



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra primární a preprimární pedagogiky

Bakalářská práce

Inkluze dítěte s mentálním postižením a vývojovou dysfázií v běžné mateřské škole

Vypracovala: Gabriela Kiselicová
Vedoucí práce: doc. PhDr. Vítečková Miluše, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. března 2021

Gabriela Kiselicová

Poděkování

Za odbornou pomoc při zpracovávání mé bakalářské práce chci na tomto místě poděkovat mé vedoucí práce doc. PhDr. Miluši Vítečkové, Ph.D. Další mé poděkování patří rodičům dítěte, učitelkám a asistentce v mateřské škole, logopedce a speciální pedagožce za jejich přínosné informace pro výzkumnou část mé bakalářské práce. A v neposlední řadě patří můj velký dík mé rodině za její trpělivost a podporu při mém studiu.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je inkluze dítěte s mentálním postižením a vývojovou dysfázií v běžné mateřské škole. Jedná se o případovou studii jednoho konkrétního dítěte. Cílem bakalářské práce je popsat problematiku nástupu dítěte s mentálním postižením a vývojovou dysfázií a jeho začleňování do kolektivu v mateřské škole běžného typu. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá charakteristikou pojmů, které se pojí s problematikou mentální retardace a narušené komunikační schopnosti, je vymezen pojem vývojová dysfázie, diagnostika těchto dětí, spolupráce se školskými poradenskými zařízeními, systém péče o tyto děti a legislativa spojená s inkluzí. V praktické části jsou popsány a prezentovány metody a výsledky kvalitativního výzkumného šetření, jako nejvhodnější typ výzkumu byla zvolena případová studie. Výzkumné šetření je realizováno metodou polostrukturovaného rozhovoru, pozorováním a analýzou dokumentů.

Klíčová slova

Inkluze; mentální retardace; vývojová dysfázie; případová studie; narušené komunikační schopnosti; školská poradenská zařízení

ABSTRAKT

The topic of this bachelor's thesis is inclusion of a child with mental impairment and developmental dysphasia in an ordinary nursery. The thesis is a case study of a particular child. The aim is to describe the issue of integration of a child with mental disabilities and developmental dysphasia in a regular type of a kindergarten. The thesis consists of two parts, a theoretical one and a practical one. The theoretical part deals with the characteristics of the terms associated with the issue of mental retardation and impaired communication skills, defines the concept of developmental dysphasia, diagnosis of these children, cooperation with school counselling facilities, care system of these children and legislation connected with inclusion. The methods and results of a qualitative research are described in the practical part. A case study was chosen to be the most appropriate type of the research, which is conducted by the method of a semi-structured interview, observations and documents analysis.

Key words:

Inclusion, mental impairment, developmental dysphasia, a case study, impaired communication skills, school counselling facilities

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 MENTÁLNÍ RETARDACE	9
1.1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE	9
1.2 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE	10
<i>Endogenní příčiny</i>	<i>10</i>
<i>Exogenní příčiny</i>	<i>11</i>
1.3 ZÁKLADNÍ STUPNĚ MENTÁLNÍ RETARDACE	12
<i>Lehká mentální retardace (IQ 50–69).....</i>	<i>14</i>
<i>Středně těžká mentální retardace (IQ 35–49)</i>	<i>15</i>
<i>Těžká mentální retardace (IQ 20–34).....</i>	<i>16</i>
<i>Hluboká mentální retardace (IQ 0–19).....</i>	<i>17</i>
1.4 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE.....	18
2 NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI	20
2.1 VYMEZENÍ POJMU NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI	20
<i>Význam pojmu komunikace</i>	<i>20</i>
<i>Narušená komunikační schopnost.....</i>	<i>21</i>
2.2 PŘÍČINY VZNIKU NKS	21
2.3 TYPY A PROJEVY NKS	22
<i>Afázie.....</i>	<i>22</i>
<i>Koktavost a breptavost</i>	<i>23</i>
<i>Dysartrie a dyslalie</i>	<i>23</i>
<i>Mutismus a elektivní mutismus.....</i>	<i>23</i>
<i>Rinolalie a palatolalie.....</i>	<i>24</i>
<i>Symptomatické poruchy řeči.....</i>	<i>24</i>
2.4 DIAGNOSTIKA NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI.....	24
3 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE	26
3.1 VYMEZENÍ POJMU VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE	26
3.2 PŘÍČINY VZNIKU VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE	26
3.3 TYPY VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE	27
<i>Nemluvnost</i>	<i>27</i>
<i>Těžká dysfázie</i>	<i>27</i>
<i>Dysfázie</i>	<i>28</i>

<i>Dysfatické rysy</i>	28
3.4 PŘÍZNAKY DYSFÁZIE	28
<i>Řeč a mluva</i>	28
<i>Artikulace</i>	29
<i>Další příznaky</i>	29
3.5 DIAGNOSTIKA VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE	30
3.6 TERAPIE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE.....	31
3.7 AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE.....	32
4 ŠKOLSKÁ PORADENSKÁ ZAŘÍZENÍ.....	33
PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADNY (PPP)	33
SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ CENTRA (SPC)	33
5 VZDĚLÁVÁNÍ DÍTĚTE SE SVP V PŘEDŠKOLNÍM ZAŘÍZENÍ	35
SPECIÁLNÍ MATEŘSKÉ ŠKOLY	35
INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ	35
PRAKTICKÁ ČÁST	37
6 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	37
7 POUŽITÉ METODY VÝZKUMU	38
POZOROVÁNÍ	38
ROZHOVOR	38
ANALÝZA DOKUMENTŮ.....	39
ZPRACOVÁNÍ DAT A JEJICH ANALÝZA	39
8 VÝSLEDKY	41
8.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE	41
8.2 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ.....	49
9 DISKUZE A ZÁVĚREČNÉ SHRNUTÍ	54
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	59
SEZNAM PŘÍLOH	64

ÚVOD

Téma inkluze dítěte s mentálním postižením a vývojovou dysfázií v běžné mateřské škole jsem si nevybrala úplně náhodou. S daným postižením mám osobní zkušenost v rámci své rodiny. Na základě této zkušenosti vím, že začleňování dítěte do kolektivu intaktních dětí není vždy úplně lehké. V dnešní době je ve společnosti téma inkluze velmi diskutované a stává se jednou ze zásadních oblastí současného školství. Hovoří se o co možná největším možném začleňování postižených osob mezi osoby zdravé. Tato integrace je důležitá nejen pro člověka s postižením ale i pro člověka zdravého. Obě skupiny se od sebe vzájemně mohou mnohému naučit, zejména toleranci a ohleduplnosti. V rámci takovéto integrace ve školství má osoba s postižením za jasně daných podmínek nárok na podpůrná opatření a pomoc asistenta pedagoga. Zajímalo mě, jak začleňování v rámci inkluze může probíhat v mateřské škole, jaká úskalí, problémy, pozitiva a negativa to přináší nejen dítěti postiženému ale i dětem zdravým. Dále jsem chtěla vědět, kdy a za jakých podmínek je možné získat pro dítě asistenta pedagoga, jak dlouho trvá celý proces od zjištění diagnózy dítěte po získání podpůrných opatření a asistence. Mým cílem je tuto problematiku přiblížit ostatním. Doufám, že výsledky této práce se stanou inspirací a zdrojem informací pro rodiče, kteří stojí před rozhodnutím, zda inkluze bude pro jejich dítě přínosná a také pro pedagogy, kteří si kladou otázku, zda a jaký má smysl vzdělávat děti s handicapem společně s dětmi intaktními.

Práce je zaměřena na oblast teorie, která se podrobně věnuje stupňům mentální retardace, narušeným komunikačním schopnostem, vývojové dysfázii a vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

Bakalářská práce je postavena na designu případové studie jednoho konkrétního dítěte, popisuje úskalí jeho diagnostiky a postupného začleňování do kolektivu dětí v běžné mateřské škole, názory pedagogů, rodičů a specialistů na inkluzivní vzdělávání dětí s danou diagnózou, kteří o dítě pečují či pečovali. K prozkoumání tohoto problému bylo použito kvalitativní výzkumné šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Pojem mentální retardace má původ z latinských slov „mens“ – mysl, duše a „retardare“ – opozdit, zpomalit. Jedná se tedy v doslovném překladu o opoždění či zpomalení mysli neboli rozumové zpoždění (Franiok 2008; Slowík, 2007;).

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Mentální retardace je postižení, které postihuje jak psychické schopnosti, tak celou osobnost ve všech jejích složkách. To znamená, že má vliv jak na vývoj a úroveň rozumových schopností, tak se dotýká také komunikačních schopností, emocí, úrovně sociálních vztahů, možností pracovního uplatnění, společenského uplatnění atd. (Slowík, 2007).

„Mentální retardace je závažná psychická porucha, při níž bývá vážně narušeno především myšlení. Mohou být narušeny i další psychické funkce (představivost, paměť, smyslové vnímání, řeč). Může být narušena i motorika. Narušení kognitivních (poznávacích) procesů se pak samozřejmě projevuje i v chování a sociálním uplatnění“ (Nývltová, 2010, s. 123). Jak dále uvádí Nývltová (2010), mentální jedinci nemusí být při lehčím postižení ničím nápadní, naopak při těžší formě bývá postižení vidět na první pohled.

Vágnerová (1991, in Řičan & Vágnerová, 1991) definuje mentální retardaci jako „souhrnné označení vrozeného nebo časně získaného defektu rozvoje rozumových schopností.“ Jedinec nedosahuje odpovídajícího stupně mentálního vývoje vzhledem k věku. Nízká úroveň inteligence je většinou spojena se snížením nebo změnou dalších schopností a změnami ve struktuře osobnosti.

Valenta (2018, in Valenta, Michalík & Lečbych, 2018). vymezuje pojem mentální retardace jako vývojovou poruchu rozumových schopností, které se projevují sníženými kognitivními, řečovými, pohybovými a sociálními schopnostmi, které vznikly v prenatální, perinatální nebo časně postnatální době.

Mentální retardace tak nebývá samostatnou diagnózou, často k ní jsou přidružené další psychické poruchy, které problémy člověka často zhoršují.

U mentální retardace dochází k vážnému narušení kognitivního vývoje od jeho počátku. Toto narušení způsobují závažné změny v morfologii (stavba, struktura a propojení nervových buněk) a fyziologii (biochemické procesy probíhající v centrální nervové soustavě, dále jen CNS) mozku.

Vymezení mentální retardace podle Vágnerové (1991, in Říčan & Vágnerová, 1991) je toto:

- nízká úroveň rozumových schopností;
 - nedostatečný rozvoj myšlení;
 - omezená schopnost učení;
 - ztížená sociální adaptace na běžné životní podmínky;
- jedná se o stav trvalý;
- jedná se o stav vrozený nebo časně získaný. Je potřeba ho odlišovat od defektů získaných, které označujeme jako demence.

Mentální retardace je stav trvalý, který nelze ani nadstandardní péčí zcela odstranit, ale velký vliv má prostředí, v jakém jedinec žije a je vychováván. Dítě s tímto postižením potřebuje stejně jako kterýkoliv jiný živý jedinec hlavně lásku. V průběhu vývoje může u mentálně postiženého dítěte docházet k příznivým změnám v jeho psychice i osobnosti (Nývltová, 2010).

1.2 Příčiny vzniku mentální retardace

Endogenní příčiny

Endogenní neboli vnitřní příčiny jsou zakódovány již v pohlavních buňkách, a to ve vajíčkách a spermiích, jejichž spojením vzniká nový jedinec a jedná se tak o příčiny genetické (Franiok, 2008; Švarcová, 2011;). Jedná se o chromozomální nebo genové postižení, které je způsobeno změnou počtu chromozomů, narušením struktury chromozomů nebo mutací genů. To znamená, že při oplodnění si jedna z gamet přinesla chromozom navíc, nebo chromozom nějak poškozený (Franiok, 2008; Müller & Valenta, 2018).

Mezi nejznámější tzv. chromozomální aberace s projevem mentální retardace patří např. Downův syndrom (trisomie 21. chromozomu), Edwardsův syndrom (trisomie 18. chromozomu), Klinefelterův syndrom (dva chromozomy X a jeden Y), Syndrom fragilního X chromozomu (křehkost až snadné zlomení chromozomu X) (Müller & Valenta, 2018).

Exogenní příčiny

Exogenní neboli vnější příčiny jsou způsobeny vnějšími činiteli. Z hlediska časového je dělíme na prenatální, perinatální a postnatální.

Prenatální příčiny:

- působí od početí po narození;
- patří sem prenatální infekce (např. zarděnky, toxoplazmóza, cytomegalovirus, syfilis, pásový opar, listerióza a další);
- rentgenové záření;
- intoxikace organismu-nevhodnými léky, alkoholem (fetální alkoholový syndrom), drogami, chemikáliemi;
- vrozený hydrocefalus, mikrocefalie apod.

Perinatální příčiny:

- působí těsně před, v průběhu porodu a těsně po porodu;
- hypoxie nebo asfyxie plodu;
- mechanické poranění hlavy plodu při porodu.

Postnatální příčiny:

- působí po narození do věku 2 let;
- poranění mozku, hypoxie;
- novotvary na mozku (nádory);
- degenerativní onemocnění mozku;
- nedonošenost.

(Franiok, 2008; Müller a Valenta, 2018; Švarcová, 2011)

Mezi další exogenní příčiny se řadí i sociální faktory, kdy dochází ke snížení intelektových schopností vlivem sociokulturního prostředí (institucionální výchova, výchova v nižších sociálních vrstvách, špatné materiální podmínky, špatné bytové podmínky, nestabilní

rodinné vztahy) (Pipeková, 2006).

1.3 Základní stupně mentální retardace

Dříve se míra mentální retardace (dále jen MR) určovala pomocí inteligenčního kvocientu (dále IQ) stanoveného na základě testů inteligence. Předpokládala se existence tzv. „obecné inteligence“, která by se měla projevat ve všech činnostech a situacích. Dále se předpokládalo, že inteligenci lze změřit na základě schopnosti řešit jakýkoliv problém či úkol a podle výsledků určit IQ. Na základě určení IQ je však nereálné stanovovat kognitivní úroveň ani u zdravých jedinců natož s mentální retardací. Mnoho psychologů zastává názor teorie mnohonásobné inteligence (Nývltová, 2010; Švarcová, 2011).

Lečbých (2018, in Valenta, Michalík & Lečbých, 2018), Nývltová (2010) a Švarcová (2011) se opírají o tzv. Gardnerovu teorii mnohonásobné inteligence, která je často používána v současné psychologii:

1. logicko-matematická inteligence:

- schopnost logicky analyzovat problémy a situace;
- u dětí s MR jen v omezené míře;
- její nedostatek je základním znakem MR.

2. verbální (lingvistická) inteligence

- vnímavost k mluvenému a psanému jazykovému vyjádření;
- schopnost učit se snadno mateřskému jazyku i cizím jazykům;
- schopnost přiměřeně používat jazykový prostředek;
- některé děti s MR mají schopnost naučit i cizí jazyk.

3. prostorová inteligence

- schopnost orientace v prostoru;
- schopnost pracovat s dvojrozměrným a trojrozměrným grafickým znázorněním reálného světa či jiným zobrazením skutečnosti pomocí symbolů (např. mapy, geometrické tvary atd.);
- některé děti s MR disponují vizuální pamětí a představivostí.

4. interpersonální inteligence

- schopnost porozumět chování druhých lidí, jejich záměrům, motivacím a potřebám;
- schopnost s druhými lidmi komunikovat;
- u některých osob s MR je tato oblast na velmi dobré úrovni, dokáží bez problémů navazovat vztahy s ostatními lidmi, mají schopnost empatie.

5. intrapersonální inteligence

- schopnost sebereflexe;
- být schopen porozumět sám sobě, svým vnitřním duševním pochodům;
- schopnost porozumět vlastnímu chování a vůlí ovládnout své emoce a chování.

6. tělesně-kinestetická inteligence

- vysoká úroveň koordinace motoriky, tělesná obratnost;
- schopnost osvojit si různé pohybové dovednosti (jemná motorika rukou, prstů, motorika celého těla);
- u dětí s MR je často narušena hrubá i jemná motorika, avšak je možné individuálně pozorovat velké rozdíly.

7. muzikální inteligence

- smysl pro rytmus a melodii;
- schopnost zahrát hudební skladbu, zapamatovat si ji a reprodukovat melodii;
- u dětí s MR bývá na rozdílné úrovni, většinou děti s MR mají hudbu velmi rády, hlavně zpěv a tanec;
- na rozvoji této inteligence u dětí s MR má velký vliv prostředí a míra postižení dítěte.

8. přírodovědná inteligence

- schopnost pozorovat, porozumět a třídít přírodní objekty.

V kontextu výše uvedeného rozlišujeme čtyři základní stupně mentální retardace. Tyto stupně jsou pouze orientační, protože je zcela nemožné přesně změřit a stanovit úroveň kognitivních schopností jedince s mentální retardací. „Kognitivní úroveň mentálně retardovaného jedince je nutné posuzovat komplexně, na základě pozorování

konkrétního chování v přirozených podmínkách. Je nutné posuzovat, které běžné úkony je nebo není dítě schopné zvládat, jaké jsou pravděpodobné možnosti jeho dalšího vývoje“ (Nývtová, 2010, s. 126).

Lehká mentální retardace (IQ 50–69)

Nývtová (2010) uvádí, že mezi mentálně postiženými jedinci zastupuje tato skupina přibližně 70 % všech osob s mentální retardací.

Osoby s lehkou mentální retardací (dále jen LMR) dosahují v IQ testech hodnot v pásmu 50–69, což orientačně odpovídá mentálnímu věku podle Švarcové (2011) 10–11 let v dospělosti a podle Franioka (2008) a Pipekové (2006) 9–12 let.

LMR se u jedince naplno projevuje až v předškolním věku a mnohem výrazněji na počátku školní docházky, kdy dítě zaostává za svými vrstevníky. Na první pohled se dítě jeví jako zdravé, může ovládat různé básničky, písničky, ale začínou se projevovat nedostatky v oblasti rozumové z důvodu narušené schopnosti logického, hypotetického a abstraktního myšlení (Franiok, 2008; Nývtová, 2010).

Charakteristika osob s lehkou mentální retardací:

- často opožděný vývoj řeči, většinou však dosáhnou schopnosti řeč používat smysluplně v běžném životě (udržet konverzaci, verbálně komunikovat);
- často i přes počáteční opoždění dosahují úplné nezávislosti v sebeobsluze (oblékání, hygienické návyky, jídlo) a v praktických domácích dovednostech;
- v jejich myšlení a v chování převažuje nápodoba, tzn. že mechanicky napodobují vše, co vidí a slyší;
- jsou schopni základního vzdělávání s pomocí speciálně pedagogických metod vyučování, často mívají problémy se čtením a psaním;
- ve výchově a vzdělávání je velmi důležité se zaměřit na rozvoj jejich dovedností a na kompenzování nedostatků;
- jsou schopni pracovat, zaměstnání by mělo být zaměřeno spíše na jejich praktické než teoretické schopnosti;
- problémy se mohou vyskytnout v manželství, při výchově a péči o vlastní děti, kdy nejsou schopni se vyrovnat s požadavky, které jsou na ně kladeny;

- mohou se u nich projevovat různé přidružené chorobné stavy (autismus, epilepsie, poruchy chování, narušená motorika, smyslové vady, tělesná postižení);
- velmi zásadní je prostředí, ve kterém jedinec s LMR vyrůstá (vhodné sociální prostředí) (Franiok, 2008; Nývltová, 2010; Pipeková, 2006; Švarcová, 2011).

Středně těžká mentální retardace (IQ 35–49)

Středně těžká mentální retardace se vyskytuje cca u 10 % osob ze všech mentálně retardovaných.

Osoby se středně těžkou mentální retardací dosahují v IQ testech hodnot 35–49, což orientačně odpovídá mentálnímu věku 6–9 let podle Franioka (2008) a Pipekové (2006), 4–8 let podle Švarcové (2011).

Charakteristika osob se středně těžkou mentální retardací:

- mají opožděný neuropsychický vývoj (později sedí, chodí, nápadná nekoordinovanost pohybů);
- vyskytuje se větší opoždění rozvoje schopnosti chápat a užívat řeč, jednotlivá slova se mohou objevovat až v předškolním věku, nemusí mluvit vůbec, přesto mohou rozumět verbálním instrukcím, chudá slovní zásoba, používají jednoduché často jednoslovné věty;
- objevují se větší problémy se zvládnutím samoobslužných dovedností (naučit se jíst, udržovat osobní čistotu);
- mají omezenou schopnost základního vzdělávání, avšak většina si je schopna pod odborným pedagogickým vedením osvojit základy trivia (čtení, psaní, počítání), osvojit si základní vědomosti a praktické dovednosti;
- jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, k tomu potřebují strukturované úkoly a odborný dohled;
- většinou nejsou schopni žít samostatně, potřebují dohled psychicky zdravého člověka;
- může se objevovat autismus, jiné pervazivní vývojové poruchy, neurologická postižení (epilepsie), tělesná postižení, smyslová postižení, někdy i psychiatrická onemocnění (Franiok, 2008; Nývltová, 2010; Pipeková, 2006; Švarcová, 2011).

Těžká mentální retardace (IQ 20–34)

Jedinci s diagnózou těžké mentální retardace dosahují v IQ testech hodnot 20–34. Dospělé osoby s touto diagnózou jsou mentálně na úrovni 3–6 let podle Franioka (2008) a Pipekové (2006), podle Švarcové (2011) na mentální úrovni 18 měsíců až 3,5 roku. V populaci mentálně retardovaných zaujímají 5 % zastoupení (Švarcová, 2011).

Charakteristika osob s těžkou mentální retardací:

- mívají vážné narušení CNS, kdy postižení je často rozsáhlé a komplexní;
- často je narušena pohyblivost, objevují se tělesná postižení, výrazná omezení motorického vývoje, často nekoordinované pohyby;
- objevují se stereotypní kývavé pohyby hlavy a trupu;
- vyskytují se smyslové vady;
- mají poruchy koncentrace pozornosti;
- je obtížné je naučit běžným hygienickým návykům;
- myšlení je často na úrovni jen mechanického plnění základních úkonů a několika příkazů, pokud toho dosahují, tak až v dospělosti zásluhou vhodně podnětného prostředí a kvalitní speciálně pedagogické péče;
- řeč bývá velmi opožděná, používají izolovaná slova z velmi chudé slovní zásoby v jednoduché vzájemné komunikaci s blízkou osobou, často bývá nevytvořena;
- vyskytují se problémy s jejich výchovou a vzděláváním, systematického vzdělávání nejsou většinou schopni;
- pod odborným a stálým dohledem lze v určitých případech dosáhnout u těchto osob sebeobslužných návyků a schopností provádět jednoduché pracovní činnosti, za předpokladu, že budou trvat jen krátkou dobu;
- k jejich rozvoji motoriky, komunikačních dovedností, rozumových schopností, jejich určité samostatnosti a lepší kvality života je velmi zásadní včasná systematická rehabilitační péče, výchovná a vzdělávací péče;
- objevuje se u nich vysoká impulzivita, nestálost nálad a významné poruchy afektivní sféry (Franiok, 2008; Nývltová, 2010; Pipeková, 2006; Švarcová, 2011).

Hluboká mentální retardace (IQ 0–19)

Osoby s diagnózou hluboké mentální retardace dosahují v IQ testech hodnot 0–19, IQ však nelze u nich změřit přesně, k testování jsou používány neverbální testy. Ve skupině mentálně postižených tvoří necelé 1 %. Dospělé osoby s touto diagnózou mentálně odpovídají úrovni pod 18 měsíců podle Švarcové (2011) a pod tři roky podle Franioka (2008) a Pipekové (2006).

Charakteristika osob s hlubokou mentální retardací:

- mezi typické projevy patří stereotypní automatické pohyby celého trupu;
- jedná se o velmi závažné a celkové postižení, kdy tyto osoby nejsou schopny samostatného pohybu;
- nejsou schopni zvládat základní hygienické návyky, často jsou inkontinentní;
- řeč je nerozvinutá, projevují se neartikulovanými výkřiky, výjimečně echolalicky opakují jednotlivá slova, při rozvoji komunikace je vhodné využívat nonverbální složky;
- mají omezenou schopnost v porozumění pokynům nebo požadavkům;
- mají zcela porušenou afektivní oblast, z toho důvodu se u nich projevuje sebepoškozování;
- většinou nejsou schopni rozeznat blízké osoby, které o ně pečují;
- vyžadují stálý dohled a péči, vyžadují péči ve všech základních životních oblastech;
- výchova a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, avšak lze u nich pomocí speciálních metodických postupů do určité míry rozvíjet jejich motoriku, komunikační dovednosti, zrakově prostorové orientační dovednosti;
- často jsou přidružená další postižení jako epilepsie, smyslová postižení, atypický autismus (Franiok, 2008; Nývltová, 2010; Pipeková, 2006; Švarcová, 2011).

1.4 Diagnostika mentální retardace

„Diagnostika je dlouhodobý proces, který musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte.“ (Švarcová, 2011, s. 33). Stanovení diagnózy je velmi důležité pro další zvolení nejvhodnějších výchovných postupů, kterými lze pozitivně ovlivnit podmínky života a výchovy dítěte a pomocí nich dosáhnout pozitivních změn ve vývoje dítěte. Při komplexní diagnostice je potřeba dítě pozorovat po stránce biologické, psychologické a sociální. Schopnosti rozumové jsou postaveny na vlohách, zrání, výchově a učení. Biologické a socializační faktory způsobují velké rozdíly v rozumových schopnostech (Švarcová, 2011).

Švarcová (2011) a Lečbých (2018, in Valenta, Michalík & Lečbých, 2018) se shodují na tom, že jedna z důležitých charakteristik mentálně postižených je snížená úroveň adaptačních schopností. To znamená, že dítě s MR se hůře adaptuje na cizí prostředí, hůře navazuje kontakt s cizími osobami, a to se promítá do jeho výkonu při testování. Je tedy důležité dítě při testech správně namotivovat a uzpůsobit prostředí tak, aby se mohlo co nejvíce soustředit. Přesto jsou inteligenční testy jen orientační. Dále oba autoři popisují, že je velmi podstatná diferenciální diagnostika, která má za úkol odlišit mentální retardaci od retardace způsobené deprivací na základě jiného postižení např. smyslové nebo tělesné postižení, specifické poruchy řeči, speciální vývojové poruchy učení a chování, porucha autistického spektra a další. Dále je potřeba odlišit děti, které vyrůstají v rodinném nebo ústavním prostředí, které o ně dostatečně nepečuje a mohou tak být deprivované emočně, podnětově a kulturně. Dále je potřeba odlišit MR od psychiatrických onemocnění jako např. schizofrenie.

Diagnózu určují specialisté – psycholog a speciální pedagog v Pedagogicko-psychologických poradnách (dále jen PPP) a ve Speciálně-pedagogických centrech (dále jen SPC). Cílem vyšetření je stanovit úroveň rozumových schopností a celkového stupně vývoje. K diagnostice se využívají tyto informační zdroje:

- informace od rodičů;
- informace ze školy;
- lékařské zprávy;
- anamnéza – rodinná, osobní, školní;

- komplexní psychologické vyšetření;
- speciálně-pedagogické vyšetření – dílčí schopnosti dítěte, zraková, sluchová, časoprostorová percepce, grafomotorika, vizuomotorika, řeč;
- didaktické zkoušky u vyšetření školského věku;
- pozorování – v poradensko-diagnostické situaci, v přirozeném prostředí;
- rozhovor (Lečbych, 2018).

Švarcová (2011) nabádá, že by se diagnostika neměla zaměřovat pouze na nedostatky dítěte, ale že by měla i odhalovat jeho další individuální schopnosti a brát v úvahu i další druhy a potenciality jejich inteligence.

2 NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

2.1 Vymezení pojmu narušené komunikační schopnosti

Pro vymezení pojmu narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS) je potřeba nejprve vymežit, co je to vlastně komunikace, definovat termíny jazyk, řeč a mluva.

„Pojmem jazyk označujeme souhrn sdělovacích prostředků používaných ve společenské skupině (národ, menšina, sociální skupiny); řečí pak rozumíme schopnost užívat verbální i neverbální jazykové prostředky v komunikaci a interakci; mluva je způsob užívání řeči, včetně emocionálního zabarvení (může být např. nedbalá, afektovaná atd.)“ (Slowík, 2007, s. 85).

Význam pojmu komunikace

Řeč slouží k formulaci vlastních myšlenek, jejich předávání jiným lidem a dále pro příjem cizích myšlenek (Bednařík & Růžička, 2004).

Lechta (2007) o komunikaci hovoří jako o aktivitě, která člověka provází od intrauterinního života až po jeho odchod z tohoto světa. Komunikace je podstatou existence člověka, z tohoto pohledu nekomunikace neexistuje. Jedinec komunikuje často i nevědomě, v situacích, kdy komunikovat ani nechce. Z toho vyplývá, že i nemluvící člověk komunikuje.

Kejklíčková (2016) uvádí, že mezi sdělovací prostředky řeči patří mluva, písmo, posunky, mimika, neartikulované hlasové projevy. Informace jsou přijímány pomocí smyslového vnímání (sluch a zrak). Pomocí řeči člověk vyjadřuje své myšlenky, pocity, svá přání, radost, smutek, hněv, souhlas, odmítnutí. Mezi dorozumívací prostředek lidí patří i hudba a zpěv.

Matějček (2011) o řeči hovoří jako o nejmladší duševní funkci ve vývoji lidského rodu a o specifické charakteristice člověka, kdy řeč je pro člověka znamením „lidskosti“. Pokud se tedy u dítěte řeč nevyvíjí nebo je nějakým způsobem narušena, vnímají to osoby citově zainteresované jako ohrožení „lidství“ svého dítěte.

Podle Bednaříka a Růžičky (2004) jsou v řečové komunikaci základními prvky jednotlivé zvuky (fonémy) a grafické znaky (grafémy). Kombinací fonémů a grafémů vznikají slova v mluvené či psané formě.

Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost označuje poruchy komunikace. Termín narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS) se shoduje i s nejnovější klasifikací Světové zdravotnické organizace (WHO). „O narušené komunikační schopnosti člověka mluvíme tehdy, když se některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) odchyluje od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou, pragmatickou rovinu nebo jejich kombinace“ (Lechta, 2013, s. 13).

Narušená komunikační schopnost zahrnuje kromě mluvené řeči i její grafickou formu (písmo), mimoverbální prostředky (gestikulace, mimika, pohyby, posunky) i nezvyklé komunikační kanály. Mluvená řeč je v naší společnosti nejvíce používaným dorozumívacím prostředkem. Proto byl v minulosti vytvořen obor logopedie, který se zabývá poruchami a vadami řeči (Kejklíčková, 2016; Slowík, 2007).

„Poruchou řeči nazýváme výraznou odchylku ve zvukové podobě mluvního projevu, a to jako celku, nebo v jeho částech, dále neschopnost správně mluvu používat a také neschopnost řeči rozumět“ (Kejklíčková, 2016, s. 39).

2.2 Příčiny vzniku NKS

Příčiny NKS mohou vznikat prenatálně, perinatálně, postnatálně, v důsledku genových mutací a chromozomálních aberací, orgánových poškození receptorů (poruchy porozumění řeči), vývojových odchylek, poškození centrální části (narušení nejvyšších řečových funkcí), porucha efektorů (poruchy produkce řeči), narušená sociální interakce, nevhodné a nepodnětné prostředí (Klenková, 2006).

Podle Lechty (2013, in Cséfalvay & Lechta, 2013; 1995, in Lechta & kolektiv, 1995) je potřeba u NKS se zaměřit, zda je porucha v oblasti produkce (sdělování, vysílání informací) nebo v oblasti percepce (porozumění, přijímání informací), dále, zda se týká

verbální nebo neverbální komunikace, v oblasti mluvené nebo grafické. Z pohledu trvání se NKS dělí na trvalou nebo přechodnou, podle příčiny na orgánovou nebo funkční. NKS může být hlavním příznakem nebo symptomem jiného převládajícího postižení. Podle rozsahu se dělí na částečnou (parciální) nebo úplnou NKS.

2.3 Typy a projevy NKS

Základní kategorie NKS vymezil Lechta (2007, in Škodová, Jedlička & kol., 2007, s. 25) takto:

- vývojová nemluvnost;
- získaná orgánová nemluvnost;
- získaná psychogenní nemluvnost;
- narušení zvuku řeči;
- narušení fluence (plynulosti) řeči;
- narušení článkování řeči;
- narušení grafické stránky řeči;
- symptomatické poruchy řeči;
- poruchy hlasu;
- kombinované vady a poruchy řeči.

Mezi NKS nepatří fyziologická nemluvnost, vývojová neplynulost řeči, fyziologická dyslalie a fyziologický dysgramatismus (Lechta, 2007).

Vzhledem k tomu, že mezi narušené komunikační schopnosti patří mnoho vad a v mé bakalářské práci není prostor je podrobně všechny popsat, uvedu jen některé.

Afázie

Afázie patří mezi získané poruchy komunikace (porozumění a produkce řeči) vlivem poškození mozkových center řeči (cévní mozkové příhody, nádory, zánětlivá onemocnění mozku) a jedinec tak ztrácí již nabyté schopnosti komunikace mluvou (Kejklíčková, 2016; Klenková, 2010; Mlčáková, 2014). Afázie se může vyskytovat i u dětí, kde na rozdíl od dospělého jedince je postižena vyvíjející se řeč, velmi záleží na tom, v jaké fázi vývoje dítěte a řeči k afázii došlo (Klenková, 2010).

Koktavost a breptavost

Koktavost a breptavost patří do skupiny poruch plynulosti řeči. Koktavost (balbuties) patří mezi nejtěžší a nejnápadnější druh narušené komunikační schopnosti, postihuje jedince všech věkových kategorií (Jedlička & Škodová, 2007). Na vzniku koktavosti se často podílí dědičné dispozice a nějaké trauma. V dětském věku k ní mají větší dispozici děti úzkostné, nesmělé, sociálně nezralé, nejisté a s malým sebevědomím (Kutálková, 2011).

Breptavost (tumultus sermonis) se projevuje nadměrně zrychleným tempem řeči, zhoršuje se tak srozumitelnost projevu, může docházet až k nesrozumitelné řeči. Typickým projevem je rychlé a nerovnoměrné tempo řeči, opakování a vynechávání slabik, narušení dýchání, narušení a nepřesnost artikulace (Jedlička & Škodová, 2007; Klenková, 2010).

Dysartrie a dyslalie

Pro obě tyto poruchy je příznačné narušené článkování řeči.

Dysartrie vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy, kdy je narušena motorika řeči. Narušeno je vyslovování a mluvení, dýchání, fonace, zvuk řeči, melodie, tempo, rytmus a přízvuk. Nejlehčí forma se snadno zaměňuje s dyslálií, nejtěžší forma je úplná ztráta schopnosti mluvit (Kejklíčková, 2016; Klenková, 2010; Neubauer, 2007).

Dyslalie (patlavost) je porucha výslovnosti a patří mezi nejčastější poruchy řeči u dětí. Jedná se o neschopnost používat správně jednotlivé hlásky nebo tvoření hlásky na nesprávném místě (Kutálková, 2011; Salomonová, 2007).

Mutismus a elektivní mutismus

Mutismus patří mezi závažnější poruchy řeči, kdy je narušen dialog. Při mutismu (oněmění) dochází ke ztrátě (zablokování) mluvené řeči při sociální interakci. Příčinou může být stres, nejistota, šok, vyčerpání a strach v kontaktu s cizí osobou nebo v nové neznámé situaci. Poprvé se s ním lze setkat u dětí při nástupu do mateřské školy nebo do školy (Kejklíčková, 2016; Klenková, 2010; Kutálková, 2011).

Elektivní mutismus je ztráta řeči vázaná na určitou situaci, prostředí či osobu. Jedná se o psychotickou poruchu. Nejvíce se s ním setkáváme v období předškolního věku a vstupu dítěte do školy (Kejklíčková, 2016; Klenková, 2010; Kutálková, 2011).

Rinolalie a palatolalie

Rinolalie (též rinofonie) a palatolalie patří do skupiny poruch zvuku řeči.

Rinolalie (huhňavost) vzniká při změnách rezonančních prostorů, jedná se o patologicky změněnou nosovost (nosní rezonanci). Síla nosní rezonance je závislá na síle patrohltanového uzávěru a také na prostornosti rezonančních dutin (Kejklíčková, 2016; Jedlička & Škodová, 2007).

Palatolalie je porucha artikulace, která vzniká na základě některé rozštěpové vrozené vývojové vady, a to rozštěpu rtu, alveolárních výběžků (horní a dolní čelist), tvrdého a měkkého patra (Klenková, 2010).

Symptomatické poruchy řeči

NKS může být symptomem jiného dominujícího onemocnění, postižení či poruchy. Nejčastěji se vyskytují u jedinců s mentálním postižením nebo s DMO (Klenková, 2010).

2.4 Diagnostika narušené komunikační schopnosti

Logopedie je speciálně-pedagogická věda, která se zabývá výchovou osob s narušenou komunikační schopností a prevencí tohoto narušení (Lechta, 1990). „Logoped je odborník, jehož hlavní angažmá spočívá v prevenci, posouzení, intervenci a organizaci zajištění péče v oblasti poruch lidské komunikace, včetně příslušného vědeckého bádání. Lidská komunikace v tomto kontextu zahrnuje všechny procesy a funkce sdružené s produkcí a rozuměním řeči a psanému jazyku, stejně jako všech forem nonverbální komunikace.“ (Peutelschmiedová, 2001, s. 6)

Logoped se zabývá i alternativní a augmentativní komunikací, kdy hledá vhodné komunikační metody pro osoby s vážnými poruchami komunikace (Mlčáková, 2014).

Lechta (2007, in Škodová, Jedlička & kol., 2007, s. 37) používá termín „logopedická intervence“. Logoped pracuje „s cílem:

- identifikovat NKS;

- eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat NKS;
- předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnost“).

Aby logoped dosáhl výše uvedených cílů, je nutná logopedická diagnostika, terapie a prevence (Lechta, 2007, in Škodová, Jedlička & kol., 2007).

Při diagnostice se využívají všeobecné zásady diagnostiky (objektivnost, komplexnost, týmový přístup, určování množství a dlouhodobé pozorování). Mezi diagnostické metody v logopedii patří:

- pozorování;
- metody explorační (dotazník, anamnestický rozhovor);
- diagnostické zkoušení (výslovnost, zvuk řeči, písemný projev);
- testové metody (např. lateralita);
- kazuistické metody (analýza výsledků odborných vyšetření);
- rozbor výsledků činnosti (výsledky jedince v rámci edukačního procesu);
- přístrojové a mechanické metody (Klenková, 2006).

3 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

Dysfázie v překladu znamená: „dys-“ je předpona, která označuje narušení vývoje; „-fázie“ se týká řečové funkce jako celku (Kutálková, 2002).

Vývojová dysfázie se vyznačuje poruchou řeči ve fázi, kdy vývoj řeči ještě není zcela vyvinutý a ani vzhledem k věku ukončený (Kejklíčková, 2016).

3.1 Vymezení pojmu vývojová dysfázie

Slowík (2007, s. 88) klasifikuje vývojovou dysfázii jako „opožděný vývoj řeči s výrazně narušenou schopností sluchového rozlišování, vnímání a chápání řeči, stavby vět a výraznými agramatismy.“

Kromě receptivní a expresivní složky řeči, vývojová dysfázie zasahuje i do výslovnosti, gramatické struktury a slovní zásoby. U dětí se často objevují problémy v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, pozornosti a paměti. Děti bývají snadno unavitelné, bývá u nich narušena oblast emocionální, motivační a zájmová. Často u nich ve školním věku dochází k projevům specifických poruch učení, jako je dyslexie a dysortografie (Klenková, 2010).

V současné době se termínem vývojová dysfázie označuje specificky narušený vývoj řeči, který se projevuje ztíženou schopností nebo neschopností se naučit komunikovat verbálně i za předpokladu, že jsou podmínky pro rozvoj řeči přiměřené (Jedlička & Škodová, 2007).

3.2 Příčiny vzniku vývojové dysfázie

Jedlička a Škodová (2007, in Škodová, Jedlička & kol., 2007. s. 111) popisují vývojovou dysfázii jako „následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu“.

„Vývojová dysfázie označuje poruchu vývoje řeči způsobenou difúzním postižením mozku a zahrnujícím oblasti obou řečových center (expresivního i receptivního).“ (Kejklíčková, 2016, s. 54)

Kutálková (2011) uvádí, že mezi nejčastější příčiny patří některá komplikace v oblasti CNS, např. nerovnoměrné dozrávání nervových drah, drobný neurologický nález nebo nápadná nezralost. Často bývá v anamnéze uváděno rizikové těhotenství matky,

protrahovaný porod s případnou hypoxií či asfyxií, nízká porodní váha apod.

Mezi rizikové faktory v těhotenství patří podle Kolesové (2016) i užívání léků, drog, alkoholu a kouření. Častěji jsou postiženi chlapci.

3.3 Typy vývojové dysfázie

Míra poruchy i její charakter závisí na tom, jaký typ narušení a v jakém rozsahu je funkce CNS narušená. Kromě symptomů řeči se často objevuje i nerovnoměrný vývoj jedince a jsou patrné také nápadné rozdíly jednotlivých schopností, kterých jedinec již dosáhl (Kutálková, 2002).

Nemluvnost

Dítě ke komunikaci využívá pouze pohyb, gesta a hlas, nedochází k rozvoji mluvené řeči. Pokud je poškození v oblasti vnímání a porozumění řeči, tzv. percepční typ, dochází postupně i ke stagnaci rozumového vývoje. Dítě nechápe sdělované informace, nerozumí jim, ocitá se na pozici člověka v cizí zemi, kde nikomu a ničemu nerozumí (jazyku, mimice, smyslu gest, kultuře). Často se mohou projevovat prvky v chování snadno zaměnitelné s autismem, protože dítě se uchyluje k opakování činností, které bezpečně zná. Dále se mohou objevovat záchvaty agrese, křiku, paniky, ve chvíli, kdy je dítě konfrontováno se situací, která je pro něj neznámá a nerozumí ji. Když dítě řeči rozumí, ale dělá mu problém odpověď, tzv. expresivní typ, vytváří si často vnitřní řeč. Lze tak najít pro dítě náhradní způsob komunikace (alternativní a augmentativní komunikace bude popsána v kapitole níže) (Kutálková, 2002, 2011).

Těžká dysfázie

Těžká dysfázie neboli částečná nemluvnost znamená, že řeč se rozvíjí pozdě, velmi pomalu a často bývá deformovaná. Dítěti dá velkou práci se naučit všemu, co by se za normálních okolností učilo snadno nápodobou. Mnohdy se může vývoj zastavit na některé vývojové etapě a nepostupuje už dál (např. fáze významových zvuků). Při poškození v percepční části dochází k echolálii (opakování po jiných) nebo perseveraci (opakování po sobě samém). Při poškození v expresivní části dochází k poruše realizování artikulačních pohybů jako celku (dysartrii) (Kutálková, 2002, 2011).

Dysfázie

Řeč se rozvíjí pomalu, postupně, ale jsou přítomny závažné nedostatky ve výslovnosti, ve slovní zásobě, gramatice a větné stavbě. Není znemožněna běžná komunikace, dítě rozumí. Vše se musí dítě velmi pracně naučit, nacvičit, zpřesnit a doplnit. Obvykle dochází v příznacích ke kombinaci postižení v percepční a expresivní části (Kutálková, 2002, 2011).

Dysfatické rysy

Dysfatické rysy patří mezi nejlehčí formu dysfázie, avšak s největšími potížemi v běžném životě. U dětí s touto poruchou se vyskytují pouze některé z typických příznaků dysfázie, mezi nenápadnější příznaky patří tzv. specifická porucha výslovnosti. Na základě špatné diagnostiky dochází u těchto jedinců k druhotným obtížím jako je stres ze stálého neúspěchu, nechuť mluvit apod (Kutálková, 2011).

3.4 Příznaky dysfázie

Hlavním příznakem dysfázie je vždy opožděný vývoj řeči.

Řeč a mluva

Řeč je chudá s malou slovní zásobou, převažují podstatná jména. Často dochází k záměně slabik nebo vynechávání částí slov, komolení slov. Věty bývají obsahově chudé, jednoduché a stereotypní (dítě jednu naučenou větu málo obměňuje). Dítě vynechává zvrtná zájmena, pomocné tvary slovesa být, nesprávně skloňuje po předložkách, bývá zpřeházené pořadí slov ve větě, obtížně označuje čas (např. já zítra maloval obrázek = včera). Zápor ve větě bývá umístěn za sloveso. Vyskytují se obtíže při hledání vhodných slov, často dochází k záměně významově rozdílných ale slov zvukově podobných. Objevují se novotvary slov (Kutálková, 2002, 2011; Kolesová, 2016).

Mluva je často rychlá, může vykazovat známky breptavosti, může být zrychlené tempo řeči někdy s nepravidelným zakoktáním (Kutálková, 2002, 2011).

Na poslech je řeč nápadně patlavá, často nesrozumitelná pro okolí (Jedlička & Škodová, 2007; Kolesová, 2016).

Artikulace

U dysfázie bývá často špatná výslovnost. Charakteristika výslovnosti se liší podle typu poruchy, a to buď ve vnímání (percepční) nebo v mluvení (expresivní). Ve spojení s dysfatickou poruchou se jedná o specifickou poruchu výslovnosti (Kutálková, 2011).

Percepční typ

Projevuje se sníženou schopností až neschopností rozlišovat sluchem podobně znějící hlásky a napodobovat je. Jedná se o:

- měkké a tvrdé hlásky (DITINI, DĚTĚNĚ x DYTINY, DETENE), např. hodyny=hodiny;
- dvojice sykavek (C x Č, S x Š, Z x Ž), např. susenka=šušenka;
- znělé a neznělé hlásky (T x D, S x Z a další), např. vosy=vozy;
- neschopnost rozlišit sluchem fonémy, např. rada x řada, sad x sud;
- záměna samohlásek A x E, např. Alanka=Alenka;
- hláska T je zaměňována za hlásku K, hláska D za G;
- dítě nedokáže složit slovo i přesto, že všechny hlásky přiměřeně ke svému věku zvládá;
- charakteristická je dyslalie jednoduchých a dobře viditelných hlásek F a V (Kutálková, 2002, 2011; Kolesová, 2016).

Expresivní typ

Obvykle se jedná o děti celkově neobratné a nešikovné.

- porucha v ovládnutí svalů mluvidel, kdy tvoření všech hlásek je pro dítě velmi pracné;
- dítě umí sluchem dobře hlásky rozlišit, ukáže k hlásce správný obrázek (např. SSS had), ale nedokáže ji napodobit (Kutálková, 2002, 2011).

Další příznaky

Mezi další příznaky vývojové dysfázie kromě řeči patří:

- nerovnoměrný vývoj – je patrný nepoměr mezi jednotlivými složkami v rozdílu i několika let;
- nepoměr mezi verbálními a neverbálními schopnostmi, verbální projev je podstatně nižší, než jsou intelektové schopnosti dítěte;

- narušené sluchové vnímání, porucha schopnosti sluchem rozlišit jednotlivé složky řeči, porucha vnímání, zapamatování a napodobování rytmu a melodie;
- narušené zrakové vnímání, projevuje se hlavně v kresbě, kresba je opožděná s ohledem na věk dítěte;
- narušená časoprostorová orientace, pravolevá orientace, špatná orientace v prostoru, obtížné určování časových pojmů (včera, dnes, zítra, ...), nesprávné určování vztahů mezi rodinnými příslušníky (sestra, strýc, bratranec, ...);
- narušení paměťových funkcí, poruchy pozornosti a soustředění, jedná se o narušení krátkodobé verbální paměti (dítě nezopakuje víceslovnou větu nebo delší slovo bez zkomolení);
- narušení hrubé a jemné motoriky, problémy s koordinací;
- lateralita, často výskyt nevýhodných typů laterality jako je zkřížená lateralita, nevyhraněná dominance (Jedlička & Škodová, 2007; Kolesová, 2016; Kutálková, 2002, 2011).

Podle Kutálkové (2002) je potřeba během vývoje počítat i s dalšími dysporuchami, jako je například dyslexie.

3.5 Diagnostika vývojové dysfázie

Diagnostika by měla být týmovou spoluprací oborů lékařského, psychologického a speciálně pedagogického. Úspěch terapeutických postupů je přímo závislý na včasné a správné diagnostice. Mezi základní vyšetření patří:

- vyšetření dětským lékařem, při tříleté preventivní prohlídce by měl pediatr odeslat dítě, které nemluví adekvátně ke svému věku, ke klinickému logopedovi;
- rodinná a osobní anamnéza;
- logopedická a speciálněpedagogická diagnostika, k lékařské diagnostice pomáhá dotvářet celkový obraz schopností dítěte, stanovovat míru opoždění jeho vývoje;
- foniatrická diagnostika (vyšetření sluchu);
- neurologická diagnostika;
- psychologická diagnostika (vyšetření intelektu, rozbor kresby, míra pozornosti a soustředění a další) (Jedlička & Škodová, 2007; Kolesová, 2016; Kutálková, 2002).

Kutálková (2002) upozorňuje na důležitost odlišení dysfázie způsobené LMD či DMO od sluchové poruchy, dále dysfázie od mentální retardace, dyslálie, jasné dysartrie, od mutismu primárního způsobeného slabým typem CNS nebo od sníženého vrozeného nadání pro řeč.

3.6 Terapie vývojové dysfázie

Péče o dítě s vývojovou dysfázií probíhá v logopedických poradnách a speciálních mateřských školách. Nejefektivnější se zdá být spojení individuální ambulantní péče se zařazením dítěte do kolektivu (Kutálková, 2011).

Terapie by měla rozvíjet více složek osobnosti, kdy se na péči podílí kromě klinického logopeda i ergoterapeut, fyzioterapeut a klinický psycholog (Kejklíčková, 2016).

U dětí s dysfázií je funkce nervového systému značně odlišná od normálu, proto se tyto děti učí různé činnosti, které si děti osvojují v průběhu vývoje prostou nápodobou, po částech a značně těžce. Velmi výstižně a srozumitelně popisuje reedukaci dysfázie Kutálková: „Plán reedukace se tak stává jakýmsi „seřadovacím nádražím“ se spoustou kolejí vedle sebe. Každá kolej představuje jednu schopnost nebo dílčí úkol, který dítě musí zvládnout (jednotlivé položky sluchového vnímání, zrakového vnímání atd., různé typy pozornosti, soustředění, motorika, pohybová koordinace, kresba, gramatické jevy atd.). Pozvolna, jak postupuje nácvik i vývoj, se některé koleje spojují, dítě už dokáže kontrolovat dvě i více položek mluvního projevu, některé schopnosti se automatizují a spojují se s dalšími“ (Kutálková, 2011, s. 164).

K nácviku jednotlivých položek dochází v pomyslné spirále, kdy nacvičujeme dvě až tři položky současně, pokud se některá nedaří rozvíjet, opouštíme ji na nějakou dobu a časem se k ní vrátíme s obměnou pomůcek. Děje se tak z důvodu, že některé části mozku dozrávají rychleji a některé pomaleji (Kutálková, 2011).

Jak bylo popsáno výše, je potřeba se při terapii zaměřit na rozvoj celkové osobnosti dítěte bez kladení důrazu jen na složku řeči. Je tedy důležité posilovat paměť (hlavně krátkodobou) a pozornost, rozvíjet percepce a percepční paměť, zrakové vnímání, sluchové vnímání, mluvní projev, aktivní i pasivní složky slovní zásoby, pohybovou koordinaci, kresbu, motoriku (obecnou obratnost, jemnou motoriku rukou a mluvidel), myšlení a schopnost orientace (pravolevá orientace, prostorové vztahy). Dále se provádí

dechová cvičení (správné dýchání nosem, frázování vět, hospodaření s dechem), rytmizační cvičení (rozklad slov na slabiky a hlásky) (Jedlička & Škodová, 2007; Kejklíčková, 2016; Kutálková, 2011).

3.7 Augmentativní a alternativní komunikace

„Augmentativní a alternativní komunikace (dále jen AAK) je oblast klinické praxe, která se pokouší kompenzovat (po určitou dobu, nebo trvale) projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami (tj. se závažným postižením řeči, jazyka a psaní).“ (Laudová, 2007, s. 565)

Augmentativní komunikace podporuje již existující komunikační schopnosti, které však jsou nedostačující pro běžné dorozumívání. Alternativní komunikace se používá jako náhrada mluvené řeči (Laudová, 2007).

AAK je určena pro děti i dospělé, u kterých se vyskytují těžké komunikační poruchy na základě různých diagnóz (dětská mozková obrna, porucha autistického spektra, mentální postižení, cévní mozkové příhody, neurologická onemocnění, úrazy mozku apod.) metoda AAK by měla být propojena s logopedickou péčí (Šarounová & kol., 2014).

AAK se dělí na systémy, které:

- nevyžadují pomůcky – komunikace pomocí cíleného pohledu, výrazu obličeje, gest, držení těla, manuálních znaků a systémů;
- vyžadují pomůcky a ty se dále dělí na: netechnické (jednoduché pomůcky bez hlasových výstupů) a technické (počítače a elektronické komunikační pomůcky)

(Laudová, 2007).

4 ŠKOLSKÁ PORADENSKÁ ZAŘÍZENÍ

Mezi školská poradenská zařízení (ŠPZ) patří pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a speciálně pedagogická centra (SPC). Školská poradenská zařízení jsou zřizována podle § 116 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších změn. Podrobně jsou vymezena ve vyhlášce č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Služba ŠPZ je poskytována bezplatně, pouze pokud o ni požádá jiná instituce, např. soud, může být zpoplatněna.

Pedagogicko-psychologické poradny (PPP)

PPP se podílejí na procesu vzdělávání. Pracovníky PPP jsou speciální pedagogové, psychologové a sociální pracovníci. Jejich činnost je prováděna hlavně ambulantně, ale i jejich docházením do škol a školských zařízení.

Hlavní náplní PPP je komplexní psychologická, speciálně-pedagogická a sociální diagnostika. „Cílem je zjištění příčin poruch učení, příčin poruch chování, příčin dalších problémů ve vývoji osobnosti, výchově a vzdělávání dětí a mládeže a individuálních předpokladů v souvislosti s profesní orientací žáků.“ (Bartoňová & Vítková, 2016, s. 209).

Služba PPP je poskytována dětem od tří let věku, zákonným zástupcům dítěte, zletilým klientům a pedagogickým pracovníkům.

Speciálně pedagogická centra (SPC)

Pracovníky SPC jsou psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníci. Podle druhu a stupně postižení může být tým SPC doplněn o další odborníky (např. lékaře, fyzioterapeuty, ...). SPC spolupracují s dalšími školními a školskými poradenskými zařízeními.

SPC jsou zaměřena podle druhu postižení na:

- speciálně pedagogické centrum pro děti a žáky s mentálním postižením;
- speciálně pedagogické centrum pro děti a žáky s tělesným postižením;
- speciálně pedagogické centrum pro děti a žáky se sluchovým postižením;
- speciálně pedagogické centrum pro děti a žáky se zrakovým postižením;

- speciálně pedagogické centrum pro děti a žáky s narušenou komunikační schopností (Syslová, 2018).

„Speciálně pedagogická centra poskytují služby v oblasti psychologické, speciálně-pedagogické a sociální. Zaměřují se na pomoc dětem se zdravotním postižením na všech typech škol a nabízí poradenství zákonným zástupcům, pedagogickým pracovníkům a školám metodickou podporu. SPC poskytují odbornou pomoc učitelům na školách v hlavním vzdělávacím proudu, do jejichž třídy jsou žáci a studenti s tělesným nebo zdravotním postižením integrováni“ (Národní pedagogický institut České republiky. [cit. 2021-03-06]. *Školská poradenská zařízení*).

5 VZDĚLÁVÁNÍ DÍTĚTE SE SVP V PŘEDŠKOLNÍM ZAŘÍZENÍ

Dítě s vývojovou dysfázií a mentálním postižením je dítě se speciálními vzdělávacími potřebami.

Rodiče mohou pro své děti s postižením pro předškolní vzdělávání vybírat z několika možností, a to v rámci inkluze běžnou mateřskou školu, nebo předškolní zařízení v rámci speciálního školství či zdravotnického zařízení. Při správném výběru předškolního zařízení pro dané dítě mohou pomoci psychologové a speciální pedagogové z PPP nebo SPC. Konečné rozhodnutí však záleží jen na rodičích (Mazánková, 2018).

Speciální mateřské školy

Speciální mateřské školy patří do speciálního školství, které plně respektuje při vzdělávání zvláštnosti a potřeby svých žáků. Ve třídách je počet žáků snížený, na vzdělávání se podílí speciální pedagog s individuální výukou a přístupem ke každému dítěti (Mazánková, 2018).

Inkluzivní vzdělávání

Inkluzivní vzdělávání se řídí vyhláškou č. 27/2016 Sb. školského zákona o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Inkluzivní vzdělávání je takové vzdělávání, které počítá s velkou pestrostí individuálních vzdělávacích potřeb a této pestrosti využívá k vzájemnému obohacování. Cílem tohoto vzdělávání je „podpora každého dítěte v dosažení jeho vzdělávacího maxima při současném respektování jeho individuálních vzdělávacích potřeb“ (kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019, s. 15).

Anderlik (2014) uvádí, že inkluze považuje za normální rozmanitost s většími či menšími rozdíly a je založena na rovnocennosti jedinců, kteří podle svých schopností přispívají k budování celku a dosahují výkonů cenných pro společenství.

Podle Mertina (2016) znamená inkluze ve vzdělávání přístup, podle něž mají všechny děti právo na společné vzdělávání. Inkluze je názor, že každý jedinec patří do jedné společnosti a že nemáme právo nikoho z ní vydělovat.

Inkluzivní vzdělávání navazuje na dřívější integraci. Integrace ve vzdělávání znamená

začlenění odlišných jedinců do školy běžného typu a jejich přizpůsobení se. Naopak inkluze znamená vytváření takového prostředí při vzdělávání, které odlišnosti vítá a oceňuje. Odlišnost je považována jako inspirace, která podporuje vzdělávání (Havlisová, 2017).

Předškolní vzdělávání je velmi důležité v posílení inkluze. Při poskytování kvalitního vzdělávání a odstraňování znevýhodnění v mateřské škole, bude docházet k eliminaci přetrvávajících sociálních problémů, které se přenáší z generace na generaci (Havlisová, 2017).

Při zařazování dítěte se SVP do mateřské školy (dále MŠ) běžného typu školské poradenské zařízení posuzuje, zda dítě bude potřebovat při vzdělávání asistenta pedagoga (dále jen AP). Při naplnění této potřeby ŠPZ stanoví časovou dotaci na AP. Vzdělávání dítěte pak probíhá s pomocí AP a s využitím speciálních podpůrných opatření. Důležitá je pravidelná spolupráce s rodinou dítěte, s pedagogy MŠ a s pracovníky ŠPZ.

V MŠ běžného typu je dítě s SVP motivováno kolektivem zdravých dětí, dítě se jim chce vyrovnat a snáze si tak osvojuje některé nové dovednosti. Je zároveň přínosem pro ostatní zdravé děti, které tak lépe mohou pochopit, že zdraví není samozřejmost, naučí se být k dítěti s postižením tolerantní, pomáhat mu a komunikovat s ním. Nevýhodou tohoto zařazení je, že MŠ nedokáže zajistit formu péče, kterou by dítě potřebovalo, typu fyzioterapie, logopedie apod. (Mazánková, 2018).

Pokud pedagog v MŠ při pedagogické diagnostice zjistí u dítěte odchylku od běžného vývoje, poskytne dítěti podpůrná opatření prvního stupně. Pokud ani po třech měsících nedojde s podpůrnými opatřeními prvního stupně ke zlepšení, navrhuje škola rodičům, aby s dítětem navštívili ŠPZ, které dítě vyšetří a zhodnotí, zda dítě potřebuje podpůrná opatření vyššího stupně (druhý až pátý). Pokud to vyžadují speciální vzdělávací potřeby žáka, zpracovává škola individuální vzdělávací plán (IVP) na základě doporučení ŠPZ (vyhláška č. 27/2016 Sb.). Často není potřeba tento plán vytvářet, protože všechny důležité informace bývají uvedeny v doporučení ŠPZ.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cílem bakalářské práce je zjistit a popsat problematiku dívky s mentálním postižením a vývojovou dysfázií a jak probíhá její začleňování do kolektivu v mateřské škole běžného typu. Zvolila jsem si kvalitativní výzkum, realizovaný prostřednictvím rozhovorů, pozorování a analýzou dokumentů, jehož výsledky jsou prezentovány jako případová studie.

Případová studie se řadí k základním výzkumným designům. Je to jeden z mnoha způsobů, jak lze lépe porozumět určitým jevům za pomoci samotného případu v jeho přirozeném prostředí. Cílem je objasnit vzájemné působení mezi případem a okolím (Sedláček, 2014).

Pomocí výzkumných otázek je zjišťováno, jak se dítě podařilo či nepodařilo začlenit do kolektivu MŠ běžného typu, jaký mají pedagogové názor na vzdělávání dětí s daným postižením v rámci inkluze, jaké je chování zdravých dětí k dítěti s daným postižením, a naopak a jaká pozitiva a negativa inkluze dítěti přináší a co převažuje.

Výzkumné otázky jsou formulovány takto:

- Jak se dítě začlenilo do kolektivu běžné MŠ?
- Jak nahlíží pedagogové, kteří vzdělávali či vzdělávají dítě s daným postižením, na inkluzi?
- Jak se k dítěti s mentálním postižením a vývojovou dysfázií chovají ostatní zdravé děti a toto dítě k nim?
- Jaká pozitiva a negativa inkluze tomuto dítěti z pohledu rodičů a učitelů mateřské školy přináší?

7 POUŽITÉ METODY VÝZKUMU

K výzkumu bylo použito metody pozorování, metody rozhovoru a analýzy dokumentů.

Pozorování

Pozorování patří mezi nejstarší metody k získávání poznatků, dělí se podle hledisek na introspektivní a extrospektivní, které se dále dělí na zúčastněné a nepřímé. Zúčastněné pozorování je takové pozorování, ve kterém se pozorovatel pohybuje přímo v prostoru, v němž se zkoumaný jev objevuje (Miovský, 2006).

Pro můj výzkum bylo zvoleno zúčastněné pozorování. Pozorování zkomplikovala epidemiologická situace ohledně onemocnění covid-19, z tohoto důvodu bylo umožněno pouze jednou.

Rozhovor

Švaříček (2014) uvádí, že rozhovor je při sběru dat v kvalitativním výzkumu nejčastější používanou metodou. Při rozhovoru jsou kladeny otevřené otázky. Pro případovou studii je vhodný polostrukturovaný rozhovor, v němž jsou pokládány otázky na základě připraveného seznamu témat.

K rozhovorům jsem měla připravené tři seznamy s okruhy otázek, podle kterých jsem rozhovory vedla. Jeden seznam s okruhy otázek byl zaměřen na rodiče, druhý na pedagogy pracující s dítětem a třetí na odborníky, v tomto případě na logopeda a speciálního pedagoga. Přepis jednoho rozhovoru je uveden v příloze č. 1.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat začátku rozhovoru, kdy by měl výzkumník představit sám sebe a svůj projekt. Důležité je ujistit dotazovaného o anonymitě a požádat o souhlas s nahráváním rozhovoru. Tazatel by měl s dotazovaným navodit pocit bezpečí, empatie a důvěry. Nedílnou součástí rozhovoru jsou tzv. ukončovací otázky, kdy dáváme prostor dotazovanému ke sdělení nějaké informace, kterou považuje za důležitou. Znovu bychom měli ujistit dotazovaného o zachování anonymity (Švaříček, 2014).

Analýza dokumentů

Analýza dokumentů má za úkol zpracovávat dokumenty, které již někdo jiný vytvořil. Při analýze dokumentů nelze tyto materiály výzkumníkem nijak ovlivnit (Miovský, 2006).

K analýze dokumentů byly použity písemné dokumenty a to, zprávy a doporučení z odborných vyšetření ze SPC, psychologická vyšetření. Na základě analýzy psychologických vyšetření byly čerpány informace, které popisují vývoj dítěte a určení diagnózy.

Zpracování dat a jejich analýza

Výzkumné šetření probíhalo v průběhu září 2019 až února 2020. Rozhovory byly vedeny s rodiči Evy (jméno změněno z důvodu zachování anonymity), s učitelkami, které ji měly v péči či stále mají, logopedkou a speciálním pedagogem. Byl s nimi předem domluvený termín, který bylo nutné v několika případech změnit z důvodu epidemiologické situace, a i způsob, jakým byly některé rozhovory nahrávány, se v průběhu měnil. Některé rozhovory musely být absolvovány pomocí aplikace MS Teams, ale nahrávány byly na diktafon. Nicméně většina rozhovorů se uskutečňovala při osobním kontaktu. Před nahráváním rozhovoru byl každý požádán o souhlas ke zvukové nahrávce na diktafon. Na úvod rozhovoru jsem se představila jako studentka Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, objasnila cíl mého výzkumu, znovu položila otázku, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru a kladla připravené otázky. Podle toho, jak se rozhovor vyvíjel, byly některé otázky vynechány, změněno jejich pořadí nebo naopak některé upřesňující otázky přidány. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 20–40 minut. Na závěr každého rozhovoru jsem se zeptala, zda mi chce dotazovaný ještě něco sdělit, co považuje za důležité nebo, zda se chce na něco zeptat mě. Pak byl rozhovor s poděkováním a opětovným připomenutím, že bude vše použito pouze pro výzkumné šetření v mé bakalářské práci za dodržení plné anonymity, ukončen.

Podle Miovského (2006) je důležité pro vznik základního materiálu fixovat data a aby z nich bylo možné provést analýzu, je třeba data upravit. Pokud je vytvořen audiozáznam, prvním důležitým krokem je jeho přepis tzv. transkripce. Dále je nutné text očistit od slov, která tvoří tzv. slovní vatu, a od vět, které nemají žádnou vypovídací hodnotu k danému výzkumu.

Všechny rozhovory jsem kromě jmen a názvů obcí, která jsem záměrně z důvodu zachování anonymity změnila, doslovně přepsala a vytiskla. Pak jsem si jednotlivé rozhovory několikrát pročetla a podle Miovského (2006) jsem barevně vyznačovala pasáže, které se vztahovaly k jednotlivým výzkumným otázkám. Každé otázce jsem přiřadila jednu barvu a v textu na ní hledala odpověď. Odpovědi, které se nevztahovaly k mým výzkumným otázkám ani k dokreslení celého případu, jsem nevyužila.

V prepisech rozhovorů jsem použila pro zachování anonymity zúčastněných tyto zkratky:

- učitelky jsou označovány U1, U2, U3, U4;
 - U1 a U2 jsou učitelkami v předškolní třídě (4,5–7 let)
 - U3, U4 jsou učitelkami ve třídě u menších dětí (3–4,5 roku)
- asistentka pedagoga AP;
- logoped L;
- speciální pedagog SP;
- rodiče R.

Charakteristika pedagogů:

U1 – věk 47 let, vzdělání vysokoškolské bakalářské, obor speciální pedagogika, praxe v MŠ 11 let;

U2 – věk 32 let, vzdělání vysokoškolské bakalářské, obor předškolní pedagogika, praxe v MŠ 12 let;

U3 – věk 26 let, vzdělání vysokoškolské bakalářské, obor předškolní pedagogika, praxe v MŠ 7 let;

U4 – věk 53 let, vzdělání střední pedagogická škola, praxe v MŠ 10 let;

AP – věk 47 let, vzdělání střední s maturitou, kurz asistenta pedagoga, praxe v MŠ 3 roky.

8 VÝSLEDKY

8.1 Případová studie

Případová studie patří v pedagogických vědách k základním výzkumným designům. Je to jeden ze způsobů, jak lze porozumět složitým sociálním jevům díky detailnímu studiu jednoho či několika případů (Sedláček in Švaříček, Šedová & kol., 2014).

Pro případovou studii byla vybrána dívka z předškolní třídy mateřské školy. Z důvodu zachování plné anonymity je její jméno pozměněno a taktéž nikde nefiguruje název obce, v níž se nachází MŠ ani jména pedagogů, odborníků a rodičů.

Výsledky na základě rozhovorů a analýzy dokumentů

Eva, nar. 2013, věk 7 let a 9 měsíců

Eva vyrůstá v úplné funkční rodině s matkou a otcem. Matce je 40 let a má vysokoškolské vzdělání, otci je 46 let a má vzdělání střední úplné s maturitou.

Eva se narodila v termínu, porod byl spontánní záhlavím. Motorický vývoj dle matky probíhal v pořádku, lezla v deseti měsících, začala chodit v patnácti měsících. Že není s Evou něco v pořádku, si rodiče začali uvědomovat okolo jejího druhého roku. Matka v rozhovoru popisuje, že nebyla schopná říct souvislou větu, říkala máma, táta. Začali docházet na logopedii, kde jim bylo stále vštěpováno, že mají počkat, že se rozmluví, že je to normální.

Eva začala navštěvovat jednotřídní mateřskou školu v květnu 2016, když jí byly tři roky. Do školky nechtěla, plakala, bylo velmi těžké ji dostat do třídy k učitelce, v šatně strávili mnohdy až patnáct minut. Podle rodičů zde byla velmi špatná zkušenost s učitelkami, kdy učitelky nebyly vstřícné dítě od rodičů převzít s odůvodněním, že vedou děti k samostatnosti a dítě by mělo přijít do třídy samo. Při vyzvedávání dítěte bylo rodičům pouze vytýkáno, co všechno neumí a mělo by umět, ale nebyla rodičům nabídnuta odborná rada, či kam se mají o radu a pomoc obrátit. Po letních prázdninách neměli rodiče jinou možnost než Evu opět vodit do této mateřské školy. Doufali, že se zase ve vývoji posunula dál a že to bude lepší. Ovšem ranní problém stále přetrvával, učitelky ji nezapojovaly do běžných činností, držely ji stranou. Dívka, která v té době ovládala hygienické návyky vyprazdňování bez potíží, začala mít problém s udržením stolice

při odpoledním spánku. Rodiče na toto období neradi vzpomínají.

V lednu 2017 se rodičům podařilo dceru umístit do jiné mateřské školy se čtyřmi třídami. V této mateřské škole byli rodiče upozorněni pedagogy, že s ní není něco v pořádku a dostali doporučení na psychologické vyšetření. Matka uvádí, že dětská praktická lékařka stále tvrdila, že je vše v pořádku, že se rodiče dočkají. Tím, že motoricky byla Eva v pořádku, se řečí nikdo nezabýval. Protože rodiče měli podezření již dříve, řešili problém na logopedii, kam docházeli jednou za půl roku a byli vždy ujišťováni, že je ještě čas řeč řešit.

První psychologické vyšetření bylo provedeno v únoru 2017 dětskou psycholožkou, která ve zprávě z vyšetření u Evy popisuje poruchu aktivity a pozornosti, opožděný vývoj řeči, negativistické projevy a projevy syndromu ADHD. Rodičům byla doporučena ve výchově dcery větší důslednost, aby se zlepšilo její negativistické chování, což se posléze dle psychologické zprávy začalo zlepšovat. Dále bylo doporučeno učitelkám, aby s dívkou trénovaly úkolovou situaci individuálně nejprve s úkoly, které zvládne, aby nabyla větší jistoty.

Podle učitelek se Evě v nové mateřské škole líbilo. Dle jejich slov nevydržela chvíli na místě, byla velmi aktivní. Při pobytu třídy na zahradě mateřské školy byla téměř k neuhlídání, ráda zkoumala okolí, nebála se navštívit jiné prostředí mimo vyhrazený prostor pro její třídu. Navštěvovala starší děti na zahradě z vedlejší třídy, neustále utíkala. Učitelky popisují, že nemluvila, ale byla velmi kontaktní, usměvavá, milá, někdy svérázná a chtěla, aby bylo po jejím.

V září 2017 nastoupila do této MŠ nová ředitelka, která podle slov rodičů i učitelek začala vyřizovat pro Evu podpůrná opatření. Ředitelka v rozhovoru uvádí, že bývalá paní ředitelka ji upozorňovala na to, že s dívkou by se mělo komunikovat jinak. Domluvila si schůzku s matkou ohledně speciálních vzdělávacích potřeb a spolu probraly, jaké kroky jsou potřebné udělat, aby Eva mohla dostat asistenta pedagoga. Dle slov ředitelky byla matka velmi ráda, že konečně po půl roce se začaly podnikat kroky na pomoc jejímu dítěti. Ve třídě, kam Eva docházela, byla přítomna asistentka pedagoga pro jiné dítě a ta ji, než se vyřídily všechny formality, „hlídala“ a podle učitelek i ředitelky jen uplácěla bonbóny. Nijak dítě nerozvíjela.

Eva postupně absolvovala vyšetření neurologické, foniatrické, a nakonec byla odkázána do SPC ke speciálnímu pedagogovi. Závěr psychologického a speciálně pedagogického vyšetření ve zprávě školského poradenského zařízení uvádí na základě pozorování dítěte (4 roky a 11 měsíců) při volné hře, že Eva mluví vlastní řečí, nepřetržitě brebentí, s dospělým kontakt naváže beze strachu, pokud něco chce, tak ukazuje. Dále že je sociálně kontaktní, v neustálém pohybu, pokud se jí nevyhoví, tak se rozkřičí, pokud se jí vyhoví, je spokojená. Přiřazuje barvy, vydrží poslouchat čtenou pohádku, z Lega staví komín, skládá puzzle (20 ks), hraje si s panenkou, kterou stále svléká a uspává v postýlce. Má velmi ráda hudbu, ve školce se jí líbí klavír. Umí asi 25–30 slov. V celkovém chování převažuje nesoustředěnost a výrazné sebeprosazování. Pokud je zaujatá vlastní činností, nereaguje na zavolání. V klidu vydrží sedět u stolečku a pracovat na předložených úkolech. Pokynům dospělého se podřídí na základě vnější motivace. Hrubá motorika je trochu toporná a je snižená koordinace končetin a trupu při pohybu. Závěrem vyšetření je hyperaktivní chování, snížená koncentrace pozornosti, opožděný řečový vývoj ve složce expresivní (dle neurologa ADHD a vývojová dysfázie). SPC doporučilo vyšetření u jiného psychologa k vyloučení poruchy autistického spektra.

V červenci 2018 byla Eva (5,2 let) vyšetřena u klinického psychologa, který ve zprávě z vyšetření popisuje, že komunikuje převážně na rovině slov, v mateřské škole je spokojená, nedokáže se zapojit do řízené činnosti, ale o děti projevuje zájem. Nerozlišuje cizí osoby, s každým spontánně naváže kontakt, ráda si hraje s kočárkem, opečovává plyšová zvířata, sama si vydrží hrát 10–15 minut. Má potíže s pozorností, ve chvíli, kdy je zabraná do hry, si neuvědomuje, že potřebuje na záchod. Dívka upřednostňuje, když se věci dějí tak, jak je zvyklá. Obtížně zvládá změnu provozu v MŠ během prázdnin, dle psychologa se jí rozpadá něco, o co se může opřít, určitá jistota. Při vyšetření je neustále v pohybu, hraje si s plyšovými hračkami, dá jim napít, ukládá je ke spánku, sama si k nim lehne, ale předtím si zuje boty a chce se svléknout, protože ví, že se to tak dělá. Pokud něco chce, trvá na tom. Vysvětlování nepomáhá. Závěr vyšetření je, že u Evy „...na základě testových i klinických metod je přítomno výrazné opoždění vývoje, psychomotorická retardace dosahuje středního stupně a na mentální rovině odpovídá dvěma rokům čtyřem měsícům. Potíže s porozuměním a vyjadřováním řeči úzce souvisejí s touto okolností, taktéž potíže s udržením pozornosti a zvýšená pohybová

aktivita.“ Poruchu autistického spektra psycholog vylučuje. Dále psycholog doporučuje, aby k dítěti bylo přistupováno podle jeho mentálního věku, kdy je potřeba dohled i při sebeobsluze. Důležitost psycholog klade na formulaci vět tak, aby byly krátké a stručné, aby pojmenovávaly, co právě dělá, například: „Teď si obouváš botu.“, „Tohle tě rozzlobilo, vid?“ apod. Doporučuje upravit obsah řízené činnosti v MŠ věku dvěma a půl roku, ale současně Evu učit vydržet, počkat a vykonat i to, co ji nebaví s následnou odměnou. Psycholog doporučuje zařadit dívku v MŠ do třídy k menším dětem, aby nároky na ní kladené více odpovídaly jejímu mentálnímu věku, za zásadní považuje aktivní logopedickou péči a dále doporučuje asistenta pedagoga na celou dobu pobytu v MŠ.

Na základě vyšetření klinického psychologa ještě téhož měsíce SPC vydalo doporučení pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, v němž je dítěti přiznán třetí. stupeň podpůrných opatření s asistentem pedagoga. V září 2018 byla do MŠ přijata asistentka pedagoga a začala s Evou pracovat.

Vyřízení všech formalit od diagnostikování dítěte až po přiznání podpůrných opatření včetně asistenta pedagoga trvalo více než jeden rok.

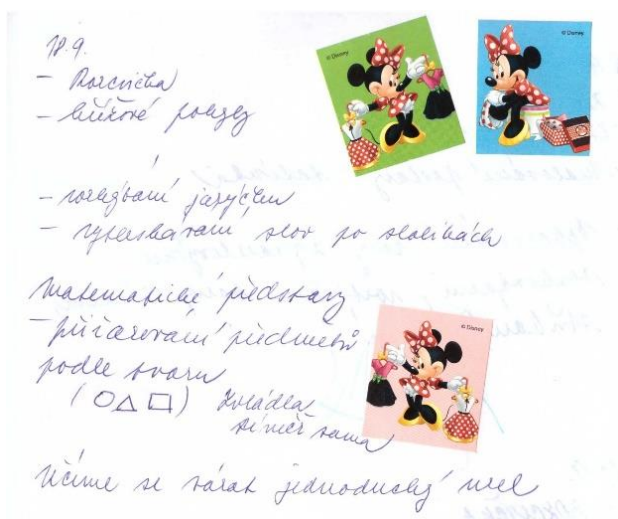
Rodiče na otázku, zda neuvažovali dát svou dceru do speciální mateřské školy, uvádějí, že z důvodu vyššího počtu Romů v těchto třídách nechtěli. Nemají s Romy dobré zkušenosti.

V rozhovoru asistentka pedagoga vzpomíná, jak s ní dívka hned navázala kontakt, stále něco sdělovala, mluvila souvisle vlastní řečí a nebylo jí rozumět. Po třídě pobíhala s plyšáky a vozila je v kočárku, když učitelka s dětmi zpívala písničku, snažila se také zpívat, ale nebylo jí rozumět. Asistentka dále popisuje, že ji zaujalo, když jedno dítě plakalo, tak Eva mu donesla kapesník, pohladila ho a snažila se ho konejšit. O této empatii se zmiňují v rozhovorech i další učitelky.

Asistentka pedagoga měla pro práci s dítětem vymezený prostor u malých dětí v kabinetu a u velkých dětí má stůl v místnosti propojené s třídou. Postupně začala s dívkou pracovat na grafomotorice, hrubé a jemné motorice, na oromotorice, sluchovém a zrakovém vnímání, rozvoji řeči, předmatematických představ, na udržení pozornosti a zapojování se do činností s dětmi. Asistentka a učitelka ve třídě předškoláků

uvádějí, že asistentka podle potřeby se s Evou předpřipravuje na některé řízené činnosti, aby určité informace věděla dopředu a mohla se snadněji s dětmi zapojovat. Ve chvíli, kdy je pro ni nějaké téma těžké, odchází s ní pracovat ke stolečku, kde pro ni má připravené různé rozvíjející činnosti. Asistentka si od počátku vede deník, do kterého každý den zaznamenává činnosti, které s dítětem dělala, nebo které Eva dělala v rámci společné aktivity s dětmi. Dále si s matkou Evy vedou komunikační sešit, do kterého asistentka zapisuje vše, co ten den spolu procvičily a dívka do sešitu dostává za splněné úkoly samolepky s Minnie, které donesla matka. Jak asistentka uvádí, zpočátku dostávala samolepku za každý úkol, který splnila, ale postupně došlo ke změně a získání samolepky za určitý okruh úkolů. Dopředu Eva ví, co musí splnit, aby samolepku získala. Jsou to většinou dva až tři krátké úkoly (obr.1).

Obr. 1: Ukázka komunikačního sešitu



Zdroj: asistentka pedagoga (2020)

Rodiče v průběhu docházky dcery do mateřské školy změnili dvakrát logopeda, poslední volba byla dle rodičů ta správná. Logopedka v rozhovoru popisuje, že k ní začala Eva docházet ve věku šesti let. Zpočátku nechtěla vůbec komunikovat, nechtěla se posadit na židli. Logopedka ji musela přemlouvat, po rozkukání se se nechala namotivovat na hru, ale stále nekomunikovala. Při dalších setkáních se postupně zlepšovala spolupráce dítěte s logopedkou za podmínky, že rodiče na ni čekali v čekárně a logopedka s ním pracovala sama. Pokud byli rodiče přítomni, dívka neustále od činností odbíhala. Zpočátku trvalo sezení jen 15–20 minut, postupně se interval

prodlužoval až na 45 minut za předpokladu častého střídání činností a vnější motivace ve formě odměny. Logopedka popisuje určité zlepšení ve spolupráci a v řeči. Začala používat jednoduché věty, vlastní slova, ve velké míře citoslovce, podstatná jména. Postupně, jak se řeč vyvíjela, přidávala víceslabičná slova, věty trojslovné i víceslovné a také se rozvíjela komunikace s ostatními. Lépe udržela oční kontakt a začala používat věty typu: „Já jsem chtěla sama povídat.“ Od září 2020 logopedka více kontroluje artikulaci a gramatiku slov. Problém stále dělá porozumění ve smyslu rozumění na otázky typu kdo, co dělá; kde, co dělá apod. Vážně sluchová percepce, vytleskávání složitějších slov, jednoduché zvládá dobře, a dále určování krátké a dlouhé slabiky. Logopedka klade důraz na nutnost zjednodušení úkolů pro Evu, vše s podporou zrakovou, aby bylo zapojeno více smyslů. Každou novou dovednost je potřeba trénovat víckrát za sebou, aby se to spíše naučila, než aby to pochopila.

Všechny učitelky se shodují na tom, že přidělení asistentky pedagoga bylo zásadní a všem usnadnilo práci s Evou a mohlo se tak s ní pracovat na jejím rozvoji individuálně a zároveň kolektivně.

Speciální pedagog uvádí, že rodiče přišli do SPC ve chvíli, kdy už tušili, že vývoj jejich dítěte je jiný, byli aktivní, chtěli informace o tom, jak mohou Evu rozvíjet, jak s ní mají pracovat a jakým způsobem zařídit možnost podpory asistenta pedagoga v mateřské škole. Nicméně i za veškeré podpory dítěte a jeho posunu ve vývoji přetrvávají problémy v oblasti výslovnosti a kognitivního vývoje.

Psycholog ve zprávě z února 2020 popisuje spolupráci Evy s asistentkou jako velmi přínosnou, dívka se aktivně začleňuje, více se zajímá o dění, o práci, zapojuje se s dětmi a do školky chodí ráda. Za uplynulých šest měsíců se ve vývoji posunula téměř o rok. Pásmo mentálního věku se rozprostírá od horní hranice střední mentální retardace až po horní hranici lehké mentální retardace.

Eva má za sebou odklad školní docházky a v tomto školním roce byla „vrácena“ ze školy zpět do mateřské školy. Rodiče se s ředitelkou základní školy na tomto odkladu domluvili z důvodu její nezralosti a vše proběhlo pouze administrativně tak, aby dítě nebylo stresováno změnami prostředí.

Výsledky na základě pozorování 30. 9. 2020

Eva v 7:15 přichází do třídy plná dojmů z noci, vzbudily ji kočky. Hned hlásí, že musí dát kočkám mléko a maso. Pak si jde umýt ruce, pozoruje obrázek v umýváně a začne napodobovat správnou techniku mytí rukou. Potom dětem vypráví noční zážitek. Poté se zapojuje s dívkami do hry s panenkami a kočárkem. Panenku svléká a obléká, ukládá do kočárku, přibírá ještě plyšového psa a jde jako na procházku a pak do kuchyňského koutku s dalšími třemi dívkami vařit. Poté nakrmí panenku i psa, pro každého má jinou misku. V 7:45 přichází asistentka pedagoga, která se s dívkou pozdraví a řekne jí, aby uklidila hračky, že půjdou pracovat. Eva hned sděluje noční zážitek, asistentka ji vyslechne a zopakuje, aby uklidila hračky. Dívka uklízí, ví přesně, kam co patří. Potom ji asistentka za svého dohledu pošle do šatny pro sešit, do kterého dostává za splněné úkoly samolepky. Společně jdou do jiné místnosti k připravenému stolu s pomůckami. Asistentka nejprve s Evou cvičí, říkají tomu rozcvička. Asistentka předvádí cviky a dívka je opakuje, velké kruhy pažemi, menší v předloktí a malé v zápěstí, každý cvik doprovází krátkým říkadlem. Je vidět, že cviky zná. Nakonec procvičí jednotlivé prsty, říkají tomu, že si palec dává pusinky s ostatními prsty. Dítěti se daří dotknout palcem každého prstu, poté si vybírá za splnění rozcvičky samolepku s Minnie a lepí si ji do sešitu. Následně usedají ke stolu s připravenými pomůckami. Eva počítá prsty na rukou, dokáže to do čtyř, číslo pět si nepamatuje. Když jí asistentka ukáže dva prsty, řekne, že to neví. Asistentka ji tedy pobídne, že to spočítají spolu a dívka začne počítat, jedna, dva. Nakonec má velkou radost, že to sama spočítala. Pak spolu přiřazují správný počet kostek k puntíkům. To zvládá sama. Počet je do pěti. Za splnění těchto úkolů opět dostává samolepku. Asistentka ji pak nechá losovat postupně pět kartiček ze hry Rozhýbej svůj jazýček, na nichž je vždy nějaký úkol na procvičení mluvidel. Pak spolu vytleskávají jednoduchá slova (kočka, maso, mléko, pes, dům, maminka, tatínek, bota). Eva to zvládá sama a po splnění si může vybrat samolepku. V 8:20 ukončují individuální činnost a odcházejí do třídy k ostatním dětem, kde se účastní ranního rituálu losování hospodářů, pravidla dne, říkají si společně, co je za den v týdnu, jaký je měsíc, jaké roční období, a nakonec jaké je počasí. Na otázku, jaké je počasí, dívka dokáže odpovědět a posunout okénko na správný obrázek s počasím. Pak jdou děti na toaletu a umýt si ruce. Vše zvládá samostatně. Učitelka je nechá vybrat si do dvojice kamaráda a odchází společně

do jídelny na svačinu. Při svačině si Eva jde sama přidat, když se nají, odnáší talíř k okénku. Je samostatná. Po příchodu do třídy si jdou děti umýt ruce a schází se v herně na koberci za pomoci svolávací písničky. Sednou si do kruhu, asistentka si sedá poblíž dívky. Téma týdne je ovoce a zelenina. Každé dítě si postupně vybírá z přikrytého košíku předmět, který následně pojmenovává a zařazuje k ovoci nebo zelenině. Eva si vybírá jablko a správně pojmenuje a sama přiřazuje k ovoci. Po skončení této aktivity přechází děti ke stolečkům a dostávají pracovní list. U této činnosti je nutný dohled asistentky, která jí znovu opakuje, co bude dělat. Nejprve Eva vybarví obrázky ovoce a zeleniny, pak je rozstříhá na jednotlivé kartičky, které vlepuje do košíků na papíře podle druhu (viz příloha č. 3). Asistentka jí musí ve stříhání zpomalovat a upozorňovat, že musí stříhat po čáře. Zbytek již zvládá sama. Následuje pitný program, toaleta a odchod na zahradu MŠ. Dívka se sama obléká, nikdo jí nepomáhá, zvládá zapnout sama zip u mikiny. Na zahradě si jde hrát s dětmi do dřevěného domečku, kde je umístěna malá kuchyňka s nádobím. V domku s jednou dívkou vaří a z okénka prodává ostatním dětem, které si říkají o konkrétní jídlo. Dívku, která jí pomáhá, diriguje a určuje, co má dělat. Takhle si vydrží hrát cca jednu hodinu. Pak odchází na houpačku a skluzavku. Po příchodu ze zahrady následuje toaleta a mytí rukou a odchod do jídelny. Při obědě používá příbor, snaží se krájet maso nožem, když se jí nedaří, řekne si o pomoc asistentce. Po obědě následuje odpočinek, Eva po přečtení pohádky za chvíli usíná. Učitelka sděluje, že je to v poslední době spíše výjimka.

Další pozorování z důvodu epidemiologické situace ohledně onemocnění covid-19 nebylo umožněno.

8.2 Shrnutí výsledků

Jak se dítě začlenilo do kolektivu mateřské školy běžného typu?

Podle U4 malé děti moc nevnímají rozdíly: „...jí to bavilo s dětma řídit, ale když jsme měli takový ty řízený činnosti, tak to si Eva nebyla schopná udržet pozornost. ... Ale tady se zařadila, protože ze začátku ten rozdíl není až tak úplně vidět. A ty děti jí tady přijímají. Je tady prostor pro tu volnou hru a tak.“ AP v rozhovoru hovoří, že: „Holčičky si s ní hrají a zapojují ji do svých her a ona je šťastná.“

Rodiče, všechny učitelky i speciální pedagog se dále shodují, že pro začlenění dítěte je důležitá asistentka pedagoga. U3 v rozhovoru sděluje: „Při řízené činnosti byla s námi v kolektivu, kde asistentka byla s námi a vycházela ze situace dění, například kdyby cokoliv Eva potřebovala nebo kdyby už toho bylo na ní moc, tak si ji převedla jinam, ale snažila se být s námi v kolektivu.“ U2 k tomu říká: „Jsme domluvené s asistentkou, že pokud to půjde, bude holčička pracovat společně s dětmi. Zapojí se do kolektivu běžným způsobem. Ovšem nastane-li situace, kdy se dívenka nemůže soustředit nebo potřebuje více času na nácvik a procvičování, vytvořily jsme koutek, který mají kdykoliv k dispozici a tam s ní může být podle jejích potřeb. To znamená individuálně a zároveň jí jen vede v kolektivu.“ U1 se k tomu ohledně asistentky vyjadřuje takto: „... když vidí, že Eva nezvládá to tempo ostatních dětí, tak si ji může kdykoliv vzít k tomu individuálnímu stolečku, kde oni vlastně mají různé pomůcky... tam rozvíjejí to, co ona potřebuje... Teď už se začíná zapojovat vlastně do kolektivu a máme z toho radost...“ R sdělují: „... ta asistence je jí určitě nápomocná s tím, že jí pomůže zapojit do toho kolektivu. Když to třeba nejde, tak, samozřejmě, pracujou spolu samostatně.“

Rodiče si myslí, že z počátku se jejich dcera dětí stranila z důvodu řečové bariéry: „Děti kolikrát, samozřejmě, kolikrát daly najevo, že když jí nerozumí, tak jí tak trošku odstrkovaly.“ Podle nich to však dívce nevadilo, protože si byla zvyklá hrát sama, avšak dál doplňují: „Ale postupně, jak rozvíjela tu řeč a ty činnosti, začala být šikovnější a šikovnější, tak ty děti jí mezi sebe víc a víc přijímaly. A postupně si vlastně dělala i už kamarády.“

Podle SP došlo u dítěte k markantnímu posunu v oblasti řeči a pracovního chování a zásadní podíl na tomto rozvoji má spolupráce mezi rodiči a pedagogy: „Díky mateřské škole je Eva v tomto ohledu velmi pěkně vedena a co bylo velmi přínosné, je kvalitní a intenzivní spolupráce mezi rodiči a pedagogy, jejich jednotný přístup a úsilí Evě dopřát maximum podpory pro její optimální rozvoj.“

Jak nahlíží pedagogové, kteří vzdělávali či vzdělávají dítě s daným postižením, na inkluzi?

U4 si myslí, že inkluze v mateřské škole za pomoci asistentky pedagoga je možná, protože sama viděla, že děti Evu přijímaly, ale není si jistá, zda je vhodná u dítěte s touto diagnózou na dalším stupni vzdělávání, což je základní škola: „... že pak třeba by bylo lepší v nějaký tý speciální škole, kde má ty speciální pedagogy, kde přeci jenom je víc času... Ale to si myslím jako pro školu, jestli to je šťastný, že možná Evě by potom bylo líp v nějaký tý speciální škole, kde a už i ty starší děti můžou být horší. Jestli to tam bude pobírat tu výuku, byť s asistentkou, ...“

U3 si není úplně jistá, hovoří o tom, že zpočátku to pro ni bylo velmi neobvyklé a nějakou dobu trvalo, než se vše usadilo: „Tohle byla úplně jiná zkušenost, také mi trvalo, než jsme se všichni společně sladili, ale poté jsme se zajeli. Tak nebyla jiná možnost. Občas jsem si říkala, zdali by se neměla lépe ve speciální škole, kde na tyto děti je daleko více času, je tam malý počet dětí, menší ruch, jiné nároky ...“

U1, U2 a AP nahlíží na inkluzi velmi pozitivně a z jejich odpovědí je patrné, že obě skupiny dětí, intaktní a s nějakým postižením, se vzájemně potřebují. U2: „... děti si uvědomí, že je svět různorodý a je přirozené pomáhat si v jakýchkoliv situacích a zároveň lze navázat i kamarádství s někým, kdo není stejný, a přitom nás to může obohatit.“ AP se k tomu vyjadřuje: „Myslím si, že inkluze je správná věc. Děti s touto diagnózou mají možnost se zapojit do běžného kolektivu dětí. A běžný kolektiv dětí tak může přirozeně tyto děti vnímat jako součást svého kolektivu a jakoukoliv odlišnost přirozeně přijmout.“

SP o inkluzi dítěte s mentálním postižením hovoří takto: „Inkluze dítěte s mentálním postižením má svá úskalí ... a to zejména s rostoucím věkem, kdy se velmi rozevírají nůžky mezi dítětem v inkluzi a spolužáky. Z mého pohledu je inkluze dítěte s mentálním postižením přínosná hlavně v předškolním věku a na prvním stupni. Inkluze na druhém stupni základní školy už má spoustu ALE, na které se musí brát zřetel ... a hlavně je to ten

sociálně – komunikační aspekt mezi vrstevníky, odlišné zájmy, ... v uvozovkách pouze vývojová dysfázie bez mentálního postižení je také na inkluzi náročná, ale dítě není limitováno svými kognitivními schopnostmi.“

Jak se k dítěti s mentálním postižením a vývojovou dysfázií chovají ostatní zdravé děti a toto dítě k nim?

Všechny učitelky i asistentka pedagoga se shodují na tom, že děti se k Evě chovají hezky, že se snaží jí pomáhat a že si i začaly všimnout jejích pokroků. U menších dětí podle U3 a U4 děti vnímaly, že je dívka v něčem jiná, když něčemu nerozuměla, nebo utíkala, tak ji děti volaly nebo upozorňovaly učitelku. Když jim Eva bořila hračky, tak U3 říká: „...chodily to na ní prášit a mračily se na ní, ale že by na ní byly zlé, to ne.“ V předškolní třídě U1 hovoří: „...oni jí mají rádi...“. U2 se k tomu vyjadřuje: „... důležitá je komunikace. Děti většinou nemají problém přijmout dítě, které se chová jinak. Ovšem musí to být zdůvodněno, vysvětleno, proč tomu tak je. Pak ale mohou nastat situace, kdy se mu mohou začít posmívat, nebo se začnou dělat naschvály a v ten moment je důležité si vysvětlit, proč se to nedělá a je to špatné. Nejen pro danou chvíli, ale také pro budoucí slušné chování ve společnosti. U nás ve třídě je vše v pořádku, i když je tam jedinec, který má v sobě problém přijmout fakt, že je někdo v uvozovkách jiný a potřebuje speciální péči. Hodně mluvíme, diskutujeme a snažíme se předcházet nežádoucím situacím.“ AP má velmi podobný názor jako U2, podle ní děti Evu mezi sebe začlenily: „... v určitých situacích vnímají, že se odlišuje tím, že špatně mluví a není jí rozumět. Ale jsou na to zvyklé a prostě jí mezi sebe přijaly takovou, jaká je.“ Rovněž se zmiňuje o dítěti, které s tím má problém.

Rodiče to vnímají tak, že: „... je Eva v té třídě spokojená, šťastná, tak nevěříme tomu, že by se k ní někdo choval špatně. A i kdyby k tomu došlo, tak věříme tomu, že je tam právě paní asistentka, která zajistí to, že se budou všichni k sobě chovat hezky.“

Ohledně chování Evy k dětem se opět všichni vyjadřují pozitivně, dívka je velmi společenská, empatická, vnímá nálady a smutky dětí. U3 vzpomíná: „... Eva byla velmi společenská, měla ráda děti. Co mě vždy překvapilo, jak prožívala smuténko dětí. Někomu bylo smutno po mamince a ona ho hned šla uklidňovat, hladila ho, objímala a bylo jí ho líto.“ AP říká: „Eva je velmi empatická, má děti ráda.“

Jaká pozitiva a negativa inkluze tomuto dítěti přináší?

Učitelky, asistentka pedagoga, speciální pedagog, logoped a rodiče se shodují na pozitivě inkluze jednak u tohoto dítěte, ale také všeobecně pro celý kolektiv třídy. U3 se k tomu vyjadřuje: „...Pozitiva jsem viděla v kolektivu, jak jí děti hezky vzaly. Otázkou je, zdali to jen nebylo štěstí dobrého kolektivu...“ U4: „... jenom za ten rok, co jsem jí měla a měla paní asistentku, tak Eva se rozmluvila. Tak tady vidím pozitiva.“ AP k tomu říká: „Myslím si, že přinesla hlavně pozitiva, jako je začlenění, přijetí dětmi i dospělými... Podpora vývoje a že vlastně ty zdravé děti Evu táhnou k lepším výsledkům...“ U1: „inkluze je pro ni velkým přínosem, protože ona vnímá ty děti, prostě ... a vlastně čerpá z nich ten, ehm, ty vjemy a kdežto, kdyby byla začleněná v nějaké speciální třídě nebo ve speciálně, já nevím, v nějakém jiném prostředí, tak si myslím, že ten její rozvoj by nebyl takový.“ Logopedka o pozitivě inkluze pro toto dítě hovoří: „... tak si myslím, že jí to moc pomohlo v tom, že měla tu možnost komunikovat více s těma dětma, porovnávat ty svoje komunikační schopnosti s těma dovednostmi ostatních dětí. Mohla se hodně sociálně učit, což dítěti s mentálním postižením hodně pomáhá, že to i vidí v okolí a může to vlastně jakoby napodobovat. A opravdu věci, kterým třeba neporozumí jenom z nějaký nahraný situace, která není přirozená, tak to z té přirozené stránky potom v té školce pochopí.“ SP sdílí názor: „Zda je inkluze přínosná pro dítě s postižením, jakýmkoli, ale hodně záleží také na osobnostním nastavení dítěte samotného a rodičů a učitelů a samozřejmě asistenta, kteří s ním pracují. ... prospěšnost inkluze je důležité poměřovat očima dítěte, které je v inkluzi, zda má radost, zda se do školy těší, zda tam má kamarády a je tam spokojené, kolik času tráví při individuální práci s asistentem, protože při odlišném vzdělávacím programu je to nutné, a kolik času tráví při společné práci se spolužáky. Pokud jsou všechny tyto věci v rovnováze, je inkluze moc fajn.“ Rodiče pozitiva u své dcery vidí takto: „... že nemusela navštěvovat speciální školku, že je zapojená mezi ... děti s běžným vzdělávacím programem, ... že má prostě kamarády, ... že se postupně zapojila hlavně sociálně ...“

Jako jediné negativum této inkluze učitelky vnímají velký počet dětí ve třídě, zde konkrétně 27, kdy počet byl snižen z původních 28 o jedno dítě díky podpůrným opatřením 3. stupně u Evy. U2 k tomu sděluje: „Mínus je náročnost na realizaci různých

akcí, dovedností tak, aby dotyčné dítě nebylo zesměšňováno, časová náročnost na přípravu a potřeby těchto dětí a také vysoký počet dětí v kolektivu.“ Rodiče žádná negativa nevnímají.

9 DISKUZE A ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ

Ve své bakalářské práci jsem chtěla přiblížit problematiku inkluze a začleňování dítěte s mentálním postižením a vývojovou dysfázií do mateřské školy běžného typu. Zjišťovala jsem názory učitelek, logopedky a speciálního pedagoga na inkluzi, kteří měli nebo mají možnost takové dítě vzdělávat, jak oni vnímají pozitiva a negativa inkluze, začlenění dívky do kolektivu zdravých dětí a jak oni pozorují vzájemné chování dětí ve třídě, kde probíhá inkluze.

„Obecně platí, že návštěva mateřské školy znamená pro dítě krok vpřed na cestě jeho socializace mezi vrstevníky“ (Šturma, 2015, s. 179). Šturma (2015) dále uvádí, že se to týká i dětí se speciálními potřebami, avšak u nich je nutné přihlídnout k jejich specifickým podmínkám. Nikde není dostupný jednoduchý návod či postup na to, jakou správnou cestu vzdělávání pro dítě zvolit. Při tomto rozhodování musí být vždy v centru uvažování zájem dítěte. Podle zkušeností je zřejmé, že nejsnadněji k integraci dochází právě v mateřských školách.

U první výzkumné otázky „**Jak se dítě začlenilo do kolektivu běžné mateřské školy?**“ na základě rozhovorů je zřejmé, že všechny hodnotící strany považují začlenění dítěte do kolektivu běžné mateřské školy sice pro některé učitelky nezvyklé, ale v konečné fázi za velmi úspěšné. Což dokládá i to, že Eva neměla výrazné problémy se začleněním do kolektivu ani se zvládnutím vzdělávacího programu, který odpovídá jejímu vývoji. Na tomto úspěchu je klíčová spolupráce dítěte s konkrétním přiděleným asistentem pedagoga. K úspěšnému začlenění také přispělo, že inkluze probíhá na úrovni mateřské školy, kde děti nevnímají rozdíly ostatních dětí tak negativně.

Mertin (2016) se zmiňuje o tom, že většinou děti nemívají s postiženými dětmi problémy a velice rychle si na ně zvyknou.

Druhá výzkumná otázka „**Jak nahlíží pedagogové, kteří vzdělávali či vzdělávají dítě s daným postižením, na inkluzi?**“ ukazuje, že názory jednotlivých pedagogů jsou rozdílné. Část považuje inkluzi za náročnou a zamýšlí se, zda by umístění Evy do speciální školy nebylo pro ni přínosnější. Učitelky zmiňují konkrétní výhody speciálního vzdělávání (menší počet dětí, více času pro individuální přístup, praktické zkušenosti speciálních pedagogů). Tento názor se ztotožňuje s Mazánkovou (2018), která uvádí, že mezi

nevýhody vzdělávání dítěte s postižením v běžné mateřské škole patří obavy některých pedagogů, že budou muset takové dítě vzdělávat. Jejich obavy mohou plynout z toho, že nemají žádnou zkušenost ve své praxi s dětmi s postižením.

Druhá skupina pedagogů naopak hodnotí inkluzi velmi pozitivně, především možnost začlenění Evy do kolektivu, čímž je obohacen nejen vývoj Evy ale i celého kolektivu dětí. Opět nacházím shodu s Mazánkovou (2018), která udává, že po nástupu do předškolního zařízení se dítě s postižením učí v daném kolektivu žít, navazuje kamarádství, přebírá nové role, učí se přijímat nové autority, z kontaktu s dětmi získává nové zážitky, snaží se prosadit nejen ve skupině dětí ale i v celém kolektivu. Dítě je přirozenou cestou motivováno kolektivem zdravých dětí, a protože se jim snaží vyrovnat, snadněji nabývá nové dovednosti. Pro ostatní zdravé děti je dítě s postižením také přínosem, učí se, že pomáhat, být tolerantní k odlišnostem a učí se, jak komunikovat s postiženým.

Myslím si z mého osobního pohledu, že pohled speciálního pedagoga přesně vystihuje všechny výhody ale i rizika inkluze především v pozdějším věku dítěte.

Odpovědi na třetí výzkumnou otázku **„Jak se k dítěti s mentálním postižením a vývojovou dysfázií chovají ostatní zdravé děti a toto dítě k nim?“** ukazují, že reakce ostatních dětí až na jednu zmiňovanou výjimku jsou velmi pozitivní a bez problematické. Děti mají pochopení pro Evinu odlišnost a nepovažují ji za něco, co by jim bránilo ji mezi sebe přijmout. Také si ostatní děti dokáží všimnout jejích pokroků a oceňují je. To potvrzuje, že Eva je nedílnou součástí celého dětského kolektivu. Toto samé se dá říct obráceně. I Eva vnímá nálady a chování ostatních dětí a dokáže na ně spontánně reagovat. Myslím si, že to je pro další sociální vývoj Evy velmi důležité.

Na základě poslední výzkumné otázky **„Jaká pozitiva a negativa inkluze tomuto dítěti přináší?“** lze říci, že pozitiva jednoznačně převažují. Mezi nejvíce zmiňovaná pozitiva patří především prokazatelný rozvoj v komunikaci-samotné řeči a schopnosti dorozumění se. Chování ostatních dětí je dalším pozitivním přínosem, protože jsou pro Evu dobrým vzorem a ona se jim snaží v jejich dovednostech vyrovnat, což ji posouvá ve vývoji dál. Dalším pozitivem je již několikrát zmiňované sociální začlenění se do dětského kolektivu a navázání kamarádky vztahů. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že žádná negativa všichni zúčastnění nevnímají. Některé zmiňované body, jako

je zvýšená náročnost na realizaci a přípravu výuky, se netýká samotného dítěte. Ani rodiče žádná negativa neuvádějí.

Na základě rozhovorů vystupuje do popředí důležitost vzájemné týmové práce. Lze tedy konstatovat, že je velmi zásadní kooperace mezi pedagogy, asistentem pedagoga, rodiči dítěte a odborníky, kteří o dítě pečují.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo přiblížit problematiku dítěte s mentálním postižením a vývojovou dysfázií, jeho začlenění do kolektivu mateřské školy běžného typu, jaká pozitiva a negativa inkluze dítěti přinesla. Dále mě zajímal pohled pedagogů vzdělávajících dítě s daným postižením na inkluzi. Práce se zabývala otázkou, jak se k dítěti s postižením chovají zdravé děti v kolektivu mateřské školy běžného typu a toto dítě k nim.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První část je teoretická, vymezuje pojmy mentální retardace – příčiny vzniku, základní stupně, diagnostika; narušené komunikační schopnosti – příčiny vzniku, typy a projevy, diagnostika a podrobněji se zabývá vývojovou dysfázií – příznaky, terapií a zmiňuje rovněž augmentativní a alternativní komunikaci. Dále se práce věnuje školským poradenským zařízením a vzdělávání dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami v předškolním zařízení. Druhá, praktická, část se zabývala analýzou dokumentů – zpráv z psychologických vyšetření, zprávy a doporučení školského poradenského zařízení, deníku asistentky, komunikačního sešitu asistentky s rodiči; a rozhovorů, které byly vedeny se čtyřmi učitelkami, asistentkou pedagoga, logopedkou, speciálním pedagogem a rodiči dítěte.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pro úspěšné začlenění dítěte je důležitá spolupráce pedagogů s asistentem pedagoga, rodiči a odborníky. Děti v mateřské škole ještě tolik neřeší odlišnosti a až na jednu výjimku neměly problémy s dítětem s mentálním postižením a vývojovou dysfázií. Dále se ukázalo, že některé učitelky nejsou zcela inkluzi nakloněny z důvodu obav, nemají zkušenosti ani speciální vzdělání, odrazuje je velký počet dětí na třídách. Nicméně z jejich odpovědí vyplývá, že pomoc asistenta pedagoga je pro inkluzi velmi zásadní. Učitelky, které s inkluzí nemají problém, ji berou jako obohacující pro všechny zúčastněné. Inkluze v mateřské škole běžného typu přinesla pozitiva ve smyslu dalšího rozvoje nejen pro dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, ale i celému kolektivu. Nikdo z účastníků rozhovorů si není vědom, že by inkluze konkrétnímu dítěti přinesla nějaká negativa.

Případová studie poukazuje na to, jak může být náročné a časově zdlouhavé, než se u dítěte s problémem podaří určit diagnózu, na jejímž základě může být teprve přidělen stupeň podpůrných opatření a asistent pedagoga. V tomto případě to trvalo něco

přes rok. Rodiče zpočátku nevěděli, jak mohou své dceři pomoci, protože byli neustále ujišťováni jak pediatrem, tak prvním logopedem, že je na vše čas. Pomoc jim byla poskytnuta až v druhé mateřské škole, kde ředitelka mateřské školy začala společně s rodiči situaci řešit v zájmu dítěte a odkázala je na odborníky.

Díky tomuto výzkumu mi bylo umožněno více nahlédnout do problematiky dítěte s mentálním postižením a vývojovou dysfázií, seznámit se se zkušenostmi učitelk a jejich nahlížením na inkluzi tohoto dítěte. Velmi významnou roli v tomto případě sehrála učitelka v roli nové ředitelky. Byla to první osoba, která s rodiči chtěla problém jejich dcery řešit a pomoci jim. Dle mého názoru k takovým situacím běžně dochází, považuji proto za důležité se do budoucna zabývat podporou včasné diagnostiky dítěte a možná i osvětou rodičů, aby měli přehled, na koho se mohou eventuálně obrátit, pokud by jejich dítě vykazovalo nějakou odlišnost.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ZDROJE LITERATURY:

ANDERLIK, Lore. *Cesta k inkluzi: úvahy z praxe a pro praxi*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-765-1.

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ, 2016. *Realizace inkluzivní edukace v České republice*. In: LECHTA, Viktor, ed. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, 2016. s. 204-218. ISBN 978-80-262-1123-5.

CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava, 2007. *Afázie*. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kolektiv. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 147-179. ISBN 978-80-7367-340-6.

FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-622-2.

HAVLISOVÁ, Helena, 2017. *Učitel mateřské školy na cestě k inkluzivnímu vzdělávání*. In: SVOBODOVÁ, Eva a Miluše VÍTEČKOVÁ a kol. *Osobnost předškolního pedagoga: sebereflexe, sociální kompetence a jejich rozvíjení*. Praha: Portál, 2017. s. 80-97. ISBN 978-80-262-1243-0.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3941-0.

KLENKOVÁ, Jiřina, 2010. *Logopedie*. In: PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. s. 117-130. ISBN 978-80-7315-198-0.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.

Kolektiv autorů projektu WELCOME. *Metodika pro práci s dětmi s SVP v předškolním*

vzdělávání. Praha: Dr. Josef Raabe, 2019. ISBN 978-80-7496-399-5.

KOLESOVÁ, Eva. *Jak pomoci svému dítěti s vadou řeči: praktické rady pro rodiče a jejich děti*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-03-9.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Opožděný vývoj řeči: Dysfázie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6.

LAUDOVÁ, Lucie, 2007. *Augmentativní a alternativní komunikace*. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kolektiv. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 565-582. ISBN 978-80-7367-340-6.

LEČBYCH, Martin, 2018. *Pojem inteligence*. In: VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2018. s. 22-30. ISBN 978-80-271-0378-2.

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

LECHTA, Viktor, 1990. *Logopédia-základné vymedzenie*. In: LECHTA, Viktor a kolektiv. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. s. 15-17. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, Viktor, 2007. *Metody logopedické intervence*. In: ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kolektiv. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 37-44. ISBN 978-80-7367-340-6.

LECHTA, Viktor, 2007. *Základní vymezení oboru logopedie*. In: ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kolektiv. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 17-28. ISBN 978-80-7367-340-6.

MATĚJČEK, Zdeněk, *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.

MAZÁNKOVÁ, Martina. *Inkluze v mateřské škole: děti s PAS, ADHD a handicapem*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1365-9.

MERTIN, Václav. *Abeceda pro učitelky mateřských škol*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7478-923-6.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MLČÁKOVÁ, Renata, 2014. *Speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností*. In: VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. s. 43-64. ISBN 978-80-262-0602-6.

NEUBAUER, Karel, 2007. *Dysartrie*. In: ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kolektiv. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 307-331. ISBN 978-80-7367-340-6.

NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0258-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila, 2010. *Osoby s mentálním postižením v jednotlivých obdobích života*. In: PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. s. 305-310. ISBN 978-80-7315-198-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.

RŮŽIČKA, Evžen a BEDNAŘÍK, Josef, 2004. *Poruchy řeči*. In: AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2004. s. 443-468. ISBN 978-80-7387-389-9.

SALOMONOVÁ, Anna, 2007. *Dyslalie*. In: ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kolektiv. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 332-360. ISBN 978-80-7367-340-6.

SEDLÁČEK, Martin, 2014. *Případová studie*. In: ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014. s. 96-112. ISBN 978-80-262-0644-6.

Slovník cizích slov. 2., dopl. vyd. Praha: Encyklopedický dům, 1996. ISBN 80-90-1647-8-1

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

SYSLOVÁ, Zora, 2018. *Využití pedagogického diagnostikování pro podporu dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. In: SYSLOVÁ, Zora, Jana KRATOCHVÍLOVÁ a Táňa

FIKAROVÁ. *Pedagogická diagnostika v MŠ: práce s portfoliem dítěte*. Praha: Portál, 2018. s. 80-84. ISBN 978-80-262-1324-6.

ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan, 2007. *Narušení plynulosti řeči*. In: ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kolektiv. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 261-306. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan, 2007. *Poruchy při anomáliích orofaciálního systému*. In: ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kolektiv. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 215-260. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan, 2007. *Vývojová dysfázie*. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kolektiv. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. s. 110-146. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠTURMA, Jaroslav, 2015. *Integrace dětí se zdravotním postižením v mateřské škole*. In: MERTIN, Václav, Ilona GILLERNOVÁ, eds. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál, 2015. s. 173-182. ISBN 978-80-262-0977-5.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman, 2014. *Hlubkový rozhovor*. In: ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014. s. 159-184. ISBN 978-80-262-0644-6.

ŠVAŘÍČEK, Roman, 2014. *Zúčastněné pozorování*. In: ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014. s. 142-159. ISBN 978-80-262-0644-6.

VÁGNEROVÁ, Marie, 1991. *Mentální retardace*. In: ŘÍČAN, Pavel a Marie VÁGNEROVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum, 1991. s. 115-120. ISBN 80-201-0131-4.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2018. *Etiologie mentální retardace*. In: VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2018. s. 63-70. ISBN 978-80-271-0378-2.

VALENTA, Milan, 2018. *Koncept mentálního postižení a terminologie*. In: VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2018. s. 31-70. ISBN 978-80-271-0378-2.

LEGISLATIVNÍ ZDROJE:

Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a o vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění účinném od 1. 1. 2021.

Vyhláška č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Školský zákon č. 561/2004 Sb.* [online]. MŠMT, © 2013-2021 [cit. 2021-03-06]. Dostupné z <https://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-25-8-2020>

Národní pedagogický institut České republiky. *Školská poradenská zařízení*. [online]. NUV, © 2011-2021 [cit. 2021-03-06]. Dostupné z <http://www.nuv.cz/ramps/spc>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Struktura otázek k rozhovorům

Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru s učitelkou

Příloha č. 3 – Ukázka z deníku vedeného asistentkou pedagoga

Příloha č. 4 – Ukázka pracovního listu

Příloha č. 5 – Kresba postavy únor 2018

Příloha č. 6 – Kresba postavy září 2019

Příloha č. 7 – Kresba postavy září 2020

Příloha č. 8 – Kresba postavy leden 2021

Příloha č. 1

Struktura otázek k rozhovorům:

Otázky pro pedagogy

Souhlasíte s nahráváním rozhovoru?

Kolik je vám let?

Jaké vzdělání pro svou práci máte?

Jaké bylo vaše první setkání s dítětem?

Jak dítě přijalo asistentku pedagoga?

Jakým způsobem s dítětem pracuje asistentka pedagoga?

Jak funguje komunikace mezi pedagogy a rodiči?

Jak probíhá vývoj dítěte od přidělení asistentky pedagoga?

Jak samotná inkluze tohoto dítěte probíhá?

Jak byste ji popsala, vyhodnotila?

Jak se k dítěti chovají ostatní děti ve třídě?

Jak dítě vychází s ostatními dětmi ve třídě?

Jaké informace jste měla o mentálním postižení?

Jaké informace jste měla o vývojové dysfázii?

Jak nahlížíte na inkluzi dětí s touto diagnózou?

Jaká podle vás přináší inkluze u tohoto dítěte pozitiva a jaká negativa?

Myslíte si, že je inkluze u tohoto dítěte úspěšná? Proč?

Jak byste popsala pojmy integrace a inkluze?

Je ještě něco, co byste mi chtěla sdělit?

Otázky pro asistentku pedagoga

Souhlasíte s nahráváním rozhovoru?

Kolik je vám let?

Jaké vzdělání pro práci asistentky máte?

Jaké bylo vaše první setkání s dítětem?

Jak vás dítě přijalo?

Jakým způsobem s dítětem pracujete?

Jak funguje komunikace mezi vámi a rodiči?

Jak probíhá vývoj dítěte od přidělení vás asistentky pedagoga?
Jak samotná inkluze tohoto dítěte probíhá?
Jak byste ji popsala, vyhodnotila?
Jak se k dítěti chovají ostatní děti ve třídě?
Jak dítě vychází s ostatními dětmi ve třídě?
Jaké informace jste měla o mentálním postižení?
Jaké informace jste měla o vývojové dysfázii?
Jak nahlížíte na inkluzi dětí s touto diagnózou?
Jaká podle vás přináší inkluze u tohoto dítěte pozitiva a jaká negativa?
Myslíte si, že je inkluze u tohoto dítěte úspěšná? Proč?
Jak byste popsala pojmy integrace a inkluze?
Je ještě něco, co byste mi chtěla sdělit?

Otázky pro rodiče

Souhlasíte s nahráváním rozhovoru?
Kolik je vám let?
Jaké je vaše nejvyšší vzdělání?
Kdy jste si začali uvědomovat, že něco není v pořádku?
Kdo vás upozornil, že něco není v pořádku?
Jak jste přijali informaci, že něco není s vaším dítětem v pořádku?
Jakým způsobem jste situaci řešili?
Jaké informace jste měli o mentálním postižení?
Jaké informace jste měli o vývojové dysfázii?
Jaká je spolupráce s odborníky (logoped, speciální pedagog, ...)?
Jaký byl důvod ponechat dítě v běžné MŠ?
Jak podle vás dítě přijalo asistentku pedagoga?
Jakým způsobem asistentka pedagoga s dítětem pracuje?
Jak samotná inkluze tohoto dítěte probíhá?
Jak byste ji popsali, vyhodnotili?
Jak funguje komunikace mezi vámi a pedagogy?
Jak se k dítěti chovají ostatní děti ve třídě?
Jak dítě vychází s ostatními dětmi ve třídě?

Jak probíhá vývoj dítěte od zjištění diagnózy a přidělení asistentky pedagoga?

Co jste věděli o inkluzi?

Jaká podle vás přináší inkluze u vašeho dítěte pozitiva a jaká negativa?

Myslíte si, že je inkluze u vašeho dítěte úspěšná? Proč?

Je ještě něco, co byste mi chtěli sdělit? Chcete se na něco zeptat vy?

Otázky pro logopeda

Souhlasíte s nahráváním rozhovoru?

Jaké bylo vaše první setkání s dítětem?

Jak dlouho s dítětem pracujete?

Jaké zlepšení u dítěte pozorujete?

Jaké problémy přetrvávají?

Je nějak odlišná práce s dítětem s mentálním postižením a vývojovou dysfázií a s dítětem jen s vývojovou dysfázií? V čem?

Myslíte si, že je inkluze pro toto dítě prospěšná? Proč?

Je ještě něco, co byste mi chtěla sdělit? Chcete se na něco zeptat vy?

Otázky pro speciálního pedagoga

Souhlasíte s nahráváním rozhovoru?

Jaké bylo vaše první setkání s dítětem?

Jak reagovali rodiče na sdělenou diagnózu?

Jak dlouho s dítětem pracujete?

Jaké zlepšení u dítěte pozorujete?

Jaké problémy přetrvávají?

Jak samotná inkluze tohoto dítěte probíhá?

Jak byste ji popsala, vyhodnotila?

Jakou úlohu sehrál asistent pedagoga?

Je nějak odlišná práce s dítětem s mentálním postižením a vývojovou dysfázií a s dítětem jen s vývojovou dysfázií? V čem?

Jaká podle vás přináší inkluze u tohoto dítěte pozitiva a jaká negativa?

Myslíte si, že je inkluze pro toto dítě prospěšná? Proč?

Je ještě něco, co byste mi chtěla sdělit?

Příloha č. 2

Přepis rozhovoru s učitelkou, vysvětlivky: U1 – učitelka č. 1, V – výzkumník

V: „Jmenuji se Gabriela Kiselicová, jsem studentkou pedagogické fakulty JČU. Provádím výzkum na téma Inkluze dítěte s mentálním postižením a vývojovou dysfázií v běžné mateřské škole. Cílem mé bakalářské práce je zjistit a popsat problematiku dítěte s mentálním postižením a vývojovou dysfázií a jak probíhá jeho začleňování do kolektivu v mateřské škole běžného typu. Vše, co mi sdělíte v tomto rozhovoru, bude použito pouze pro výzkumné šetření v mé bakalářské práci. Bude zajištěna plná anonymita, všechna jména zúčastněných osob budou v rámci anonymity pozměněna, nikde nebude figurovat jméno obce, kde se MŠ nachází.

Souhlasíte s nahráváním rozhovoru?“

U1: „Ano.“

V: „Kolik je vám let?“

U1: „47“

V: „Jaké vzdělání pro práci učitelky máte?“

U1: „Speciální pedagogika. Vysokoškolské vzdělání speciální pedagogika, obor speciální pedagogika.“

V: „Zeptám se, jaké bylo vaše první setkání s Evou?“

U1: „Moje první setkání bylo v roce 2017 v září, kdy ona už vlastně půl roku do mateřské školy docházela. Já jsem tam nastoupila jako ředitelka mateřské školy a toto dítě bylo pro mne úplně zcela nové. Už od bývalé paní ředitelky jsem měla náznaky toho, že s tímto dítětem by se mělo začít komunikovat jinak a že bych si měla sjednat pohovor s rodiči ohledně jeho speciálních vzdělávacích potřeb. Toto jsem tedy učinila, domluvila jsem si schůzku s maminkou a začali jsme vlastně podnikat kroky k tomu, abychom zjistili, zajistili vyšetření Evy a mohli jsme se odvíjet od toho, jaká se jí stanoví diagnóza.“

V: „Jakým způsobem jste vlastně rodiče informovala?“

U1: „Informovala jsem je tím, že jsem si s nimi, s maminkou, s tatínkem ne, s maminkou jsem si sjednala schůzku, vlastně osobní konzultaci v ředitelně.“

V: „Jak na to maminka reagovala, že něco není v pořádku?“

U1: „Maminka naprosto spolupracovala, byla ráda, že se vlastně konečně po půl roce nebo po třičtvrtě roce v tom podnikají nějaké kroky a že vlastně chceme jejímu dítěti pomoci. Takže začala spolupracovat. Vlastně vymýšleli jsme kroky, jakým způsobem, kam se má obrátit, navštívila vlastně psychologa, potom vlastně vyšetření neurologické, pak vlastně jí čekalo vyšetření foniatrické a byla odkázána do speciálně pedagogického centra za speciálním pedagogem, kde vlastně se začaly podnikat další kroky k tomu, abychom k Evě získali asistenta pedagoga.“

V: „A jak dlouho to vyřízení všech formalit pro přijetí asistentky pedagoga?“

U1: „Rok. Jeden rok. A vlastně tím, že oni dlouhou dobu nemohli Evě stanovit žádnou závěrečnou diagnózu, vlastně byli pořád odkázáni na to, že si mysleli, že Eva neslyší, chtěli vyšetření foniatrické, ale ona vlastně nespoupracovala, takže tam hrozilo to, že by musela Eva podstoupit vyšetření pod narkózou. Všude byly vlastně objednáci lhůty minimálně tři měsíce a potom vlastně já ze své zkušenosti osobní jsem maminku odkázala na paní psycholožku v jiném městě, která vlastně Evu vyšetřila a stanovila konečnou diagnózu, která byla potřebná pro speciální pedagogické centrum, aby mohli na základě toho vlastně napsat závěrečnou zprávu a stanovit stupeň podpůrného opatření a úvazek asistentky pedagoga. Takže to bylo opravdu na dlouhou trať.“

V: „To je hodně dlouho. Rok to je strašně dlouhý. Jak dítě přijalo asistentku pedagoga?“

U1: „No tak, v prvním roce se nám nepodařilo získat moc dobrou asistentku pedagoga, takže vlastně ta s ní pracovala způsobem, že Evu uplácěla bonbónama a vlastně v podstatě jí jenom hlídala, aby vlastně nikam neutíkala, nikam nezasahovala a v podstatě tam nějaké rozvíjení bych řekla, k nějakému rozvíjení vůbec nedocházelo. Po kontrole speciální pedagožkou ze speciálně pedagogického centra, která mi vlastně řekla, že to je levná hlídací služba, abych zvolila jinou asistentku pedagoga, která bude mít pro Evu daleko větší význam a rozvoj. Tak jsem se vlastně začala ohlížet po nové asistentce pedagoga, kterou se mi teda potom od dalšího školního roku podařilo získat.“

V: „Jakým způsobem asistentka s dítětem pracuje?“

U1: „Pracuje. Tak teď nějakým způsobem pracuje výborně, má k dispozici individuální koutek, kde vlastně si může Evu kdykoliv při jakékoliv činnosti, když vidí, že Eva nezvládá

to tempo ostatních dětí, tak si ji může kdykoliv vzít k tomu individuálnímu stolečku, kde oni vlastně mají různé pomůcky, které jsem vlastně díky podpůrným opatřením získali. A tam vlastně rozvíjejí to, co ona potřebuje, především logopedické rozvíjení, potom koordinaci pohybu, matematické představy, zrakové vnímání, prostě věnuje se jí asistentka individuálně. A mají spolu zavedený sešítek, kdy vlastně ona na základě toho, že splní nějaký úkol, tak protože miluje Minnie, tak dostává obrázky Minnie.“

V: „Jak funguje komunikace mezi pedagogy a rodiči?“

U1: „Mezi pedagogy a rodiči komunikace funguje v naprostém pořádku. Rodiče se zajímají, asistentka vlastně má s rodiči komunikační deník, sjednáváme si individuální schůzky minimálně jednou měsíčně, kdy se vlastně radíme, jakým způsobem pracovat s Evou. Rodiče vlastně s námi táhnou za jeden provaz a to co, jaký úspěch má... Vlastně to, v čem uspěje dítě ve školce, tak to vlastně oni se snaží nějakým způsobem aplikovat i v domácím prostředí, takže i třeba pomůcky, buď jim je vypůjčíme, nebo si je zakoupí. Oni vlastně to samé... a zase je to i naopak, to, co se jim podaří doma, tak oni vlastně doporučí té asistentce anebo těm pedagogům, abychom opravdu dosáhli toho správného cíle u Evy.“

V: „Jak probíhá vývoj dítěte od zjištění diagnózy a přidělení asistentky pedagoga?“

U1: „Vývoj dítěte...“

V: „Jestli tam je nějaký posun?“

U1: „Eva, samozřejmě je na ní vidět velký posun, samozřejmě to její věkové, ehm, mentální věk vlastně je o trošičku níž než fyziologický věk, takže tam samozřejmě ten pokrok jako je znát, ale jde to určitým svým tempem. Takže Eva vlastně v současné době už začala komunikovat, rozvíjí řeč. V dřívějších letech to bylo, že vlastně v podstatě tam měla veliký komunikační problém. Teď už se začíná zapojovat vlastně do kolektivu a máme z toho radost, z každé věty, kterou ona, ona ze sebe vydá.“

V: „Jak samotná inkluze tohoto dítěte podle vás probíhá?“

U1: „No tak samotná inkluze, myslím si, pro Evu je to velkým přínosem, protože se vlastně může rozvíjet v klasické třídě mezi normálními dětmi. Ty děti jí vlastně samozřejmě berou takovou, jaká je a chovají se k ní velice ohleduplně, berou na ní ohled, snaží se jí pomoci i, když se jí podaří vlastně cokoliv udělat, tak jí za to pochválí. A myslím

si, že ta inkluze je pro ni velkým přínosem, protože ona vnímá ty děti prostě... a vlastně čerpá z nich ten, ehm, ty vjemy a kdežto kdyby byla začleněná v nějaké speciální třídě nebo ve speciálně, já nevím, v nějakém jiném prostředí, tak si myslím, že ten její rozvoj by nebyl takový.“

V: „Takže jí to jakoby, víc těch věcí rozvíjí? „

U1: „Rozvíjí.“

V: „Jakoby ve větší míře?“

U1: „Ve větší míře jí to opravdu rozvíjí, protože má daleko víc podnětů z toho od těch dětí, které jsou vlastně mentálně jako v pořádku, tak vlastně ono jí to dává podněty a ona to od nich vlastně v podstatě čerpá. Kdežto když by byla v prostředí u dětí, které by byly na tom stejně jako je ona, tak si myslím, že by ty podněty nebyly takové a nebyl by vidět takový výsledek toho pokroku. Takže si myslím, že v tomhle tom případě ta inkluze je opravdu jako výborná. Máme z toho všichni radost.“

V: „To je dobře. Jak Eva vychází s ostatními dětmi v té třídě? Jak ona se k nim chová?“

U1: „Ona se k nim chová opravdu jakoby kamarádsky, mile, oni jí mají rádi. Ona má samozřejmě svoje oblíbené, které vyhledává a nevidíme tam jediný problém, že by se nějakým způsobem nezačlenila do kolektivu.“

V: „Jaké informace jste měla o mentálním postižení, než tohle dítě nastoupilo?“

U1: „Myslíte jakoby o...?“

V: „Vzhledem k tomu, že jsem studovala speciální pedagogiku, tak jsem měla informace.“

V: „Takže i o vývojové dysfázii?“

U1: „Ano, i o vývojové dysfázii, ano.“

V: „Jak nahlížíte na inkluzi dětí s touto diagnózou?“

U1: „Nahlížím na ní jako bych řekla, že je to výborná věc, že si myslím, že ty děti mají mít prostě šanci začlenit se do..., do běžného kolektivu a žít vlastně normální život za pomoci samozřejmě asistenta pedagoga. Bez asistenta pedagoga by to bylo vlastně těžká věc, protože ono spoustu věcí ty děti potřebují ..., se spoustou věcí ty děti potřebují

dopomoci. I takový ten individuální klid, kdy prostě se může rozvíjet ještě jiným směrem než to, co by třeba to dítě zrovna v daném případě nechápalo, tak je taky pomoc, a to je vlastně za pomoci jedině díky asistentovi pedagoga.“

V: „Teď se zeptám jaká, podle vás, přináší inkluze u toho dítěte pozitiva a jaká negativa? Tak pozitiva už byla asi řečená, ale přináší to nějaká negativa ta inkluze pro tohle konkrétní dítě?“

U1: „Já myslím, že pro něj to žádná negativa nepřináší. Jedině, že by nestíhala prostě to tempo jako u ostatních dětí, ale ona to tak sama nevnímá. Ona se prostě cítí jakoby začleněná do toho kolektivu. Ale negativa? Jedině prostě, že ty učitelky prostě musí spolupracovat s asistentem pedagoga a aby ony všechny měly zájem v tom týmu to dítě rozvíjet. To jako jediný, že když by se nesetkalo v té třídě pochopení mezi asistentem pedagoga a klasickými pedagogy, tak potom by to mělo opravdu nemalý vliv na tu asistenci a potom třeba i na to dítě. Ale pokud ty lidé, který se vlastně okolo ní ..., o ní pečují jak ten pedagog, tak ten asistent, jedou v jednom týmu a v jedné rovině a vlastně v rovině s tou rodinou, tak si myslím, že to pro to dítě prostě nejlepší, co může být.“

V: „Takže záleží na spolupráci vlastně všech? Na takové týmové práci.“

U1: „Záleží na spolupráci, ano, týmová práce.“

V: „Myslíte si tedy, že inkluze o tohoto dítěte, je úspěšná. Proč?“

U1: „No, protože opravdu se nám podařilo sjednotit ten tým, všech těch lidí kolem toho dítěte a táhli jsme všichni za jeden provaz, a to potom opravdu vede ke zdárnému rozvoji toho dítěte.“

V: „Tak to je super.“

U1: „A úspěšná určitě je.“

V: „Je ještě něco, co byste mi chtěla sdělit?“

U1: „Jenom si myslím, že v rámci..., v souvislosti s tímto dítětem, tak z toho máme velikou radost. Bude nám líto, že když to dítě tohleto naší mateřskou školku opustí, protože nám přirostlo k srdci, jak rodiče, tak to dítě. A budeme jí přát úspěšný start do další etapy jejího života v nějaké klasické základní škole, protože si myslím, že i rodiče budou vybírat vlastně klasickou základní školu ve spolupráci s asistentkou pedagoga.“

Aby ta malá vlastně mohla pokračovat dál v takovémhle tempu. Takže doufejme, že se jí podaří prostě tohle to všechno zajistit. I menší, samozřejmě, počet dětí ve třídě.“

V: „Takže, jestli je to všechno, tak děkuji za rozhovor. Ještě jednou zopakuji, že vše, co bylo sděleno v tomto rozhovoru, bude anonymizováno a použito pouze pro výzkum v mé bakalářské práci.“

Příloha č. 3

Ukázka z deníku vedeného asistentkou pedagoga

PONDĚLÍ 4.9.

████████ přišla poprvé po prázdninách do HS,
je trochu rozpačitá z časové obnovy
kollektiv, bude potřeba jí nechat čas na adaptaci.
Do volné hry se s dětmi zapojuje bez problémů.
Měla velkou radost z vyzdobení školky
(maminka donesla obrázky s Mickeymousem a Minnie
a papírovou, pro odpočinek neri činnosti)
- pracovní list č. 1

ÚTERÝ 8.9. - PÁTEK 11.9.

████████ se celý týden zapojuje s dětmi do
seznamovací činnosti.
Zvládla tu maminka, kdy se zapojovaly
některé děti podle jména jako rožky. ██████████
zvládla i lokomotiva a vyzdobit
děti podle jmen.
10.9. pracovní list č. 2

PONDĚLÍ 14.9.

- Rozvíčka
 - Křeslé polky
 - Malování postavy - kočička - kreslí sama
list č. 3
- W - vyzdobení sady aquazolými rozsovkami,
rozdívání bavky, vodou - šiškami, stříhání,
lepení

matematické představy

- přičarování předmětů podle tvaru
○ △ □ - rozděla křížem sama na
pracovní list č. 4

STŘEDA 23.9.

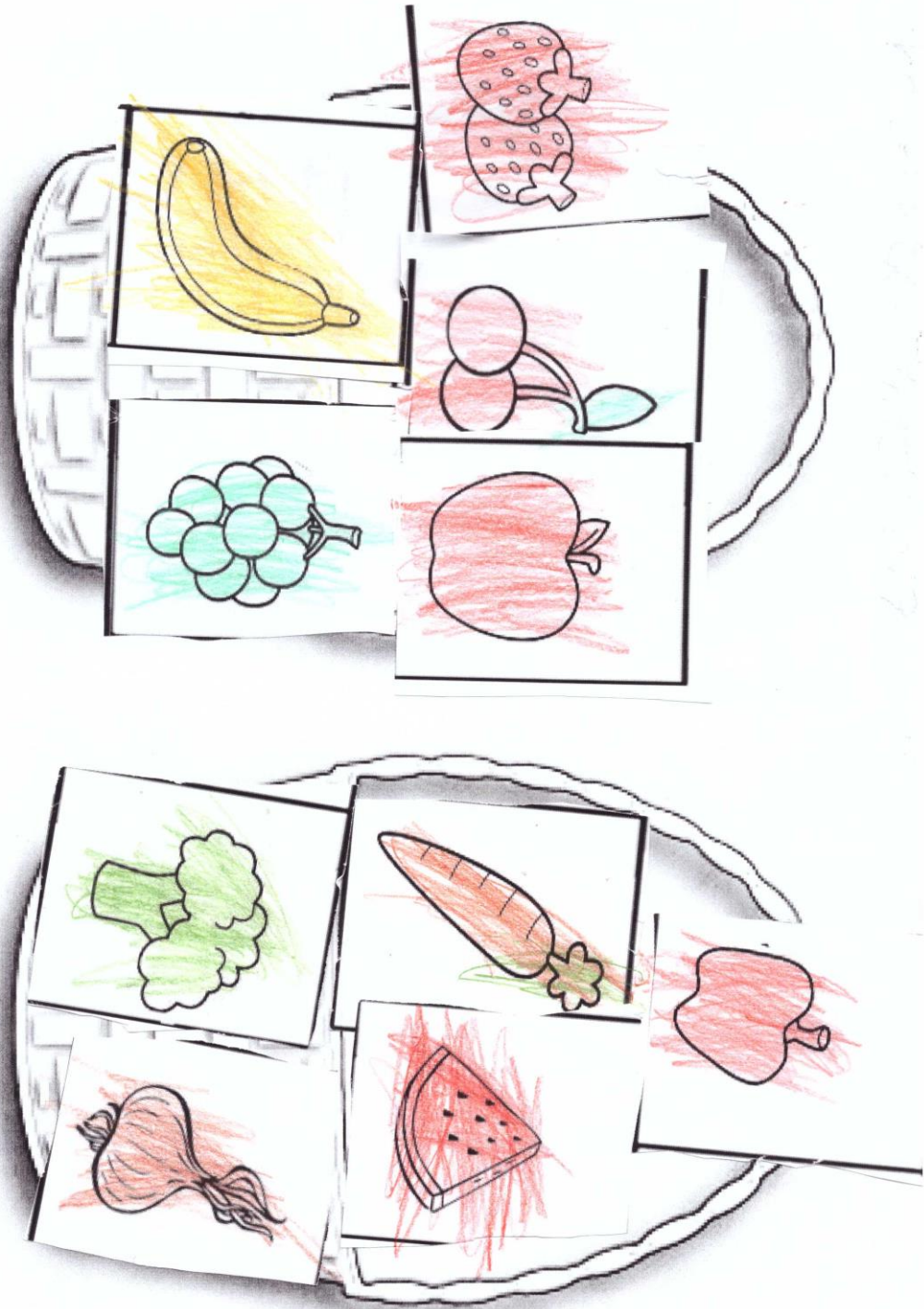
- kreslička
- křížové pažby - dva rozděla se stoji,
(v jednu ruce držela kováč, druhou pažbu
"kouk" nebo "vuka" a držela ruce na kříži
na rozdělení kováče)
- matematické představy
 - počítání kováčů 1, 2, 3
 - podle počtu puntíků přičarování kováčů
a ušarování na prstech
(1, 2 měřil problém, 3 se podává jen
vždy) - [redacted] má radost, když
přel rozděluje, říká: "já se dostala!"
Věděl jednoduchého mluví (s bavou šůně)

ČTVRTEK 24.9.

- kreslička
- křížové pažby s kováčem v ruce se stoji
- pracovní list č. 7 - spojování kováčů s jejich
stíněním - rozděla (s kováčem
křížem sama)
- rozložení jazyčků
Vykřídlení slov se skupinou ovce po stádkách
W - stádků, odřezávání ovce podle stádků
(rozděla, podle malá dopomoc)

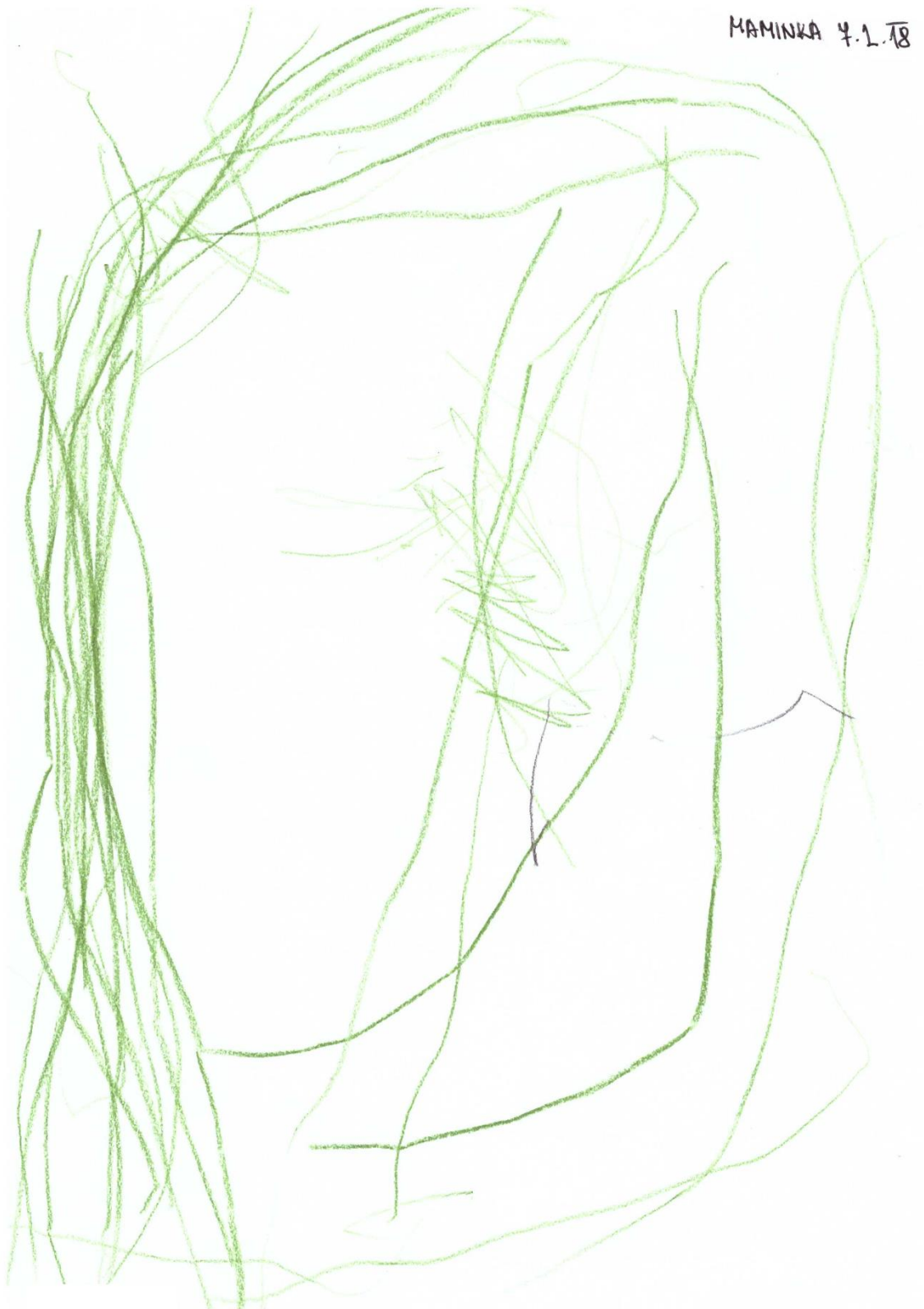
Příloha č. 4

Ukázka pracovního listu



Příloha č. 5

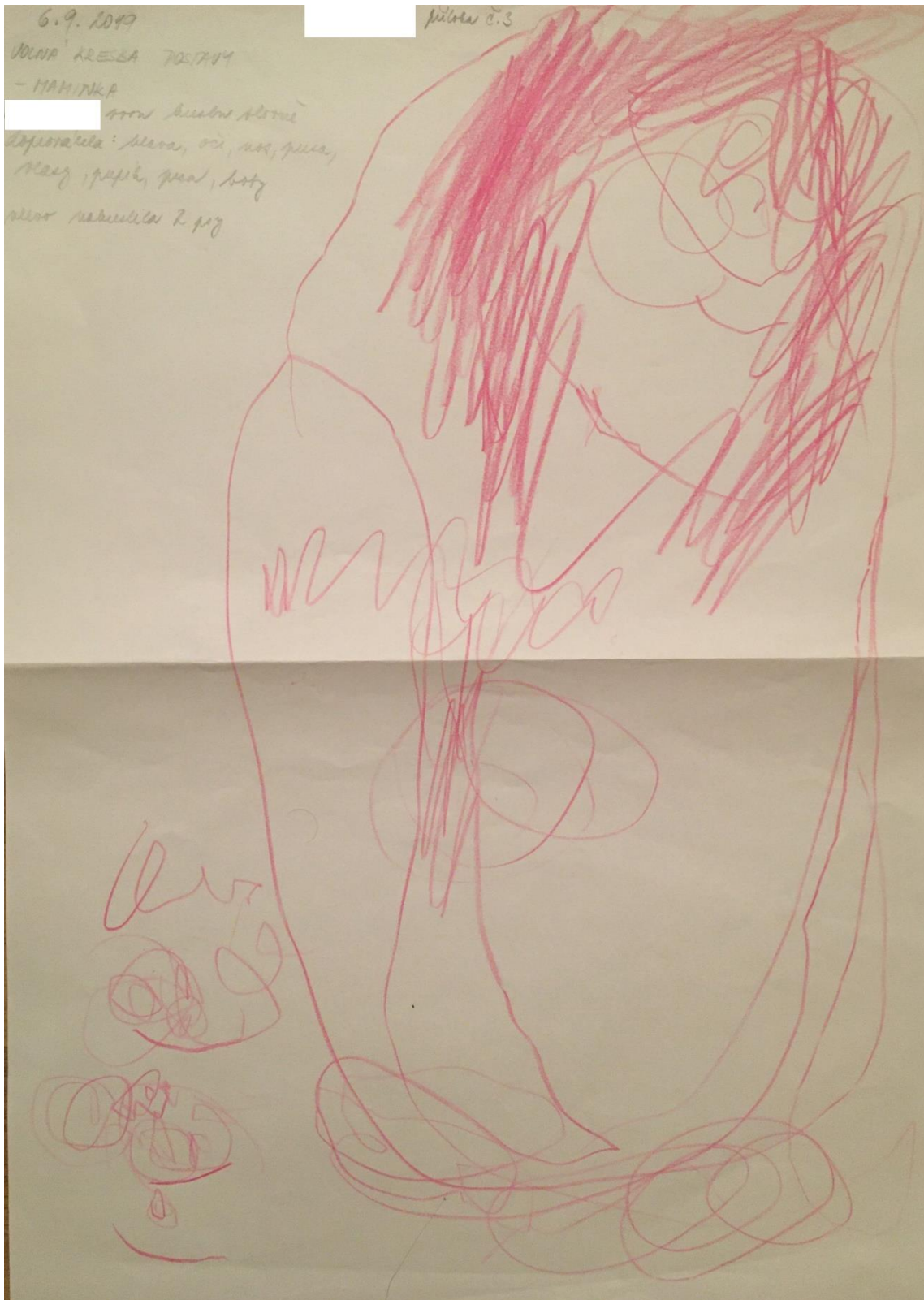
Kresba postavy únor 2018



(věk 4 roky, 10 měsíců)

Příloha č. 6

Kresba postavy září 2019



(věk 6 let, 5 měsíců)

Příloha č. 7

Kresba postavy září 2020



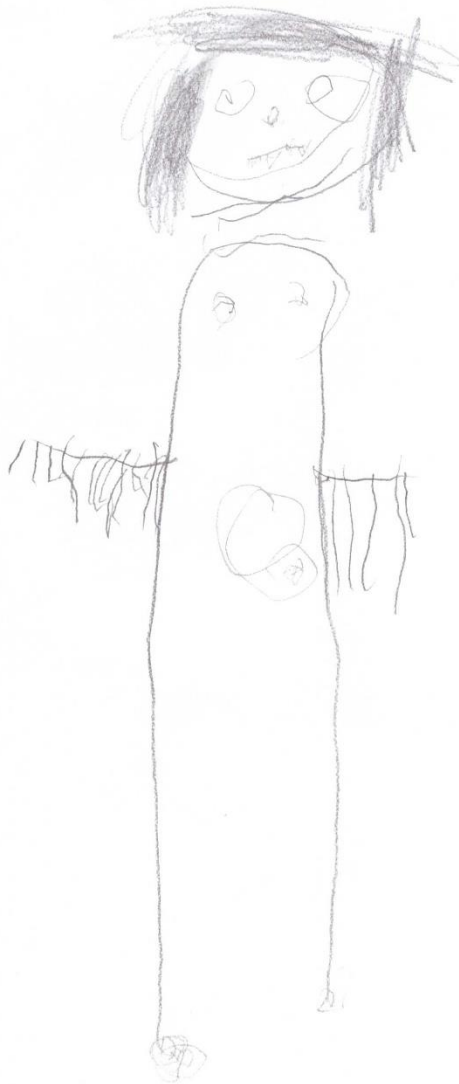
(věk 7 let, 5 měsíců)

Příloha č. 8

Kresba postavy leden 2021

23.1. 2021

29



NAKRESLI POSTAVU

Kyjem malovaná hlavu s náry a byla hotová.
Kladem, kteréž typu: Co čyší na hlavě? OČI, NOS,
ŮSA, XUBY (sama odpovídala) co čyší na mce? Kde má
šelo? - Dobrušila pupík, PRSA, ... atd.

(věk 7 let, 9 měsíců)