – kreslicí náčiní drží Honzík v pravé ruce, úchop se vyvíjí. Kreslí kruh, lineární čáry. Kresba lidské postavy je ve stádiu hlavonožce. Do kresby vkládá obsah, nakreslené komentuje. Stříhá nůžkami po rovné linii. Staví stavby z kostek, navléká korálky, modeluje z hlíny. Používá lžíci a vidličku.
- Hrubá motorika – chlapec je motoricky obratný, běhá, skáče, hází a chytá míč, jezdí na koloběžce.
- Poznávací procesy
 - Hra a myšlení – hra je funkční, hra s ostatními dětmi je možná jen řízená dospělou osobou. Kognitivní schopnosti jsou ovlivněny sluchovou vadou. Přiřazuje stejné obrázky, stínové i půlené obrázky. Rozezná a pojmenuje základní barvy. Zná užitkovou hodnotu různých předmětů (co se jí, co se obléká apod.). Chápe jednoduché kategorie (jídlo, zvířata, oblečení).
 - Řeč – vývoj řeči je vlivem sluchového postižení opožděn. Chlapec má velký zájem o komunikaci. Aktivně používá cca 50 slov, tvoří dvouslovná spojení, řeč je obtížně

srozumitelná. Používá gesta, mimiku, snaží se napodobovat, opakovat. Rozumí běžným pokynům s podporou gest.

➤ Sebeobsluha

- Stravování – prostře si stůl, nají se sám lžící i vidličkou, pije z hrnku. Pití si zvládne nalít. Sklízí ze stolu, popř. stůl utře.
- Oblékání – svléká se a obléká jen s mírnou dopomocí dospělé osoby. Plete si pravou a levou botu, nezaváže si tkaničky, neupraví si oděv.
- Hygiena – pod dohledem si sám myje ruce, pokouší se čistit zuby. Na WC je samostatný s mírnou dopomocí.

➤ Socializace – chlapec je společenský, v MŠ se rád zapojuje do všech činností, je rád v kolektivu dětí. Musí být neustále pod dohledem dospělé osoby, protože velmi často dochází ke konfliktům Jana s ostatními dětmi. Umí projevit i náklonnost. Pozdraví, poděkuje, je důvěřivý. Vřelé citové vazby projevuje k rodičům i k učitelkám v MŠ.

Zúčastněné pozorování

Zúčastněné pozorování Jana probíhalo intenzivně od září 2015. Níže popisují několik situací z běžného dne v MŠ, které demonstrují problémové chování. Obdobné problémy se vyskytují v prostředí MŠ denně.

Záznamy z pozorování:

- Volná hra na koberci ve třídě ráno po příchodu dětí – Honzík si vybírá ke hře autíčka, se kterými jezdí po dopravním koberci. Po chvíli začne autem vrážet do stavby jiného chlapce a následně najíždí do dětí, které jsou v jeho blízkosti. Chování mu působí radost, směje se a dívá se na mě, očekává moji reakci. Zde zasahuji, abych zabránila dalšímu konfliktu, popř. úrazu. Odvádím Honzíka ke stolečku, kde mám připravené strukturované úkoly.
- Vycházka do okolí MŠ – jdeme na vycházku, Honzík jde za ruku s učitelkou, protože druhých dětí se pouští a poskakuje. Prochází kolem nás paní s kočárkem, dítě v kočárku drží v ruce balónek. Honzík začne balónek vyžadovat, ukazuje na něj a křičí, že ho chce také. Tahá učitelku, vzpouzí se, odmítá pokračovat v chůzi. Učitelka se snaží převést pozornost Honzíka na jiné věci, nabízí mu materiální odměnu (bonbón). Chlapec odmítá a začíná plakat, kouše se do ruky, odhazuje čepici, dupe a stále odmítá pokračovat v chůzi. Učitelka se s Honzíkem odpojuje od skupiny

děti a přes neustálé vysvětlování a za fyzické restriky se s Honzíkem vrací nejkratší cestou do MŠ.

- Skupinová činnost u stolečku – práce s keramickou hlinou. Honzík dostává hlinu jako první a vybuchává z ní placku. Postup zná, práce ho baví. Než rozdáme hlinu všem dětem, Honzík již vymýšlí, co by se dalo s hlinou dělat, začíná modelovat kuličky. Přistupuji k Honzíkovi a ukazuji mu, co budeme dělat – vykrajovat srdíčko podle šablony. Chlapec s mojí asistencí práci rychle udělá a ukazuje, že si sundá zástěrku, umyje ruce. Odchází si hrát na koberec, kde je stavebnice duplo a auta. Bere auto a začíná jezdit tam, kde děti pracují, zdvihá auto a jezdí jiné dívce po výrobku, ničí ho. Zasahuji a odvádím chlapce k jiné skupině dětí do vedlejší třídy, kde si ho přebírá asistentka pedagoga.
- Odpočinek na lehátku – chlapec se ochotně převléká do pyžama, jde s dětmi na WC. Na lehátku vydrží v klidu cca 5 minut. Začne tahat za vlasy dívku, které má lehátko vedle něho. Lehátko odsunuji tak daleko, jak to jde. Poté začne zalézat do povlaku od peřinky. Dává si prs do pusy a nahlas hýká. Přitom se usmívá a čeká na moji reakci. Hrozí prstem a říká slovo máma. Reaguji na to, říkám mu, že maminka se bude zlobit. Ruší ostatní děti. Přesouvám jeho postýlku do vedlejší místnosti, musím mít ale otevřené dveře, abych na chlapce stále viděla. Dávám mu do ruky procesuální schéma, kde je lehátko, svačina, hraní a domov. Honzík se chvíli baví tím, že obrázky na proužku předává a poté schéma zahazuje. Zalézá opět do povlaku, kde za pár minut usíná.
- Odpolední svačina – Honzík si s chutí prostírá a bere si talířek s jídlem. Jí rychle. Děti mají na talířku chleba s pomazánkou a k tomu vedle nakrájenou mrkev a jablko. Honzík sáhne do talířku chlapci, který sedí vedle něj a vezme mu mrkev. Ví, že to dělat nemá, otáčí se na mě a směje se. Říkám mu, že se to nedělá a ukazuji, že si pro další mrkev může dojít do kuchyně. Dojí a odnese si talířek. Posadí se ke stolu, kde má připravenou vkládku a začne ťukat hlavou o stůl. Směje se tomu. Dělán, že ho nevidím. Chlapec na opačném konci stolu ho začíná napodobovat. Zasahuji, snažím se převést Honzíkovo pozornost ke skládance.

Rozhovor s matkou

V rozhovorech s matkou chlapce v průběhu ledna jsem se opět zaměřila na problémové chování Honzíka. Požádala jsem, zda by si pro Honzíka nemohla vyzvedávat z MŠ o něco

dříve, z toho důvodu, že chování chlapce se odpoledne zhoršuje a celý den strávený ve školce je pro něj dlouhý (Honzík se odpoledne často ptá, zda už pro něj maminka přijde, běhá s učitelkou ke zvonku). Matka přislíbila, že bude pro chlapce chodit v 15 hodin. Z rozhovoru s matkou vyplynulo, že Honzík doma nemá žádná pravidla a řád, rodiče neví, jak ho mají zabavit. Matku jsem informovala o tom, že je potřeba, aby měl Honzík pevný řád i doma. Navrhla jsem jí, aby Honzík zapojila do běžných domácích prací, aby ho nechala pomáhat. Poradila jsem matce činnosti, které mohou dělat společně – jednoduché stolní hry, modelování, malování barvami apod. Zdůraznila jsem jí význam pobytu venku, kdy má Honzík možnost volného pohybu. Vysvětlila jsem matce systém motivačních odměn a zdůraznila jsem jí význam pochvaly a ocenění.

Opatření, které vedou ke zlepšení problémového chování

Speciální metody a přístupy, které je třeba uplatňovat, aby edukace Jana v MŠ speciální byla efektivní a umožnila chlapci do budoucna co nejvyšší samostatné uplatnění ve společnosti.

Při práci s Honzíkem promýšlíme zadávané pokyny – uplatňujeme jednoduchost, jednoznačnost, slovo podporujeme gestem, popřípadě obrázkem (piktogramem).

Chlapce musíme neustále usměrňovat k účelné aktivitě. Tolerujeme odklony pozornosti a kompenzujeme zkrácení doby pozornosti individuální činnostmi s Honzíkem. V těchto případech chlapec potřebuje podporu ze strany asistenta pedagoga. Individuální činnosti jsou připravovány pro Honzíka na každý den, vycházejí z individuálního vzdělávacího plánu, který je pro každé dítě v MŠ speciální sestavován.

Umožňujeme chlapci pohybové uvolnění, relaxaci. Využíváme k tomu Snoezelen, tělocvičnu školy, zahradu.

Využíváme diferenčního zpevnování, které spočívá v uplatňování odměn jako motivace. Funkční odměna je u Honzíka buď materiální (pamlsek) nebo činnostní (hraní si s oblíbenou hračkou). Využíváme povzbuzení, pochvalu. Chválíme Honzíka i za projevenou snahu.

Monitorujeme projevy chování chlapce, individuálním přístupem se ho snažíme usměrnit, zákaz (pokud to jde) nahrazujeme nabídkou. Vedeme chlapce k respektování pravidel třídy, zejména potom k prosociálnímu chování k ostatním dětem. K dodržování režimu.

Udržujeme s chlapcem neustálý oční kontakt, poskytujeme mu okamžitou zpětnou vazbu.

V situaci, kdy je chování Honzíka pro skupinu ostatních dětí neúnosné, využijeme i fyzické omezení s následným použitím některé z metod averzivního tlumení, kdy odepřeme pro Jana pozitivní stimul, a to bezprostředně po výskytu problémového chování. Zde je potřeba opět podpora asistenta pedagoga, protože čas, který k tomuto opatření potřebný je poměrně dlouhý a situace je náročná psychicky i fyzicky. Odepření pozitivního stimulu provádíme formou:

- ignorování (vyhasínání),
- odsazení s možností pozorování,
- odebrání určité věci (předmět, se kterým se dítě chovalo nevhodně),
- vyloučení a odloučení (odvedení dítěte z podnětného do nepodnětného prostředí).

Volba konkrétní metody závisí na situaci a míře problémového chování, které se u Jana vyskytne. Důležité je chlapce zastavit, klidným hlasem zklidnit. Klidný přístup pedagoga ovlivní pozitivně impulzivitu dítěte. V okamžiku, kdy se chlapec začne zklidňovat, podpoříme ho pozitivním hodnocením a odměnou. Bývá to nejčastěji odměna činnostní – nabídka oblíbené činnosti, hry.

Věnujeme zvýšenou pozornost rozvoji komunikačních dovedností. Pokračujeme v logopedické péči – Jan je přítomen kolektivní logopedii v MŠ a zároveň 1× týdně navštěvuje individuální logopedii, která je vedena speciálním pedagogem – školním logopedem. Ve spolupráci s logopedem rozvíjíme řečové schopnosti chlapce a podporujeme komunikaci. Zprostředkováváme porozumění pokynu, kdy slovo podpoříme gestem, předmětem nebo obrázkem. Ověřujeme si porozumění dítěte. Do práce s Honzíkem zařazujeme rytmické hry, kruhové tance, prstové hry, říkadla, artikulační cvičení, zpívání na podporu sluchové percepce, hry pro sluchové vnímání, sluchovou paměť, hry s přechodem do poloh s různou intenzitou hlasu.

7.4 Závěrečná diskuze

Výsledkem kvalitativního výzkumu jsou odpovědi na výzkumné otázky, kterými jsou naplněny dílčí cíle.

- V jakých situacích se u jednotlivých dětí problémové chování vyskytuje nejčastěji?
- Jaké jsou nejčastější projevy tohoto chování v prostředí MŠ a v prostředí domova?

Viktor

- problémové chování při sebeobsluze – pravidelně při sebeobslužných činnostech se u Viktora objevují lehčí formy problémového chování – nepozornost, psychomotorický neklid. Nejvíce se to projevuje v oblasti oblékání, v prostředí MŠ i doma. Viktor má také nízkou koncentraci pozornosti a špatné manipulační schopnosti.
- problémy s pozorností – doba pozornosti je velmi krátká, projevuje se v MŠ pravidelně při všech řízených činnostech, u Viktora souvisí i se sebeobsluhou. V domácím prostředí jsou projevy a situace stejné.
- problémy při kontaktu s ostatními dětmi – „poštuchování“ dětí, strkání, mačkání, házení předmětů je projevem neschopnosti s dětmi adekvátně komunikovat. Tyto problémy se v domácím prostředí vyskytují stejně jako v MŠ. Viktor je jediné dítě v rodině, ale s jinými dětmi se mimo MŠ příležitostně stýká.

Jeník

- problémy v emoční oblasti – nedostatečná regulace emocí se projevuje při ranním příchodu do MŠ nepravidelně, v závislosti na tom, kdo Jeníka do školky přivede (hůře se odpoutává od otce) a zhoršení je také v závislosti na předchozí dlouhodobější absenci v MŠ (nemoc, prázdniny apod.). V průběhu dne se problémy v emoční oblasti projevují v prostředí MŠ pravidelně, při volné hře a u činnostech, které chlapec odmítá. Rodiče si tyto problémy nepřipouští. Doma je, dle jejich vyjádření, vše v pořádku.
- problémy při kontaktu s ostatními dětmi – strkání do dětí, narušování jejich hry, neochota se přizpůsobit hře, podřídít se pravidlům. Částečně jsou tyto problémy ovlivněny neschopností s dětmi adekvátně komunikovat a částečně je Jeník používá k vlastnímu uspokojení. Problémy se vyskytují pravidelně při volné hře i společných

řízených činnostech v MŠ. V domácím prostředí se tyto problémy nevyskytují, Jeník se s dětmi mimo MŠ nestýká.

- problémy s pozorností – doba pozornosti je velmi krátká, projevuje se v MŠ pravidelně při všech řízených činnostech. Rodiče mají tyto problémy tendenci bagatelizovat. Přiznávají, že se vyskytují občas i v domácím prostředí, kdy Jeník u žádné činnosti dlouho nevydrží.

Honzík

- problémy při kontaktu s ostatními dětmi – tahá je za vlasy, štípe, fyzicky na ně útočí, hází po nich hračkami. Částečně je toto chování ovlivněno neschopností adekvátně s dětmi komunikovat, dále sluchovou vadou, ale myslím si, že převážně ho Honzík provádí k uspokojení vlastní potřeby. Problémové chování se stupňuje v závislosti na denní době. Domnívám se, že to může být ovlivněno poklesem hladiny léků. Odpoledne Jan často fyzicky útočí i na dospělou osobu a to zejména, když není uspokojena jeho aktuální potřeba. Výše uvedené problémy se vyskytují v prostředí MŠ denně, v domácím prostředí poté ještě zřejmě s vyšší intenzitou. Honzík doma útočí na mladšího bratra a další rodinné příslušníky.
- autoagresivní chování – vyskytuje se při afektivním záchvatu (v situaci, když nedostane balónek, který vidí) nebo i bez viditelné příčiny, kdy se Honzík sebepoškozuje – kouše se do ruky, bouchá hlavou o tvrdou podložku (zem, deska stolu). Toto chování se vyskytuje v prostředí MŠ hlavně v závislosti na podnětu – balónku a v situacích, kdy je Honzíkovi odepřena jeho aktuální potřeba. Myslím si, že doma se toto chování u chlapce vyskytuje z důvodu nepodnětného prostředí.
- problémy s pozorností – doba pozornosti je velmi krátká, projevuje se v MŠ při všech činnostech. Honzík nevydrží dlouho u jedné činnosti ani při volné hře. Problémy s pozorností má Honzík i doma.

U všech pozorovaných dětí se objevují problémy s pozorností a problémové chování ve vztahu k ostatním dětem. Doba pozornosti je velmi krátká, objevují se časté odklony pozornosti a to při všech řízených činnostech doma i v MŠ. Problémové chování ve vztahu k ostatním dětem se objevuje od mírných forem – pošťuchování, strkání, narušování hry apod. až po formy těžší, jako je bouchání, fyzický útok. Toto chování se vyskytuje v MŠ v podobných situacích – dítě si prosazuje svůj zájem, špatně akceptuje druhou osobu (dítě), nedokáže spolupracovat při hře, neumí dobře komunikovat a neadekvátně reaguje na běžné

situace v prostředí MŠ. V prostředí domova se tyto projevy vyskytují v závislosti na tom, zda je v rodině jiné dítě (případ Honzíka) nebo zda se rodina s dětmi stýká (případ Viktora). U Jeníka rodiče tyto problémy příliš nevnímají, protože je chlapec mimo MŠ pouze s dospělými osobami.

Problémové chování při sebeobsluze se vyskytuje pouze u Viktora, nedokáže se soustředit a k tomu se přidávají problémy s jemnou motorikou a koordinací pohybů. Toto je opět patrné především v prostředí MŠ, kde je důsledněji dodržována snaha o chlapcovu samostatnost. Jeník má jako jediný z těchto tří pozorovaných chlapců výraznější problémy v emoční oblasti, které mohou vyplývat také z častého odloučení od rodičů. U Honzíka se vyskytuje autoagresivní chování doma i v MŠ.

➤ Jaká je spolupráce se zákonnými zástupci dětí?

Viktor – zde je spolupráce s rodinou na velmi dobré úrovni. Oba rodiče s MŠ spolupracují. Mají zájem o řešení problémových situací. Toto pozitivně ovlivňuje Viktorovo problémové chování.

Jeník – spolupráce s rodinou Jeníka není příliš dobrá. Rodiče neprojevují ochotu problémy řešit. Vyhýbají se řešení tím, že problémy bagatelizují. Vymlouvají se na nedostatek času. Rodičovskou péči často nahrazují v rodině prarodiče, kteří ovšem Jeníka příliš nezvládají. Tato ne příliš ideální spolupráce se projeví vždy, když je Jeník delší dobu doma a MŠ nenavštěvuje. Problémy v jeho chování jsou poté výraznější a chlapec se dá jen velmi obtížně usměrnit.

Honzík – s rodiči Honzíka je spolupráce velmi náročná. Problémy vnímají a přiznávají. Je potřeba jim však opakovaně vysvětlovat a radit, jak mají k Honzíkově přistupovat a pozitivně tak ovlivňovat jeho chování. Na rodiče Honzíka není spolehnoutí. Zapomínají na termíny vyšetření. Práce s rodinou musí být hodně intenzivní. V tomto směru spolupracuje MŠ také s oddělením sociálně-právní ochrany dětí v Kolíně.

➤ Jak ovlivní problémové chování dětí intervence ze strany pedagogů?

Problémové chování sledovaných dětí vykazuje některé společné rysy, na které můžeme vhodně reagovat a provádět speciálně pedagogickou intervenci, která toto chování pozitivně ovlivní. Všichni 3 chlapci mají problémy s pozorností a zároveň projevy nevhodného

chováním k ostatním dětem. Zde je třeba uplatňovat individuální přístup, zajistit co nejklidnější prostředí při práci, ideálním stavem by byly pracovní koutky, aby se děti vzájemně nerušily. Důležité je časté střídání činností a umožnění odpočinku, relaxace. Relaxace je vhodná např. pohybem, poslechem hudby. Osvědčilo se nám využití Snoezelenu. Hodně také pomůže vhodně zvolená motivace. Všichni 3 chlapci mají deficit v komunikačních dovednostech, je proto třeba uplatňovat speciálně pedagogickou péči ve spolupráci se školním logopedem. Udržujeme s dítětem stálý oční kontakt a ověřujeme si jeho porozumění. Reagujeme na jeho požadavky. U všech těchto dětí je důležité, aby znaly a dodržovaly řád a pravidla. Všechna informace dětem podáváme srozumitelnou formou, využíváme prostředků speciálně pedagogické podpory (didaktické pomůcky, prvky strukturovaného učení, vizuální podpora, individuální vzdělávací plán apod.). Podstatné je také neustálé opakování základních dovedností dětí s mentální retardací. Velkou podporou je asistent pedagoga ve třídě. Jako velmi důležitý vnímám osobní přístup pedagoga, popř. asistenta pedagoga. Na dítě je v problematických situacích potřeba hovořit rázným, ale zároveň klidným hlasem. Vždy projevujeme empatii a vstřícnost. Dítě musí vědět, že ho máme rádi. Pokud je dítě pozitivně emočně naladěné, daleko lépe se s ním pracuje.

ZÁVĚR

Práce s dětmi v MŠ speciální je pro učitele velmi náročná. Pracovat zde může člověk jen s velkým osobním nasazením, fyzicky i psychicky velmi odolný. Pozitiva této práce spatřuji v tom, že jsme velkou oporou nejen dítěti s postižením, ale celé jeho rodině. Pomáháme dětem, aby byly co nejvíce samostatné, aby měly v budoucnu možnost společenského uplatnění. Otevíráme jim cestu k poznání okolního světa, který má i dětem s postižením co nabídnout. Rodičům ukazujeme nové cesty a možnosti. Snažíme se, aby rodiče cítili, že jsou našimi rovnocennými partnery, že na problémy, které přináší život s dítětem s postižením, nejsou sami, že jsme zde pro ně, kdykoli ochotní poradit, pomoci nebo třeba jen naslouchat. Jako velmi pozitivní vnímám zájem pedagogů a asistentů absolvovat nejrůznější vzdělávací kurzy a semináře, které si často podle svých potřeb sami vyhledávají.

Ve své bakalářské práci jsem podrobně popsala problémové chování 3 chlapců a možnosti řešení – pedagogickou intervenci. Tímto se dostávám k negativům, které práci s těmito dětmi v MŠ speciální bohužel významně ovlivňují. Tím největším negativem je nedostatek asistentů pedagoga. Přestože každoročně podáváme žádost o asistenta u většiny z 24 zapsaných dětí, pracují v MŠ jen 3 asistenti pedagoga a to na poloviční úvazek. Tímto je efektivita práce výrazně snížena. Nabízí se zde možnost využití osobních asistentů v MŠ, ale zde se objevuje problém s jejich financováním. Rodiče využívají toho, že jsme státní zařízení, a pokud služeb osobního asistenta využívají, tak je to mimo MŠ. Platit osobního asistenta svému dítěti v MŠ nechtějí. Dalším faktem, který práci s dítětem s postižením velmi komplikuje, je nespolupracující rodina. Někdy lze rodinu ke spolupráci motivovat více, někdy méně. Z praxe vím, že nejlepší motivací je pro rodiče náš pozitivní přístup a zároveň důslednost. Dalším, v současné době jen těžko řešitelným problémem, jsou malé prostory šatny a od MŠ oddělené WC s umývárnou. I tento fakt efektivitu práce snižuje. I přesto je snahou všech, kteří se na výchově a vzdělávání dětí v MŠ speciální v Kolíně podílejí, aby efektivita práce byla v co nejvyšší míře zajištěna a aby se nám dařilo naplňovat naše motto: „*Pomoz mi, abych si pomohl sám*“.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BAZALOVÁ, Barbora: *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4
- 2) ČERNÁ, Marie: *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 237 s. ISBN 978-80-246-1565-3
- 3) DLOUHÁ, Jana a kol.: *Úvod do psychopedie*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 154 s. ISBN 978-80-7435-333-8
- 4) DOLEJŠÍ, Mojmír: *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. vydání Praha: Avicenum, 1983. 224 s. ISBN 08-048-83
- 5) ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina: *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2
- 6) EMERSON, Eric: *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 168 s. ISBN 978-80-7367-390-1
- 7) GAVORA, Peter: *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Brno: Paido, 2010. 261s. ISBN 978-80-7315-185-0
- 8) HENDL, Jan: *Kvalitativní výzkum: základy metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367040-2
- 9) HRABAL, Vladimír, HRABAL, Vladimír (ml.): *Diagnostika. Pedagogicko-psychologická diagnostika žáka s úvodem do diagnostické aplikace statistiky*. Praha: UK Karolinum, 2002. 199 s. ISBN 80-246-0319-5
- 10) CHRÁSKA, Miroslav: *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-24713-69-4
- 11) KOLÁŘ, Zdeněk a kol.: *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 192 s. ISBN 978-80-247-3710-2
- 12) KOZÁKOVÁ, Zdeňka: *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 74 s. ISBN 80-244-0991-7
- 13) LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana: *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0
- 14) MATĚJČEK, Zdeněk: *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 2. vyd. Praha: Portál, 1999. 143 s. ISBN 80-7178-320-X
- 15) MŮLLER, Oldřich: *Lehká mentální retardace v pedagogicko-psychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 87 s. ISBN 80-244-0207-6

- 16) MÜLLER, Oldřich: *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7
- 17) PIAGET, Jean, INHELDEROVÁ, Bärbel: *Psychologie dítěte*. 3.vyd. Praha: Portál, 2000. 144 s. ISBN 80-7178-407-9
- 18) PIPEKOVÁ, Jarmila a kol.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6
- 19) RENOTIÉROVÁ, Marie: *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 802-441-4759
- 20) SKALKOVÁ, Jarmila: *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Praha: SPN, 1985. 209 s.
- 21) SYSLOVÁ, Zora, BORKOVCOVÁ, Irena, PRŮCHA, Jan: *Péče a vzdělávání dětí v raném věku*. 1.vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2014. 216 s. ISBN 978-80-7478-354-8
- 22) ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol.: *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Ostravská Univerzita, 2005. 173 s. ISBN 80-244-0629-2
- 23) ŠVARCOVÁ, Iva: *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0
- 24) ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára: *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6
- 25) THOROVÁ, Kateřina: *Poruchy autistického spektra*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. 453 s. ISBN 978-80-262-0215-8
- 26) THOROVÁ, Kateřina: *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6
- 27) VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich: *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2
- 28) VÁGNEROVÁ, Marie: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 444 s. ISBN 80-7178-496-6
- 29) VÁGNEROVÁ, Marie: *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8

INTERNETOVÉ ZDROJE

- 1) Asociace pracovníků v rané péči, z. s., ©2015 [online]. [cit. 2016-3-5]. Dostupné z:
<http://www.aprp.cz/>
- 2) Asociace pracovníků v rané péči, z. s., *Druhové standardy kvality služby raná péče*. ©2013[online].[cit. 2016-3-5]. Dostupné z:
http://aprp.cz/dokumenty/druhove_standardy_kvality_sluzby.pdf
- 3) Milan Valenta, a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga žáka s mentálním postižením*. ©2012 [online].[cit.2016-3-5]. Dostupné z:
http://www.inkluzepol.cz/portal/velke_publikace/metodiky/MP_Metodika_AP.pdf
- 4) Výzkumný ústav pedagogický v Praze. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. ©2004 [online].[cit. 2016-3-5]. Dostupné z: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf

LEGISLATIVA

- 5) Předpis č. 561/2004 Sb.: Zákon o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Zákony pro lidi.cz [online]. Zlín: AION CS, s.r.o., 2010, 2015 [cit. 2015-1-16]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561#cast2>
- 6) Předpis č. 72/2005 Sb.: Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Zákony pro lidi.cz [online]. Zlín: AION CS, s.r.o., 2010, 2015 [cit. 2015-1-16]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>
- 7) Předpis č. 73/2005 Sb.: Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Zákony pro lidi.cz [online]. Zlín: AION CS, s.r.o., 2010, 2015 [cit. 2015-1-16]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-73#cast2>
- 8) Předpis č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách. Zákony pro lidi.cz [online]. Zlín: AION CS, s.r.o., 2010, 2015 [cit. 2015-1-16]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>