

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2013–2015

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Monika Černá**

Terapeutické metody a přístupy ve výchově a vzdělávání dětí  
s Williamsovým syndromem

**Praha 2015**

**Vedoucí diplomové práce:**

**Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.**

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**MASTER COMBINED STUDIES**

**2013-2015**

**DIPLOMA THESIS**

**Monika Černá**

**Title**

The Therapeutical Methods and Approaches in education of  
children with Williams syndrome

**Prague 2015**

**Diploma Thesis Work Supervisor:**

**Doc. PaedDr. Eva Šotlová, Ph.D.**

### **Prohlášení**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 6. března 2015

Monika Černá

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí diplomové práce paní Doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za čas strávený při konzultacích, množství rad, které mi poskytla a výborné vedení. Poděkování patří rodičům a dětem, kolegům a kolegyním, kteří mi pomáhali při nacvičování divadelního představení s dětmi.

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá terapeutickými metodami a přístupy ve výchově a vzdělávání dětí s Williamsovým syndromem. Cílem diplomové práce je zjistit, které metody lze využít na Základních školách praktických a speciálních, zařadit do vyučování, či uplatnit ve volnočasových aktivitách. Zda metody vedou k eliminování obtíží u dětí s Williamsovým syndromem, ke zlepšení motivace, k učení a vzdělávání. Teoretické poznatky z oblastí dramaterapie, muzikoterapie a taneční terapie jsou zařazeny a využity v praktické aplikaci během vyučování, výstupem byl nácvik vánočního divadelního představení. Praktická část dále obsahuje nestandardizované dotazníky pro rodiče dětí, ukázky narativních rozhovorů se zákonnými zástupci a učiteli, dotazníky pro učitele. V závěru je detailně popsána realizace projektu a shrnutí výsledků průzkumu.

## **Klíčová slova**

Dramaterapie, Edukace dětí s Williamsovým syndromem, Komplexní péče o dítě s Williamsovým syndromem, Mentální postižení, Muzikoterapie, Psychoterapie, Taneční terapie, Williamsův syndrom.

## **Annotation**

This diploma thesis deals with therapeutical methods and approaches in education of children with Williams syndrome. Aim of this thesis is to find out which of the methods are possible to use at basic schools (practical and special schools), if it is possible to integrate these methods into education and or to use it as freetime activities. If these methods lead to elimination of difficulties at children with Williams syndrome, to better their motivation and education. Theoretical knowledge from a sphere of dramatherapy, musicotherapy and dance therapy are included and used in a practical application during education - thanks a Christmas performance. Practical part includes as next non-standardized questionnaires for parents of these children, interview demonstrations with teachers, legal representatives and questionnaires for their teachers.

## **Keywords**

Complex Care of a Child with Williams Syndrome, Dance therapy, Dramatherapy, Education childrens Williams syndrom, Mental disability, Musicotherapy, Psychotherapy, Williams Syndrome.

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....</b>	<b>11</b>
1.1 Vymezení pojmu mentální postižení .....	11
1.2 Klasifikace postižení .....	13
1.3 Jednotlivé formy mentálního postižení a klinický obraz.....	15
1.4 Kognitivní procesy a jejich vývoj u dětí s mentálním postižením .....	19
1.5 Problémové chování u dětí s mentálním postižením.....	21
<b>2 WILLIAMSŮV SYNDROM.....</b>	<b>23</b>
2.1 Charakteristika Williamsova syndromu .....	23
2.2 Specifická zdravotní omezení a onemocnění u Williamsova syndromu .....	24
2.3 Edukace dětí s Williamsovým syndromem .....	26
<b>3 TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY .....</b>	<b>29</b>
3.1 Pojem psychoterapie a její význam .....	29
3.2 Dramaterapie a dramatická výchova .....	30
3.3 Muzikoterapie a hudební výchova.....	31
3.4 Arteterapie taneční a výtvarné formy .....	33
<b>PRATICKÁ ČÁST .....</b>	<b>34</b>
<b>4 POPIS PRŮZKUMU .....</b>	<b>34</b>
4.1 Cíl průzkumu .....	34
4.2 Charakteristika sledovaného souboru .....	35
4.3 Metody průzkumu .....	38
<b>5 DIVADELNÍ PŘEDSTAVENÍ VÁNOČNÍ PŘÍBĚH .....</b>	<b>39</b>
<b>6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU.....</b>	<b>41</b>
6.1 Dotazníkové šetření A – zákonní zástupci dětí s Williamsovým syndromem .....	41
6.2 Dotazníkové šetření B – učitelé dětí s Williamsovým syndromem .....	52
6.3 Závěr průzkumu .....	62
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>71</b>

<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>73</b>
---------------------------	-----------



## ÚVOD

Tématem diplomové práce jsou terapeutické metody a přístupy ve výchově a vzdělávání dětí s Williamsovým syndromem. Toto téma si autorka práce vybrala i proto, že na škole, kde působí jako speciální pedagožka a terapeutka, se s dětmi s Williamsovým syndromem setkala, jedno z nich je jejím žákem. Zároveň by v práci ráda uplatnila a zhodnotila dlouholeté zkušenosti v muzikoterapii, dramaterapii a taneční terapii, kterými se zabývá v terapeutickém centru při škole.

V diplomové práci nalezneme tři cíle, prvním je, jak vnímají terapeutické metody a přístupy rodiče dětí s Williamsovým syndromem, jaké jsou jejich představy o nich, zda se domnívají, že by měly být více zařazovány do výuky. Druhým cílem bylo prozkoumat, jak vnímají terapeutické metody a přístupy, zmiňované v práci, učitelé dětí s Williamsovým syndromem. Autorka práce se zabývala hledáním nejvhodnějších metod, které nejen prozkoumala, ale prakticky použila v nácviku divadelního představení s žáky základní školy, základní školy praktické a speciální. To je třetím cílem této práce: jakými terapeutickými postupy je možné zmírnit či upevnit výkyvy v chování a učení u dětí s Williamsovým syndromem.

Teoretická část poukazuje na oblast psychoterapie, ze které většina dalších metod vychází nebo s ní velmi úzce souvisí. Podrobněji se věnuje muzikoterapii, taneční terapii, která v naší zemi je dosud velmi málo rozšířená a nabízí vynikající výsledky s klienty s mentálním postižením a dramaterapii. Pozornost je věnována oblasti mentálního postižení, definování jednotlivých postižení, popisuje Williamsův syndrom jako takový, specifická zdravotní onemocnění a zdravotní omezení, která osoby s WS provázejí, zabývá se edukací dětí s WS, ale i problémovému chování u těchto osob.

Praktická část je realizována kvantitativním průzkumem za použití základních výzkumných teorií, které vycházely z analyzovaných dat. Mezi ně patřily narativní rozhovory s rodiči a učiteli, kteří mají osobní zkušenost s dětmi s Williamsovým syndromem. Dále to bylo dotazníkové šetření, osobní rozhovory, rodinné anamnézy aj. Součástí praktické části je natočený DVD záznam z divadelního představení, které

proběhlo v základní škole, během adventního času. Toto představení je praktickou ukázkou toho, jak pracovat s dětmi s mentálním postižením a WS nejen pedagogicky, ale působit i terapeuticky. Je zde praktická ukáзка toho, že terapeutické metody a přístupy, je – li zvolena vhodná forma, uplatnit ve školských zařízeních, možné je. Při realizaci je to prospěšné nakonec nejen dětem, ale celému kolektivu účinkujících i těch, co vše připravují.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

### 1.1 Vymezení pojmu mentální postižení

Pohledy naší společnosti na lidi s mentálním postižením, jsou různé. Je hodně lidí, kteří nemají vlastní názor, protože s tímto postižením nemají osobní zkušenost, nikdy se s takovým člověkem nesetkali. U některých stále přetrvávají předsudky z doby před Sametovou revolucí, kdy lidé s postižením žili spíše v ústraní. Jsou lidé, kteří se touto problematikou nezabývají vůbec a k lidem s postižením se chovají, jakoby neexistovali. Je zřejmé, že k předsudkům přispěl i pojmový aparát, klasifikace mentálního postižení, kdy se dříve používaly pojmy jako retardace, debilita a další, které byly více než nevhodné pro zachování lidské důstojnosti.

*„Snad žádný jiný obor lidské činnosti (s výjimkou psychiatrie) nemá s terminologií tak velké problémy etického rázu jako psychopedie. Tento fakt vyplývá z charakteru postižení, které je předmětem této speciálně pedagogické disciplíny. A tak zatímco taková tyflopédie, zabývající se mimo jiné péčí o nevidomé, koriguje svůj pojmový aparát jenom s posuny ve vědě (neboť nevidomý je všeobecně brán jako veskrze tragická postava), psychopedie je nucena hledat novou terminologii i z toho důvodu, že většina jejích pojmů se po určité době stává společensky nepřijatelnými, protože nabývá pejorativního zabarvení (duševně postižený je často společensky vnímán jako postava komická či tragická - historii našeho či světového dramatického a slovesného umění bychom našli stovky důkazů. (Valenta, Muller, 2003, s. 7).*

Abychom dostáli humanizaci pojmů, psychopedická terminologie se změnila a sjednotila s důrazem na osobnost. Dle Valenty je odborné i laické veřejnosti doporučeno používat pojmy jako osoba se zdravotním postižením, osoba s mentálním postižením. Na prvním místě by měla být vždy lidská bytost. (Valenta, Muller, 2003).

Dle Votavy (Votava, 2003) je v současné době postižení vnímáno jako určitý životní rozměr, kdy předmětem všeho je člověk, jeho vlastnosti, klady, přínos pro společnost a jednou z těchto součástí člověka může být i zdravotní postižení.

Pojem pro děti se znevýhodněním vymezuje i Zákon č. 561/ 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Paragraf 16 vymezuje vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných. „ *Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.*“ (Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších předpisů).

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 nadále pracuje s pojmem mentální retardace. (MKN, 2010).

ICIDH Mezinárodní klasifikací poruch, postižení a handicapů byl pojem postižený rozdělen na tři základní pojmy, které přesně charakterizují danou problematiku. Jde o pojmy: porucha (impairment), handicap a postižení (disability). Dle Pipekové (Pipeková, 2010) jde o rozdělení na smyslové, tělesné a mentální, aby nedocházelo k mylnému dojmu, že u osoby musí zákonitě docházet k omezení ve všech oblastech.

„*Specifickou skupinu mezi zdravotně postiženými občany tvoří děti, mládež i dospělí s mentální retardací. Představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin, a přesto se toho o nich ví poměrně málo. Představy „normálních“ lidí o mentálně postižených bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky a často i neopodstatněnými obavami. Z toho vyplývá rozpačitý, někdy dokonce i nepřátelský postoj společnosti k lidem s mentálním postižením.*“ (Švarcová, 2006, str. 13).

## 1.2 Klasifikace postižení

*„Základní charakteristikou je nedostatečně vyvinutý intelekt (na rozdíl od demence, kdy dochází k úbytku již rozvinutého intelektu a která bývá doménou starší věkové populace), s tímto pak souvisí úroveň narušení chování, stupeň soběstačnosti a nutnost péče. Mentální retardace představuje globální poškození intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti a společenskou nedostačivostí od počátku duševního vývoje jedince.“ (Češková, 2006, s. 268).*

Vágnerová uvádí, (Vágnerová, 1991) že mentálním postižením lze nazvat soubor rozumových schopností, které se nerozvíjely, tak, aby dosáhly správného stupně mentálního vývoje v daném věku. Ať už jde o defekty vrozené nebo částečně získané. Nízký stupeň vývoje ovlivňuje dobrý rozvoj myšlení, což je obtížné zejména při učení, v sociálních dovednostech a činnostech sebeobsluhy.

*„Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií.“ (Valenta, Muller, 2003, s. 16).*

*„Mentální zaostalost nazýváme tedy trvalé porušení poznávací činnosti, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku.“ (Rubinštejnová, 1986, s. 40).*

Vágnerová (Říčan, Vágnerová a kol., 1991) definuje pojem mentální postižení jako soubor vrozených nebo částečně získaných defektů při rozvíjení rozumových schopností. Je-li vyhodnocován mentální vývoj člověka, neodpovídá věku. Jde o nedostatečný rozvoj myšlení, sníženou schopnost učení, v běžných životních podmínkách se tyto lidé špatně sociálně orientují a přizpůsobují. Tento stav je částečně získaný, či vrozený a trvalý. Při klasifikaci jakéhokoli postižení je potřeba rozlišovat, ve které době vývoje k němu došlo. Pokud jde o stav, který nastal v období prenatálním, je zde pravděpodobnost, že k němu došlo vlivem genetických faktorů. Struktura či funkce celého genetického aparátu byla narušena. Mohlo dojít k aberacím, chromozomálním odchylkám.

*„Velmi jednoduše lze rozdělit možné příčiny mentální retardace z hlediska doby jejich vzniku na pre-, peri- a postnatální. Prenatální – vrozené vady metabolismu nebo chromozomové aberace (např. Downova choroba, Williamsův syndrom, syndrom fragilního X chromozomu); časné vývojové alterace (chromozomální změny, prenatální toxické postižení, jako je např. fetální alkoholický syndrom). Perinatální – těhotenské a perinatální problémy. Postnatální – somatické poruchy a poruchy se vznikem v raném dětství; zevní vlivy prostředí, psychosociální vlivy, psychické poruchy (deprivace, nedostatek stimulů). (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 268).*

Vágnerová uvádí (Vágnerová, 2010), že velmi záleží na období těhotenství, na přístupu matky k dítěti a sobě. Vliv na postižení dítěte má užívání psychoaktivních látek, kouření, alkohol, užívání některých léků, vliv záření. Dále infekční či virová onemocnění matky během těhotenství, psychická zátěž, nedobré životní podmínky. Během komplikovaného porodu může dojít k přidušení plodu, mechanickému poškození plodu, vdechnutí plodové vody. Jde o postižení, ke kterému dochází v období perinatálním.

*„Dle MKN 10 jde o stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a sociální rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí.“ (MKN 10, 2010).*

### 1.3 Jednotlivé formy mentálního postižení a klinický obraz

Češková udává, že mentální postižení lze rozdělit do jednotlivých forem, které rozdělujeme podle výše IQ, ke každé z těchto forem, či kategorií, lze udat orientační mentální věk jedince. (Češková, 2006).

**Lehký stupeň postižení (IQ 50 – 69)** - taková postižení, která se v minimální podobě odlišují od normy. V předškolním věku jsou téměř k nerozeznání od dětí tzv. normálních. Tito jedinci jsou schopni dosahovat základního vzdělání, za pomoci asistenta pedagoga na běžné základní škole. Kdy lze použít podpůrných metod jako je individuální vzdělávací plán, redukce a rozložení učiva. Je možné je také vzdělávat v programu Základní vzdělávání s přílohou pro LMP na školách, kde je zároveň speciální a praktický stupeň vzdělávání. Ve třídách je nižší počet žáků, asistent pedagoga a prostor pro individuální práci s dítětem.

*„Lehká mentální retardace – opožděný řečový vývoj, hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Většina klientů je plně nezávislá v sebeobsluze, je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez omezení a problémů. Výchovné prostředí má u těchto klientů velký význam, distribuce dalších duševních poruch je podobná intaktní populaci. Organická etiologie se vyskytuje u menšiny klientů, u většiny se uvažuje o spodní variantě distribuce inteligence v populaci (viz. Gaussova distribuční křivka).“ (Muller, Valenta, 2003, s. 39).*

Vágnerová udává jednoduché myšlení, nesamostatné, infantilní znaky jsou patrné, neschopnost dosáhnout odpovídající úrovně logického myšlení. Děti potřebují delší čas, učení je pomalé a těžkopádné. Pozornost bývá spíše povrchní, krátkodobá, snížená adaptace na běžné požadavky. Emocionální výkyvy závisí na temperamentu dítěte, často bývá postižena řeč ve všech nebo více složkách, často je opožděný nástup řeči jako takové. Typická je neobratnost artikulace, častá dyslalie. Motorická neobratnost je jedním z projevů mentálního postižení, špatná koordinace ovlivňuje psaní a výtvarný projev. U dětí je znatelná citová nezralost, neadekvátnost citů k podnětům, nízká sebekontrola a sebeovládání. (Říčan, Vágnerová, 1991).

*„Dle typu temperamentu lze charakterizovat dva hraniční typy: eretická forma – je typická neklidem, zvýšenou pohyblivostí, afektivní dráždivostí, sklonem k impulsivnímu jednání a z toho vyplývající obtížnou zvladatelností a výchovnými problémy. Vyskytuje se nejčastěji s organickým poškozením CNS. Torpidní forma – se projevuje netečností, nápadnou pomalostí, celkovou těžkopádností a výrazovou chudostí. Působí mnohem méně rušivě a nepřináší tolik adaptačních obtíží jako eretická forma.“ (Říčan, Vágnerová, 1991, s. 117).*

**Středně těžký stupeň postižení (IQ 35 – 49)** – postižení, kde jsou vyžadovány potřebné metody, speciální přístup a pomoc druhých, ať už zákonných zástupců, či asistentů, speciálních pedagogů, speciálních institucí od rané péče, speciální mateřské školy, speciálně pedagogické poradny, praktické a speciální školy. Toto postižení mohou doprovázet další handicapy jako je epilepsie, neurologická a tělesná postižení a další.

*„Někteří jedinci jsou velmi obratní, jiní naopak motoricky neobratní. Úroveň řeči je variabilní, ale jsou schopni sociální interakce a jednoduché konverzace. Schopnost abstrakce je minimální, slovní zásoba chudá, vyskytují se agramatismy a nesprávná artikulace. Dokážou se o sebe postarat s pomocí a dohledem. Obvykle nedosáhnou vyššího vzdělání, než na úrovni druhé třídy základní školy, v adolescenci si mohou osvojit základy čtení a psaní. Některé lze zaměstnávat jednoduchou nekvalifikovanou prací pod dohledem v chráněných dílnách, avšak v práci jsou nestálí a málo vytrvalí. Projevuje se u nich nestálost nálady, může docházet ke zkratkovému a impulzivnímu jednání. Potřebují psychickou a emoční podporu a vedení při sociálně a ekonomicky zátěžových situacích. U většiny lze zjistit organickou etiologii.“ (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 270).*

Dle Vágnerové je výchova těchto dětí zaměřována na sociální dovednosti a sebeobsluhu, rozvoj jednoduchých manuálních úkonů. Myšlení je infantilní, nepřesné, stereotypní, se známkami primitivity a rigidity. Učení je spíše dlouhodobý opakující se nácvik, mechanická paměť je omezená, agramatický slovník, opožděnost v řeči, vše ukazuje na to, že užívání řeči bývá minimální. Přetrvává neobratnost motorických funkcí, většina činností je možná jen za dohledu dospělého jedince po celý život.



Výchova je mnohdy ztížena jejich častou výbušností, negativním chováním a jednáním, jsou citově labilní, lehce se podráždí a dostávají se do afektů. (Říčan, Vágnerová a kol., 1991).

**Těžký stupeň postižení (IQ 20 – 34)** – lidé plně odkázaní na pomoc druhých, jsou to Ti, kteří potřebují celodenní a celoživotní speciální péči. Klinickým obrazem, přítomností organické etiologie a přidruženými stavy, se dle Švarcové (Švarcová, 2006) podobá středně těžkému mentálnímu postižení. Schopnosti jsou snižené mnohem více, než u předchozího postižení.

*„Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému. I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.“* (Švarcová, 2006, str. 35).

Valenta zmiňuje, že psychomotorický vývoj a jeho opoždění, sebeobslužné dovednosti jsou nejen limitované, ale prakticky nejsou, stagnace řečového vývoje je značná, spíše na úrovni jednotlivých slov, ale jen velmi omezeně. Příznačná je agrese, sklony k sebepoškozování, afekty, poruchy chování, vše v kombinaci s celkovým poškozením CNS, dostávají se stereotypní pohyby. Vše bývá patrné již v předškolním věku. (Muller, 2003).

**Hluboký stupeň mentálního postižení (IQ nižší než 20)** – výrazně omezený neuropsychický vývoj, tělesné a smyslové kombinované vady, neurologické příznaky, imobilita nebo výrazné omezení pohybu, znatelné těžké postižení všech tělesných funkcí, jedinci s hlubokým stupněm postižení nekomunikují vůbec nebo jen rudimentální neverbální komunikace, těžké postižení sféry afektů, nutný stálý dohled a individuální péči, jak uvádí Švarcová. (Švarcová, 2006).

*„U lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací se projevují individuální rozdíly a charakteristické chování. Vzhledem k výraznému omezení všech jejich schopností a zejména k jejich velmi malé schopnosti komunikovat a vyjádřit vlastní pocity a potřeby, je velmi těžké tyto individuální zvláštnosti obvyklými metodami diagnostikovat. Rodiče, učitelé, vychovatelé a zdravotní pracovníci, kteří s osobami s těžkým a hlubokým mentálním postižením žijí a pracují, často dokážou tyto rozdílnosti vnímat a výstižně charakterizovat.“ (Švarcová, 2006, str. 41).*

Dolejší zmiňuje jako nutnou trvalou celodenní a celoživotní péči u jedinců s hlubokým mentálním postižením, organickou *etiologii*, kombinace nejtěžších forem pervazivních poruch, komunikace na úrovni neverbální a to omezená. (Valenta, 2003).

Ke klasifikaci zdravotně postižených se nejvíce používá modelu dle převládajícího zdravotního postižení. Nejčastěji se setkáváme s tělesným postižením, mentálním (i postižení duševní a poruchy autistického spektra, zrakové, sluchové, narušení komunikačních schopností a kombinované vady, kombinace jednotlivých postižení. Klasifikaci uvádíme dle Michalíka. (Michalík, 2011).

*„Spolehlivý odhad celkové vývojové úrovně nemůže být u dětí útlého věku nikdy založen jen na formálním výpočtu vývojového kvocientu, ale především na klinickém úsudku integrujícím získané indexy se závěry kvalitativního pozorování a s údaji z anamnézy. Jakékoli postižení, či dysfunkce v časném věku vedou nutně k snížení celkového vývojového kvocientu i tam, kde inteligence dítěte není nijak postižena nebo je dokonce nadprůměrná. Při snaze o odhad kognitivního potenciálu dítěte je proto vždy nezbytné zohlednit limity dané pohybovým nebo smyslovým postižením či jinou dílčí dysfunkcí. Riziko podcenění dítěte je v útlém věku značné a může vést i k iatrogenní retardaci dítěte v důsledku snížených očekávání a nároků rodičů.“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, str. 401).*

## 1.4 Kognitivní procesy a jejich vývoj u dětí s mentálním postižením

Děti s mentálním postižením se během svého života vyvíjejí stejně jako děti zdravé. Dlouhodobý výzkum potvrdil, že k vývoji dochází u všech jedinců i u těch, kde bylo klasifikováno nejtěžší postižení. Vygotskij ve svých výzkumech prokázal, že duševní vývoj probíhá podle daných zákonitostí běžných u intaktních jedinců a lze říci, že i zde platí, že základní podmínkou psychického vývoje je učení. To, co je u jednoho nedostačující, lze změnit výchovou rodiny a společnosti, nutno začít od kojeneckého věku, aby si dítě mohlo osvojovat kulturu lidské společnosti. Poznávací potřeby jsou u většiny mentálního postižení oslabené, což patrně plyne z nedostatečného rozvoje mozkové kůry. Neustálé podněty okolí vyvolávají reakce a zvyšují činnost kůry mozkové, proto je přítomnost podnětů a stimulací u dětí nezbytná, i když výsledky se dostávají neúměrně vynaloženému času. To zmiňuje o výzkumech Vygotského Švarcová, která dodává, že zejména u kojenců je tato potřeba velice nízká. Dítě s mentálním postižením je inaktivní ve vnímání jednotlivých obrazů. Pokud mu předkládáme nějaký předmět, nemá potřebu si jej prohlédnout a prozkoumat ho ve všech svých detailech, zkoumat jeho vlastnosti. Předměty jen poznává, není aktivní v zájmu o jejich funkci a podstatu. (Švarcová, 2006).

*„Značnou úlohu v psychickém vývoji má sluchové vnímání, které velmi těsně a bezprostředně souvisí s rozvojem řeči. Jestliže se diferenciacní podmíněné spoje v oblasti sluchového analyzátoru vytvářejí pomalu, vede to k opožděnému utváření řeči, což opět způsobuje opoždění psychického vývoje. Je velmi pravděpodobné, že se u všech dětí s poškozenou nervovou soustavou schopnost rozlišovat hlásky utváří s obtížemi a se zpožděním.“ (Švarcová, 2006, str. 45).*

Sociální vztahy se v životě dětí s mentálním postižením rozvíjejí velmi nedobře. Bývá tělesně omezené a vývoj je natolik opožděný, že zařazení jedince do společnosti je dlouhodobé, rodičům se nedaří děti úspěšně socializovat, většinou zahrnují děti zvýšenou péčí a tendencí za ně jednotlivé úkony dělat. Což vede k dalšímu zpomalení rozvoje funkcí tolik potřebných k dobré socializaci. Nadměrná péče nedovoluje fyzickému poznávání předmětů, získávání zkušeností.

*„V charakteristice mentální retardace se uvádí, že jejím základním znakem je porušení poznávací činnosti. V důsledku sníženého vnímání si dítě vytváří velmi omezenou zásobu představ. Nedostatek názorných a sluchových představ, malá znalost zacházení s předměty, velmi omezená zkušenost z komunikace a hlavně nedostatečný rozvoj řeči významně zužují dětem s mentální retardací tu nezbytnou základnu, na níž se má rozvíjet myšlení. U mentálně retardovaného dítěte předškolního věku pozorujeme velmi nízkou úroveň rozvoje myšlení, což souvisí především s nedostatečným rozvojem řeči jako základního nástroje myšlení. Mentálně retardované dítě má velmi omezenou schopnost abstrakce a zobecňování a patrně pouze u dětí s lehčími formami mentální retardace se myšlení může dostat za hranice konkrétnosti.“ (Švarcová, 2006, str. 46).*

Švarcová (Švarcová, 2006) dále uvádí, pro myšlení dětí, další odlišnosti jakými jsou nekritické a sekvenční myšlení, jeho velmi slabá řídicí úloha všeobecně. Nedostatečná sekvence paměti znemožňuje uchopení a zapamatování si základních dovedností a návyků. Proto je nutností opakování činností a mechanizace postupného osvojování dovedností. O cílevědomém učení nelze hovořit, nemají potřebné volní vlastnosti a rozumové dovednosti.

*„I v diagnostice dětí s mentální retardací je velmi důležité zachycení neuropsychologického profilu, který by měl být východiskem pro terapii a rehabilitaci, již proto, že v případě dětí se střední a těžkou mentální retardací bývá organická etiologie předpokládána minimálně v 90 % případů a hlavním účelem vyšetření je většinou právě určení optimálního způsobu vedení stimulace dítěte již u nejmenších dětí (programy časné péče). V případě lehké mentální retardace mají být vždy zachyceny zejména případné specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie), specifické dílčí poruchy jsou ovšem přítomny i u dětí s těžším postižením, u kterých se však již neočekává zvládnutí „trivia“, a dg. Specifických poruch proto již není oprávněná. Podrobný popis současného behaviorálního, ale i emocionálního stavu dítěte může současně poskytnout i vodítka k upřesnění možných etiologických faktorů postižení.“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, str. 405).*

## 1.5 Problémové chování u dětí s mentálním postižením

Termín problémové chování byl během posledních let nahrazen mnohými dalšími termíny, které byly používány k popisování odlišného chování u lidí s mentálním postižením.

*„Termín problémové chování se definuje jako kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup. (Emerson, 2001, str. 13).*

Pro nedostatečnou diferencovanost citů dochází k malým prožitkům, jde o úroveň mladšího dítěte, projevují se buď radostí nebo pláčem či se dítě zlobí. Tyto projevy bývají často neadekvátní situaci, emoce jsou egocentrické a nedostatečně ovládané intelektem, jak uvádí Švarcová. Proto lze pozorovat u těchto dětí až patologické projevy citů, jako je vznětlivost, vztek, agresivita destruktivita, sebepoškozování, stereotypní chování. U dětí, které mají zároveň epileptické onemocnění, bývají výkyvy nálad, dysforie. Děti s mentálním postižením vyrůstající v disharmonických rodinách jsou citlivější na citovou deprivaci, vyvíjí se hůře, než děti s vyšším intelektem. Pokud dostávají lásku a jsou jim projevovány city, jsou vnímaví a umí mít rády svojí rodinu a blízké lidi. Jak zmiňuje Švarcová, dle zkušeností lidí z pomáhajících profesí a rodin s dětmi s mentálním postižením, umí projevovat soucit a laskavost, vlídnost i přátelské chování a oddanost. (Švarcová, 2006).

*„Termín problémové chování klade důraz na to, že takové chování představuje spíše výzvu pro služby než problémy, které s sebou jedinci s postižením intelektu do určité míry vždy nesou. V takové situaci můžeme vidět čtyři vzájemně se překrývající složky: Prevenci problémového chování například tím, že dostupné možnosti nabídneme těm nejohroženějším, a zajistíme, aby lidé s těžkým mentálním postižením žili, učili se a pracovali v obohacujícím prostředí, ve kterém dostávají vhodnou pomoc a povzbuzení, aby mohli rozvinout adaptivní a sociálně vhodné chování. Včasnou detekci a intervenci, která zajistí, že potenciální problémy budou identifikovány a řešeny, jakmile se objeví. To platí stejně pro výskyt problémového chování u malých dětí. Je také třeba popsat*

*znaky, které mohou provázet možné kolapsy v rodinách, domovech a denních stacionářích. Zajištění praktické, emoční a technické podpory lidem tam, kde normálně žijí, učí se, pracují a tráví volný čas, abychom jim pomáhali překonávat jejich problémové chování. To také vyžaduje efektivní přístupy při zvládnání krizí. Pro některé z klientů vývoj a podporu nových míst, kde by mohli žít, učit se nebo pracovat. Tím výrazně zlepšíme kvalitu jejich života, zatímco oni se dál budou snažit (možná mnoho let) o to, aby pochopili své problémové chování a naučili se, jak reagovat přiměřeným způsobem. (Emerson, 2010, str. 15).*

*„Poněkud znepokojujícím jevem v poslední době je skutečnost, že v základních školách praktických stoupá počet žáků s poruchami chování, kteří jsou spíše obtížně vychovatelní než mentálně retardovaní. Tito žáci, kteří v těchto školách často narušují proces vyučování, by měli být ponecháváni v běžných základních školách a jejich kázeňské problémy by se měly řešit spíše etopedickými než psychopedickými přístupy.“ (Švarcová, 2006, str. 74).*

*„Všechny děti (i s těžkou a hlubokou MR) mohou být současně velmi citlivé k emočním podnětům z okolí, silně reagují např. na aktuálně zvýšené napětí či konflikty v rodině. Snáze u nich vznikají i úzkostné reakce až fobického charakteru, které jsou důsledkem obtíží porozumění. Dítě nerozumí některým životním změnám a příčinám negativních zážitků, nedokáže je předvídat a snadno proto spojí negativní zážitek s celkovou situací, která u něj pak i po řadu let může vyvolat velmi silnou úzkost.“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, str. 408).*

Vágnerová zmiňuje ve své publikaci, že děti s mentálním postižením si v určité míře své hendikepy uvědomují, jsou často separovány a rozhodně je na místě poskytnutí například psychoterapeutické péče. Ta může vést ke zmírnění příznaků negativních projevů dětí v jejich chování, stimulaci, zlepšení sociálních dovedností a pochopení situací, které nedokážou zhodnotit a přizpůsobit adekvátně své chování dané situaci. (Vágnerová, 2001).

## 2 WILLIAMSŮV SYNDROM

### 2.1 Charakteristika Williamsova syndromu

Jedná se o vzácnou poruchu, příčina je genetická, jde o poškození chromozomu 7q11.23. Toto onemocnění bylo popsáno lékaři Williamsem a Beurenem, proto se v německy mluvících zemích nazývá onemocněním Williams – Beuren. Jak uvádí příručka pro rodiče sdružení Willík, tato genetická porucha se vyskytuje u jednoho z deseti až dvaceti tisíc narozených jedinců. Williamsův syndrom (dále WS) je syndrom, který přetrvává po celý život jedince. Vyskytuje se u nich celá řada typických příznaků, mezi něž patří nízký vzrůst, široké čelo, široká ústa a velmi výrazné rty, malý až drobný nos, duhovka má hvězdicovitý tvar, krátké oční štěrby, nízký kořen nosu, vypouklé tváře, lidé s tímto syndromem byli nazýváni pro svůj vzhled „elfové, či skřítkové.“ Poruchu by bylo možné diagnostikovat genetickým vyšetřením již v těhotenství, tato metoda se běžně nepoužívá, vzhledem k nízkému počtu onemocnění v populaci. Při podezření na tento syndrom je použita testová baterie genetických testů metodou Fluorescent In Situ Hybridization. (Danišková, 2011).

*„Děti s WS mají od narození opožděný psychomotorický vývoj, který se později projevuje zpravidla v úrovni lehké až středně těžké mentální retardace. Lidé s WS bývají až nezvykle společenští, komunikativní a důvěřiví. Mívají dobré vyjadřovací schopnosti s širokou slovní zásobou, ale problémem je pro ně zrakově – prostorové vnímání. Bývají velmi muzikální, hudba je přitahuje a může být vhodným prostředkem k motivaci. Lidé se WS vyžadují celoživotní podporu a málokdy dosáhnou plné nezávislosti.“* (Danišková, 2011, str. 8).

Rozpoznání onemocnění v dětském věku je stejně důležité, jako u jiných postižení. Už proto, že u Williamsova syndromu je mnoho dalších vrozených onemocnění, která potřebují včasnou diagnostiku, ale také včasnou lékařskou péči. Na možnost WS obvykle poukazuje odbornými lékaři, kteří mají dítě v péči od narození. Mohou jimi být neurologové, kardiologové; kdokoli, kdo si všimne typických rysů WS. Jak uvádí zdroje rodičů s dětmi s WS, ne vždy se podaří včasná diagnostika, často až v mladším školním věku.

„U 90-95% pacientů s klinickými příznaky Williams-Beurenova syndromu je nalezena delece 7q11.23, v důsledku které chybí část genetické informace. Tato delece zahrnuje především gen pro elastin a několik dalších genů, některé malé delece postihují jen elastinový gen. V současné době jsou v kritickém regionu 7q11.23 popisovány a vyšetřovány geny: ELN, CYLN2, TBL2, STX1A, LIMK1, RFC2, FKBP6. Elastinový gen (ELN) reguluje syntézu elastinu – proteinu důležitého pro funkci kontraktálních tkání jako jsou myokard a stěny arterií, to může vysvětlit faciální stigmatizaci, hluboký hlas, VCC, neboť dostatečné množství proteinu elastinu je nutné pro normální funkci myokardu, arterií a dalších pružných tkání a orgánů. Na druhou stranu je ale zajímavé, že někteří jedinci s WBS s potvrzenou mikrodeleci nemají kardiologické problémy. Jiný gen je zodpovědný za tvorbu faktoru, zodpovědného za replikaci DNA, jejíž snížení vede k růstové retardaci a vývojovým poruchám. Ostatní popisované geny jsou vesměs zodpovědné za další klinické projevy WBS, jako je psychomotorická retardace, hyperkalcemie a muzikálnost pacientů s WBS. Tato genetická abnormalita se nedá se léčit a postihuje svého nositele na celý život. Poškození 7. chromozómu vzniká téměř vždy náhodně v období krátce před početím, u vzácných mozaikových forem v časném stádiu embryonálního vývoje. U zdravých rodičů tedy není významně zvýšené riziko postižení u dalšího potomka. Sám jedinec s Williamsovým syndromem má 50% riziko narození potomka se stejným postižením.“ (Willík, [online]).

## **2.2 Specifická zdravotní omezení a onemocnění u Williamsova syndromu**

„Vrozené vady srdce a velkých cév - kardiovaskulární onemocnění se vyskytují až u 85 % jedinců, nejčastějším srdečním onemocněním je supravulvární aortální stenóza (SVAZ), supravulvární stenóza plicnice, defekt komorového septa. Závažnost srdeční vady je u každého jedince jiná. Někdy stačí pouze sledování kardiologem, jindy nastupuje farmaceutická léčba, u řady dětí je potřeba operační zákrok, další vady operovat nelze. Celková anestezie každopádně představuje pro děti s WS zvýšené riziko.



*Zvýšená hladina vápníku v krvi (hyperkalcémie) - tato porucha se vyskytuje zejména po narození a v prvních letech života, kdy je často spojena s odmítáním potravy a zvracením, ve vyšším věku spontánně vymizí.*

*Zvýšená citlivost na zvuky (hyperakuzis) - některým jedincům může hyperakuzis způsobovat až bolest, např. zvuky jako zahřmění, elektrospotřebiče, lidský pláč a mnoho dalších. Děti reagují zakrýváním uší, jiné se začnou vztekat a plakat. V dospělosti se citlivost na zvuky zlepšuje, avšak třetina dospělých osob má s přecitlivělostí na zvuky stále problémy.*

*Problémy pohybového aparátu - skoliozy, kloubní hypermobilita.*

*Poruchy vzůstu - Většina dětí s WS se rodí s nízkou porodní hmotností. I v dospělém věku jsou menší postavy (průměrná výška u žen je 152 cm a u mužů 167 cm).*

*Opožděný psychomotorický vývoj - Přibližně u 75 % se vyskytuje různý stupeň mentálního postižení. Nejčastěji se jedná o lehkou až středně těžkou mentální retardaci. U ostatních dětí se vyskytují poruchy školních dovedností.*

*Další specifické problémy - poruchy funkce ledvin, dysfunkce štítné žlázy, zrakové vady, stomatologické vady (anomálie chrupu, chybné postavení zubů), chronické záněty středního ucha, pupeční a tříselné kýly, předčasné šedivění vlasů v dospělém věku a další.“ (Danišková, 2011, str. 10).*

Dítě je příchodem na svět ovlivněno prostředím, zejména rodinou, dle Matějčka (Matějček 2001) je základní biologickou potřebou dítěte po narození kojení, vytváří vazby mezi matkou a dítětem, sílí pouto mezi nimi. Při sdělení diagnózy dochází u rodiny k rozvoji obranných mechanismů, prožívají často několik fází přijetí skutečnosti, že jejich dítě má nemoc či postižení. U rodičů, kteří několik let pozorují, že jejich dítě neprospívá jako ostatní zdravé děti, nedaří se diagnostikovat obtíže jejich potomka lékaři, nastává situace odlišná od předchozí. Rodiče po určení diagnózy mají prognózu lékařů, vědí, z čeho obtíže dítěte plynou a jak se k nim postavit, co dělat a co nedělat, jaké odborníky oslovit. V obou případech není lehké, smířit se a přijmout skutečnost, že ten, jehož narození tolik očekávali, není zdravý, prožívají ztráty zdravého dítěte.

*„Obecně platí, že čím dříve se rodiče dozví, že je jejich dítě postižené, tím zásadnějším způsobem se změní rodičovské postoje. Ideální adaptace rodiny znamená uspořádání rodinného života tak, aby splňoval nejen potřeby dítěte s postižením, ale i všech ostatních členů rodiny. Mezi základní potřeby rodiny s postiženým dítětem patří: vhodné informace o stavu a možnostech postiženého dítěte – poskytnutí informací o postižení dítěte je jedním z nejdůležitějších okamžiků rodiny, rodina má právo o postižení vědět co nejdříve. Emocionální podpora – může být poskytnuta specialisty, formou psychoterapie. Finanční a sociální podpora – je velmi důležitá, zejména v praktické oblasti péče o dítě je snaha neumísťovat děti do institucionální péče, pokud to není nezbytně nutné, o to důležitější je podpora rodiny od specialistů, zřizování denních zařízení, možnosti krátkodobého umístění mimo rodinu a osvětová činnost ve společnosti, která stále není připravena na integraci osob s mentální retardací.“* (Pipeková, 2006, str. 41)

### **2.3 Edukace dětí s Williamsovým syndromem**

*„Filozofickým, etickým a do jisté míry i právním východiskem současné koncepce speciálního školství je uplatnění principů Charty OSN na osmdesátá léta, kde se v článku 46 uvádí: „Každý národ má odpovědnost za to, aby se jeho školský systém postaral o děti se zdravotním postižením v takové úplnosti jako o děti ostatní. Tam, kde jsou k dispozici jesle, mateřské školy a jiná předškolní zařízení, je třeba zajistit, aby se i děti se zdravotním postižením mohly podílet na této předškolní zkušenosti. Společnost by měla umožnit dětem se zdravotním postižením, aby se sociálně seberealizovaly ve výchovném školském prostředí, jehož výběr by měl být co nejméně omezen. Pokud je schopnost dítěte prospívat v běžném školském systému omezena, mělo by takové dítě mít přístup do zařízení a institucí, jež byly konstituovány tak, aby vyšly vstříc jeho potřebám. Děti, které nemohou chodit do školy, by měly být navštěvovány učiteli, aby dosáhly maximální možné úrovně vzdělání.“* Výchovu a vzdělávání lidí s mentálním postižením chápeme jako celoživotní proces.“ (Švarcová, 2006, str. 65).

Mezi zdravými dětmi jsou rozdíly v jejich vzdělávání, stejně tak je to mezi dětmi s Williamsovým syndromem. Potřebují ve vzdělávání podporu a součinnost rodiny a školského zařízení.

*„Každé dítě je individuální bytostí, se svými silnými i slabými vlastnostmi. Proto není možné nalézt jedno řešení, které by bylo ideální pro všechny děti s WS. Výběr nejvhodnějšího zařízení závisí na individuálních schopnostech dítěte, ale také na dosahu školských zařízení v místě bydliště. Rozhodnutí o vhodném zařízení vyžaduje spolupráci mezi rodiči dítěte a poradenským zařízením.“* (Danišková, 2011, str. 12).

Předškolní vzdělávání dětí je ukotveno ve Školském zákoně č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů; ve vyhláškách 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání, a 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálně vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

*„Děti s mentální retardací mohou navštěvovat tato zařízení: mateřská škola, mateřská škola speciální, speciální třída při mateřské škole. Děti se vzdělávají podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání, což je kurikulární dokument státní úrovně platný pro veškeré předškolní vzdělávání, vymezuje zejména cíle předškolního vzdělávání, klíčové kompetence, vzdělávací obsah a podmínky vzdělávání a zásady pro tvorbu školních vzdělávacích programů, v souladu s ním mateřské školy vypracovávají a realizují své školní vzdělávací programy (RV PV, 2004).“* (Pipeková, 2006, str. 278).

Když děti dorostou do věku povinné školní docházky, záleží na rodičích, jakou školu vyberou. Většinou je toto konzultováno se speciálně pedagogickým zařízením a ředitelem školy, který zváží, zda může nabídnout dostatečnou kapacitu podpůrných opatření navrhovaných poradenským zařízením.

*„Žáci s mentálním postižením mohou navštěvovat tyto školy: základní školu, základní školu praktickou, základní školu speciální, třídu pro žáky se zdravotním postižením při základní škole. Žáci s lehkým mentálním postižením se vzdělávají podle*

*Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání upraveného pro žáky s lehkým mentálním postižením. (Pipeková, 2006, str. 280).*

*„V základní škole speciální jsou vzděláváni ti žáci, kterým jejich rozumová schopnost neumožňuje vzdělávání na základní škole ani na základní škole praktické. Jedná se zejména o žáky se středně těžkou mentální retardací, s těžkou mentální retardací, s hlubokou mentální retardací nebo o žáky s kombinovaným postižením. Cílem vzdělávání je rozvíjet psychické i fyzické schopnosti tak, aby se žák mohl v maximální možné míře zapojit do společenského života a dosáhl maximální možné míry samostatnosti. (Danišková, 2011, str. 14).*

Ukončením školní docházky je možnost pro tyto děti navštěvovat střední školy praktické, vhodné učební obory, kurzy, chráněná zaměstnání či dílny, aktivační centra, kde se upevňuje již naučené a pokračuje socializace jedinců a možnost zapojení do pracovního procesu. Děti s WS jsou velmi přátelští, mají rády společnost, dobře komunikují a není pro ně zátěží být v kolektivu. Naopak jsou velmi pozitivní a optimističtí.

## 3 TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY

### 3.1 Pojem psychoterapie a její význam

*„Psychoterapie nesměruje k přímému zlepšení příslušné funkce či dovednosti, nýbrž k odstranění překážek jejich náležitého fungování a ke stimulaci vývoje ve smyslu obohacení osobnosti. V psychoterapeutickém pohledu je symptom chápán symbolicky. Poukazuje na porušenou funkci samu, hlouběji, kam se terapeut musí dobrat přes obranné mechanismy klienta. Při terapii se má projevovat volně, terapeut klienta nenutí k nápodobě, nepodněcuje bezprostředně k učení. Pomáhá zpracovat jeho úzkosti. Symptom padne, když padne zábrana, která jej vyvolávala.“ (Šturma, 1998, s. 125).*

*„Lze konstatovat, že ve všech terapiích, také v psychoterapii, je vždy třeba vycházet z tělesných (neuronálních), emocionálních a kognitivních integračních procesů, které propojují, slučují a diferencují už získané zkušenosti s aktuálními zážitky. Kromě hmatového vnímání jsou zde ještě další smysly, jako vnímání pohybu, rytmu a rovnováhy, chuti, dotyku a vnímání sebe. Nakonec máme ještě distanční smysly – sluch, zrak a čich.“ (Pipeková, 2006, str. 338).*

Terapeutické aktivity, ale i speciálně pedagogické lze využívat u osob zdravých, nemocných i osob s postižením. Záleží na vhodnosti výběru metody a přístupu, dobrý terapeut dovede čerpat ze svých zkušeností a hledá metody, které by jeho klientovi vyhovovaly nejvíce. Terapie na rozvoj tělesného vnímání jsou například velmi účinné u všech klientů, zdravých i nemocných. Patří mezi ně hipoterapie, Vojtova metoda, ale i pedagogika Montessori, zážitková pedagogika a další. Aktivity pro zlepšení představ, imaginací, pocitů klientů jsou vyhledávané zejména u mladších dětí a starých lidí. Taneční terapie, kreslení, malování, modelování, pohybová terapie, terapie uměním, ale i básnická a literární tvorba, pohádky, komponování, to vše lze zařadit mezi činnosti, které podporují vnímání reality, tvorbu obrazů a asociací. Všechny tyto přístupy a metody mají velký význam v rozvoji kognitivních i konativních funkcí člověka s postižením. Základem terapií je poznání sebe sama.

## 3.2 Dramaterapie a dramatická výchova

Tvořivá dramatika, výchovná dramatika, drama, dramika, tvořivé drama jsou pojmy, dle Valenty (Valenta, 1999) je hra, která je režírovaná či vedená terapeutem nebo učitelem, kdy její aktéři hrají a ukazují obecnstvu lidské zkušenosti.

*„Předmětem dramatické výchovy je činnost vycházející z obsahu dramatického umění využívající jeho prostředků (např. improvizace, interpretace, vstupování do rolí, simulace), která směřuje k člověku a jeho obohacování, až pro schopnost prožívání, sdílení a sdělování. Zjednodušeně lze říci, že dramatická výchova využívá původně dramatických prostředků k dosažení psychologických a pedagogických cílů. Dramatická výchova může mít podobu jak samostatného předmětu ve školním kurikulu, tak může být chápána jako didaktická a výchovná metoda (běžně se využívá při výuce jazyků a společenskovedních disciplín), jako princip i obsah osobnostního rozvoje. V širším pojetí termínu dramatická výchova lze do této kategorie také včlenit dětské divadlo (tj. divadlo hrané nezletilci). (Valenta, 2011, str. 13).*

Britská asociace dramaterapeutická uvádí v definici dramaterapie zmírňování sociálních a psychických obtíží, hovoří o zjednodušeném vnímání okolního světa pomocí symbolů, kdy jedinci dochází k poznání sebe sama pomocí tvorby, která obsahuje obě složky komunikace, jak verbální, tak i neverbální (The British Association for Dramatherapists, 1979).

*„Dramaterapie je léčebně – výchovná (terapeuticko – formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti. Jestliže pak arteterapii v širším pojetí chápeme jako záměrné upravování narušené činnosti organismu uměleckými prostředky, pak z toho lze vyvodit další vymezení dramaterapie jako postupu upravujícího narušenou činnost organismu dramatickými (divadelními) prostředky.“ (Valenta, 2011, str. 24).*

### 3.3 Muzikoterapie a hudební výchova

*„Že má zpěv pro muzikoterapii centrální význam, i když se nejedná o speciální terapii zpěvem, vyplývá z toho, že je zpěv nejpřírodnější a nejpůvodnější hudební nástroj člověka. Instrumentální hra je tím úplnější, organičtější a krásnější, čím více je „zpívající“ hrou: když hudbu s předstihem vnitřně slyšíme a zpíváme, když jí vnitřně nasloucháme a duševně s ní dýcháme. Sluch úzce souvisí s tímto vnitřním zpěvem, stejně jako se zpěvem navenek slyšitelným: celé tělo, nejenom hrtan, se naslouchání účastní nejjemnějšími pohyby.“ (Felber, Reinhold, Stucert, 2005, str. 37).*

Muzikoterapie je tím nejjednodušším a nejdostupnějším prostředkem, zpívat může každý, kdo má dar slova, kdo může mluvit. Z hlediska terapeutického se neposuzuje, zda dotyčný jedinec má ten správný hudební sluch, zda má dobrý a kvalitní hlas, či školený projev, zde jde jen a jen o uvolnění bloků, zautomatizování správného dýchání, přirozenost jedince zpívat a radost, radost z písničky nebo jen tónu.

*„Když se věnujeme umění, naše duše zase začne dýchat a společně spojí zdravé procesy myšlení, cítění a chtění. Umění je proto zlidštěním světa. Příroda by nikdy nemohla tvořit tóny symfonií nebo Sixtinskou Madonu. Jen člověk sám dokáže hmotu povýšit k výrazu své osobnosti, když umělecky pracuje. Je to léčivá činnost, směřující k nápravě převládajících tendencí současné doby. Člověk nechá svoji duši v rovině cítění vyzařovat na oba póly její existence a spojí ji skrze umělecké činnosti. Dokáže stvořit něco uměleckého jen zpracováním hmoty v plné lásce. V naší době podceňujeme význam toho, že jsme stvořeni také pro krásu. Kdo svojí duši nemůže odpovědět na věčně proměňující se hru přírody, která nás obklopuje, kdo necítí tiché kouzlo růže, komu umělecká díla nic neříkají, toho již nemůžeme označit za zdravého člověka. Duše, která musí vnímat dnešní na materialismus zaměřený svět, se cítí osamělá, opuštěná a duch místo toho, aby byl obohacen krásou světa, se cítí stále chudší.“ (Krček, 2008, str. 32).*

V dnešní přetechnizované době, se ze škol vytrácí hudba. Hodiny hudebních výchov často vedou učitelé, kteří nejsou aktivními hudebníky a hrají na omezený počet nástrojů. Často se využívá k výuce přehrávání filmů, videí, karaoke programů, kdy děti jen pasivně sledují záznam, či v lepším případě aktivně zpívají, aniž by byly aktéry hry na

nějaký hudební nástroj. Receptivní terapie se nedá nahradit žádných hudebním nosičem, ani sebelepší nahrávkou. Aktivní zapojení dětí, vede k živému průběhu terapie. Do hodin hudební výchovy lze zařadit nejen hru na nástroj, ale různá aktivační cvičení, tleskání, dupání, zapojit celé tělo a velkou část smyslů. Děti mnohdy nehodnotí svůj výkon, u mladších žáků potřeba hodnocení obvykle není, jen si užívají pohyb, zpěv, hraní, přináší jim to radost. Sedíme-li v kruhu, můžeme si jen zcela obyčejně předávat tón. Jeden zazpívá tón, druhý jej zazpívá co nejpřesněji, tak to jde stále dokola po kruhu.

*„Představme si proudící vodu v říčce či potoku, která naráží na kamínky, dřevíčka apod. První, který stojí ve vytvořeném kruhu, dá svým tlesknutím impuls. Postupně roztleská celý kruh. Po chvíli změním směr, rychlost a hlasitost. Můžeme si hrát na žabičky – od nejsilnějšího tlesknutí až k tomu nejslabšímu a další hry. Například hraje na nejrychlejší plynulý proud až po vodopád, který se vždy zastaví u toho, který jej začal. Tento rytmus jako živý proud se nedá zapsat do žádné partitury. Je zdravý, svobodný a nemá omezení.“ (Krček, 2008, str. 120).*

Pro účely hudební výchovy, nacvičování vystoupení či hraní divadla lze využívat různé materiály dostupné všem. Většina tříd hudební výchovy bývá vybavena Orffovým instrumentárem, pianem či kytarou, Pro potřebu dětí lze použít například plastové láhve, které se naplní rýží, či čočkou, používají se na tzv. chřestidla. Lze jimi dobře procvičovat rytmus, rytmizace říkadla, písniček, básniček. Velké kobercové roupy naplněné drobnými kamínky jdou přesýpat jako tzv. dešťové hole, což vyluzuje uklidňující zvuk pro celé okolí. Zvuk připomínající padání dešťových kapiček. Z plechových zátek od lahví můžeme vyrobit chřestítka, z klacíků a kamínků udělat doprovodné činely, dřívka, vhodné perkuse. Z jednoduchých materiálů se dají vytvořit jednoduché hudební nástroje a využít v hodinách hudební výchovy.

*„Schopnost koncentrace, úzce spojená se schopností poslechu, je muzikoterapií posilována např. u hyperkinetických dětí nebo u dětí s poruchami učení. Komunikačním prostředkem se stává to, co se ozývá a zní. Tímto způsobem léčíme nemoci malých dětí, např. poruchy při dospívání, vývojové poruchy, nemoci starých lidí aj.“ (Felber, Reinhold, Stuckert, 2005, str. 83).*



### 3.4 Arteterapie taneční a výtvarné formy

Arteterapie je obor, kde dochází k prolínání terapie a mnoha směrů z umělecké tvorby. Vychází z dějin umění, z pedagogických disciplín, z psychologie, ale i filosofie, literatury a dalších oborů. Je mnoho druhů a vyjádření v arteterapii, jednotlivé směry spolu mohou prolínat, vzájemně na sebe navazovat.

Tanec je vyjádřením pocitů a vjemů pomocí těla, za přítomnosti rytmu, tělesných pohybů, vlnění aj. Dá se jím vyjádřit vše, co člověk cítí, co jej bolí, ale i těší. Pokud má jedinec taneční vzdělání, v jeho projevu bude více kladen důraz na správné provedení naučeného, než spontánního prožitku. Půjde spíše o předvádění tanečních technik, než samovolné tělesné projevy.

*„Na autentickém pohybu se v menší míře podílejí naučené vědomím řízené dovednosti, impuls k pohybu vychází především nevědomí a je méně ovlivněn naučenou taneční technikou. Například ve volném pohybovém vyjádření lidí, kteří neabsolvovali taneční přípravu, nebo pro které je zvládnutí klasické taneční přípravy obtížné (například lidé s mentálním postižením), bude více dominovat jejich přirozený pohybový výraz, tj. budou ve vyšší míře čerpat z „autonomního pohybového slovníku“. Taneční pohyb, který je méně autentický, je řízen především vůlí a vědomým úsilím. Tanečnickova pozornost se soustředí především na maximálně technicky dokonalé provedení pohybu. Hlavní cíl tance je zaujmout diváka. Tanečnickova pozornost je zaměřena na okolí. V menší míře se soustředí na vlastní nitro.“ (Landischová, 2007, str. 9).*

V naší zemi je taneční terapie méně rozšířená, patrně i díky předsudku, že na tanec jsou potřebné určité vlohy a dovednosti. Taneční terapeuti z praxe uvádějí, že k tanci není potřeba téměř nic, bereme – li jej jako způsob uvolnění, odreagování se, spontánní projev lidského těla.

*„Zvláštní působení tance spočívá v tom, že větší, či menší část tanečního vyjádření není sdělitelná slovy. Domnívám se, že bychom se neměli za každou cenu pokoušet slovy přesně formulovat neverbální „sdělení tance“, ale spíše toto sdělení spoluprožívat s aktéry tance a popisovat spíše svůj vlastní prožitek.“ (Landischová, 2007, str. 15).*

# PRATICKÁ ČÁST

## 4 POPIS PRŮZKUMU

### 4.1 Cíl průzkumu

Základním cílem průzkumu je zjištění, zda do vyučovacího procesu dětí s Williamsovým syndromem úspěšně zařadit prvky muzikoterapie, taneční terapie a dramaterapie. Praktická realizace a ukázka divadelního představení pro rodiče a veřejnost, kterého se dítě s WS účastnilo.

První část průzkumu je orientována na zmapování přijetí a obtíží rodiny, které se narodilo dítě s Williamsovým syndromem. Zjišťujeme, co očekávali rodiče od zařazení těchto prvků do výuky, zda mají již zkušenost s využíváním terapeutických přístupů ve výuce.

Ve druhé části budeme zkoumat, jak učitelé přijímají možnost využití terapeutických metod ve vyučování a zda je jsou schopni a ochotni do vyučovacího procesu zařazovat.

Základními výzkumnými tezemi, ze kterých byly vytvořeny otázky průzkumu, byly:

- Projevy Williamsova syndromu lze popsat na základě zjištění z analyzovaných dat (narativní rozhovory, osobní, rodinná a sociální anamnéza, dotazníkové šetření).
- Jaké terapeutické a výchovné postupy a přístupy jsou vhodné při práci s dítětem s WS ve školském zařízení.
- Vliv skupinové práce na osvojení si sociálních dovedností (pozorování, rozhovory s učiteli, dotazníkové šetření).

Při formulování výzkumných otázek jsme vycházeli z praktických zkušeností. Otázky průzkumu byly vytvořeny na základě výzkumných tezí a tématu průzkumu.

1. Jak vnímají terapeutické metody a přístupy ve výchově a vzdělávání dětí s WS rodiče dětí?
2. Jak vnímají terapeutické metody a přístupy ve výchově a vzdělávání dětí s WS jejich učitelé?
3. Jakými terapeutickými postupy je možné zmírnit či upevnit výkyvy v chování a učení u dětí s Williamsovým syndromem?

## **4.2 Charakteristika sledovaného souboru**

Průzkum se uskutečnil v Základní škole v Mníšku pod Brdy, kde autorka práce působí jako třídní učitelka a zároveň terapeutka v soukromém poradenském zařízení, které při škole působí. Ve škole je vyučováno dle tří vzdělávacích programů. Prvním je program ZV RVP, určený dětem s poruchami chování, které nezvládnou navštěvovat běžnou základní školu, potřebují nižší počet žáků ve třídě a individuální pedagogické přístupy. V programu jsou vzdělávány děti ze sociálně znevýhodněného prostředí, škola jim nabízí podpůrná opatření jako individuální vzdělávací plán, pomoc asistenta pedagoga. Dále je ve škole program ZV RVP s přílohou pro lehké mentální postižení. Učivo je v programu redukováno a rozloženo tak, aby všechny děti měly možnost zvládnout základy učiva postupně a přiměřeně svým možnostem a schopnostem. Třetím je vzdělávací program Sluníčko pro děti se středně těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami. Je zaměřen na sebeobslužné činnosti, řečové dovednosti, získání sociálních dovedností a zlepšení možností vedoucích k osamostatnění.

Základní škola v Mníšku pod Brdy je rodinná malotřídní škola, maximální kapacita školy je 35 dětí. V současné době je zde vzděláváno 32 dětí. Škola využívá 4 kmenové třídy, první třída jsou žáci prvního, třetího, čtvrtého a pátého ročníku s kombinovanými vadami. Tuto třídu navštěvuje žák s Williamsovým syndromem. Druhá třída má devět dětí třetího, čtvrtého a pátého ročníku, zde jsou děti s poruchami autistického spektra, žáci s těžšími poruchami chování a děti ze znevýhodněného prostředí. Třetí třída je kombinací žáků pátého, šestého a sedmého ročníku. Poslední, čtvrtá třída, je složena ze žáků osmého a devátého ročníku programu základní škola a programu pro lehké mentální postižení.

Ve škole jsou čtyři učitelé, ředitelka školy, tři asistentky pedagoga, jedna technickohospodářská pracovnice. K vybavení školy patří čtyři třídy, v jedné z nich je zároveň cvičná kuchyňka, dále je ve škole dílna s plnohodnotným vybavením na základní údržbářské práce, práci se dřevem pletení košíků, keramiku, drátování aj. Ve třídách jsou interaktivní tabule, ve škole se nachází počítačová učebna a velká herna, kterou lze využívat k tělesné výchově, rehabilitačnímu cvičení i nácvičku divadla, včetně besídek a představení pro rodiče. Tělocvična ve škole není, na výuku tělesné výchovy se žáci přesouvají do velké základní školy, která je nedaleko budovy. Zde je také jídelna, kam žáci každý den po vyučování chodí.

Výsledky prací žáků škola prezentuje na přehlídkách základních škol praktických a speciálních. Za pozornost také stojí sportovní úspěchy dětí a jejich účast na mnoha akcích. V době Adventu je besídka pro rodiče, na konci roku je malá akademie s ukázkami toho, co děti během školního roku vytvořily a naučily se. O Vánocích se děti spolu s učitelkami účastní Vánočních trhů v Mníšku pod Brdy, prodávají své výrobky.

Prvořadým podnětem pro umístění dítěte do zdejší školy, bývají problémy dítěte v klasické základní škole. Na ty většinou upozorní učitel, který navrhne rodičům žáka návštěvu pedagogicko-psychologické poradny. Ta vypracuje zprávu, na jejímž základě je dítě přeřazeno spolu se žádostí rodičů a Informovaným souhlasem do školy v Mníšku pod Brdy, je zařazeno do příslušného ročníku.

Absolvent školy by měl dále pokračovat ve vzdělávání v odborných učilištích nebo v praktických školách. Měl by být také orientován v běžném životě, měl by zvládat jednoduché pracovní postupy a dovednosti, umět se zapojit do praktického života.

Ve škole byl uskutečněn projekt formou nácvičku vánočního divadelního představení, kterého se účastnili všichni žáci školy, včetně učitelek a asistentek, které se do divadla aktivně zapojily. Průzkum byl proveden nejen praktickým nácvičkem s dětmi, ale také bylo vedeno několik narativních rozhovorů s rodiči dětí s Williamsovým syndromem, které aktivně navštěvují ve škole terapeutické centrum Mařinka. Proběhly rozhovory s učitelkami a asistentkami dítěte s Williamsovým syndromem, dále dotazníkové šetření pro rodiče těchto dětí.

Všichni klienti s WS navštěvovali terapie deset měsíců, terapeutické postupy se ve školním prostředí využívaly dva roky, šest měsíců probíhalo nacvičování divadelního představení.

Dotazníky pro zákonné zástupce dětí vyplnilo deset rodičů, dotazníky pro učitele vyplnilo 25 učitelů z dalších škol a 5 učitelů zdejší školy. Z tohoto počtu vychází dotazníkové šetření - 10 klientů s WS, 10 zákonných zástupců těchto dětí, 30 učitelů se zkušenostmi s dětmi s WS.

Narativní rozhovory proběhly s rodiči dětí s Williamsovým syndromem, celkem 10 rozhovorů. Ukázky z rozhovorů jsou součástí interpretování výzkumu, byla použita ta část, která doplňovala dotazníkové šetření. Vzhledem k zachování anonymity rodin v celkovém znění v práci uvedeny nebyly, použito bylo jen několik ukázek, které celý průzkum dokreslují, pomáhají vytvořit obraz práce s těmito dětmi.

Součástí průzkumu je rozhovor s třídní učitelkou dítěte s Williamsovým syndromem, která se zároveň účastnila nacvičování divadelního představení a sama byla jednou z jeho akterek spolu s dětmi. Pohled na výchovné a terapeutické přístupy uvádí i autorka práce, která je zároveň učitelkou odborných předmětů tohoto dítěte a byla hlavní iniciátorkou celého projektu i průzkumu.

### 4.3 Metody průzkumu

Pro průzkum byly použity dva typy nestandardizovaných dotazníků. První dotazník v příloze označený A, byl určen pro zákonné zástupce dětí s Williamsovým syndromem. Obsahoval čtrnáct uzavřených otázek s výběrem volby. Respondenti byli vybráni formou kvótního výběru, ve skupině rodičů bylo společným znakem – zákonný zástupce je zároveň rodičem dítěte s Williamsovým syndromem. Dotazník byl anonymní, byl poskytnut v písemné formě, rozdán deseti rodičům, všech deset dotazníků bylo vyplněno a odevzdáno.

Dotazník označený v příloze B, byl určen učitelům dětí s Williamsovým syndromem. Obsahoval jedenáct uzavřených výzkumných otázek s výběrem volby. Respondenty byli učitelé dětí s WS, které navštěvovali terapeutické skupiny. Dotazník byl anonymní, byl poskytnut v písemné formě. Dotazníky byly rozdány 30 respondentům, vyplnilo a odevzdalo 30 respondentů.

Narativní rozhovory byly vedeny s rodiči dětí s Williamsovým syndromem, s učiteli některých těchto dětí, s učiteli, kteří se aktivně zapojili do projektu nacvičování a uvedení divadelního představení.

## 5 DIVADELNÍ PŘEDSTAVENÍ VÁNOČNÍ PŘÍBĚH

S nácvikem divadla se začalo krátce po začátku školního roku. Předem nebyl připravený žádný scénář, jen příběh o Josefovi a Marii, který byl dětem každý den po dobu dvou týdnů, reprodukován.

Josef a Marie putovali do Betléma, spolu s oslíkem. Marie čekala děťátko, cesta byla zlá. Po cestě už byli oba unavení, když došli na kraj města a Marie Josefa prosila, aby našel nějaký nocleh. Zaťukali na dveře prvního hostince, který po cestě našli. Zlý a nepříjemný hospodář jim otevřel se slovy, že nocleh pro nikoho nemá, má plně obsazeno hosty. Tak hledali další spaní; ve druhém hostinci pochodili stejně, místo pro ně nebylo. Až ve třetím našli hodného hospodáře se ženou, nocleh měli jen ve chlévě na seně. Josef s Marií s vděčností přijali a ulehli na seno. Mezitím kdesi v horách pásli pastýři své ovce, a když ulehli odpočinout a zaspali, zdál se jim všem sen. Někdo vzácný se ve městě Betlémě má narodit. Tak zahnali ovečky, vzali každý nějaký dar, jeden ovčí kůži na zahřátí miminka, druhý trochu mléka, třetí beránka. A vydali se na cestu do Betléma. V té době se v dalekých krajích dozvěděli o narození Ježíše Tři králové, i oni se rozloučili se svými ženami, vzali dary a vydali se na cestu. V noci se v Betlémě mezi zvířátky, narodil Ježíš. Zvířátka jej zahřívala, Marie kolébala v jesličkách. Ráno přišli pastýři, Tři králové a všecken lid se Ježíšovi poklonit. Všichni mu předali své dary a za zpěvu Andělů jej přivítali na svět.

Tento krátký příběh byl dětem vyprávěný několikrát, každé ráno se celá škola sešla druhou vyučovací hodinu a děti poslouchaly. Autorka diplomové práce a hlavní aktérka představení příběh vyprávěla, poté začala rozdělovat role. Důležité bylo, aby každé dítě mělo nějakou roli, zvládlo vymyslet krátký text dle vyprávění, všechny děti v mezidobí zpívaly koledy, které se přímo vztahovaly k textu. Starší děti představovaly hlavní sbor a doprovázely mladší na africké bubny, Orffovy nástroje a kytaru. Všechny koledy byly doprovázeny na kytaru autorkou diplomové práce.

Postupem času, jak se hra vyvíjela, byl sepsán krátký scénář se všemi hudebními vstupy, sólovými vystoupeními a dialogy. Nejtěžší na celé přípravě bylo zabavit děti tak, aby se časem nenudily a nevyrušovaly. Vtažením všech do celého představení bylo jedinou možností, jak to všechny děti naučit a zároveň zabránit kázeňským proheškům.

I tak šlo o velký psychický i fyzický výkon všech účastníků, včetně učitelek a asistentek pedagogů. Asistentky občas během nácviku odcházely do vedlejších tříd s autistickými dětmi, pro které bylo představení velmi náročné. Nácvik trval až do prosince, kdy se mělo konat první vystoupení a to v Domově seniorů.

Kostýmy pro děti byly velmi jednoduché, některé se vyráběly ve škole v družině či v hodinách výtvarné výchovy a pracovního vyučování. Stejně tak kulisy. Písničky se zpívaly v hodinách hudební výchovy, děti trénovaly i doma s rodiči.

Na začátku každého nácviku bylo uvolnění formou meditace. Děti ulehly na podložky, za poslechu meditační hudby cestovaly po krásných zahradách formou tvoření imaginací. Využívalo se i autogenního tréninku, který pomáhal navodit správné dýchání, což je při zpěvu i mluvení velmi důležité. Tato část děti velmi bavila, vyprávěly si poté příběhy z cestování. Tímto se vždy velmi zklidnily a naladily na další práci. Po divadle se většinou hrály míčové hry, na zbavení trémy a odbourání stresu, který občas přítomen byl. Trémou trpěly všechny děti. Délka představení byla cca 20 minut

První představení bylo velmi dobré, děti si vše pamatovaly, nedošlo k žádnému problému, naopak slavily velký úspěch. Obecenstvo bylo veliké, asi 50 osob. Druhé představení se hrálo pro mníšecký Klub důchodců v Kulturním domě. Opět výborný výkon dětí i dospělých. Na závěr Adventu se konala besídka s představením pro rodiče a přátele školy, které se zúčastnilo i místní zastupitelstvo. Divadelní představení bylo nacvičováno jako jediné v dalekém okolí, škola byla schopna uspořádat hned několik představení a v dalším roce se chystá nácvik divadla zopakovat.

Hudba, tanec, zpěv, divadlo, vše školu provázelo celé čtyři měsíce školního roku. Děti se staly sebevědomějšími, navzájem se naučily podporovat, učily se trpělivosti, a když někdo onemocněl, což je častým jevem ve škole, kdokoli byl schopen ho zastoupit, protože všechny role znaly všechny děti. Uměly písničky, učily se sebeovládání a překonaly očekávání všech. Bylo málo lidí, kteří věřili, že se vystoupení a dotažení projektu skutečně povede, ale podařilo se. Každé představení bylo jiné, každé bylo ojedinělé a zvláštní.

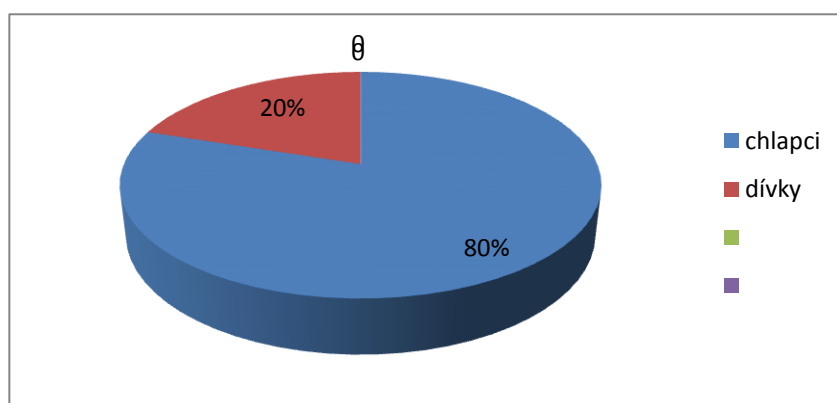


## 6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

### 6.1 Dotazníkové šetření A – zákonní zástupci dětí s Williamsovým syndromem

V dotazníku A, který byl vyplněn zákonnými zástupci dětí s Williamsovým syndromem, jsou formulovány otázky, jež měly zjistit, jak vnímají terapeutické metody a přístupy – taneční terapii, muzikoterapii a dramatickou výchovu u jejich dětí a možnostech využívání těchto metod v kmenových třídách. Výstupy byly formulovány formou grafů, dle vhodnosti formátu a jejich rozborem.

**Graf 1: Pohlaví zkoumaného vzorku dětí**

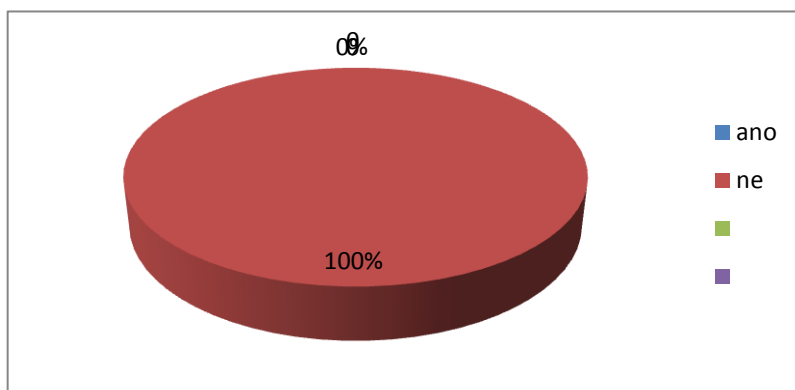


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

#### **Interpretace grafu 1 :**

Z grafu je patrné, že ve výběru pohlaví byli zastoupení nejvíce chlapci a to 80 %, dívky byly v zastoupení 20 %.

**Graf 2: Děti s WS navštěvující běžnou základní školu**



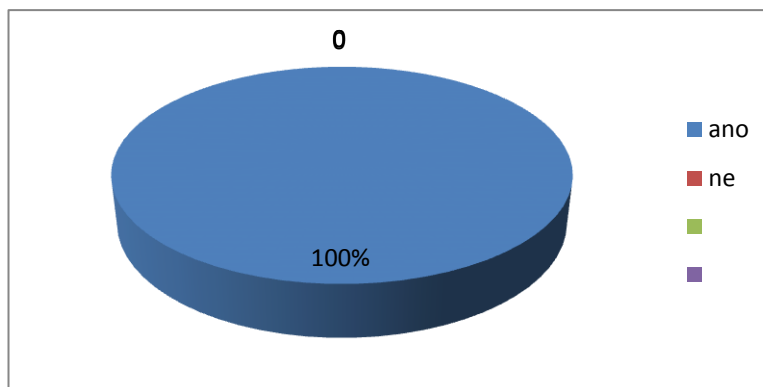
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### **Interpretace grafu 2 :**

Z grafu je patrné, že běžnou základní školu nenavštěvuje žádné dítě s Williamsovým syndromem.

*„Víte, nedalo nám to a dali jsme jí na základku, slíbili nám u zápisu, že nebude strádat, že se pokusí jí integrovat do zdravé třídy mezi normální děti. Potřebovala asistentku, ale škola na ní nedostala peníze. Vůbec to nešlo. Děti se jí smály, byla vždycky hodně veselá a teď jí pořád bolelo břicho a měli jsme strach, co to udělá s jejím i tak dost špatným zdravím. Ředitelka pořád říkala, že to nějak zvládnou, ale moc to nevypadalo. Pak jsem s ní zůstala sama, manžel se prostě odstěhoval k jiné ženě, měl už všeho po krk. A já se trápila, holka se trápila doma i ve škole, moc tomu všemu nerozuměla, tak jsem se jí snažila doučovat doma, jenom šlo o písmenka a číslice. Ale víte jak to je. Wilikovský děti jeden den něco umí a druhý den, jakoby to nikdy neviděly. Učitelka to nemohla pochopit a známky nás stresovaly obě dvě víc a víc. Tak jsem jí vzala a dala na zvláštní školu a bylo to. Byl klid a teď je to fajn, protože jejich učitel dělá všechno možný, aby holce pomohl, a taky s ní hodně zpívá a ona je šťastná a já taky.“ (K2, přepis rozhovoru, str. 7).*

**Graf 3: Děti s WS navštěvující ZŠ s programem RVP pro lehké mentální postižení**



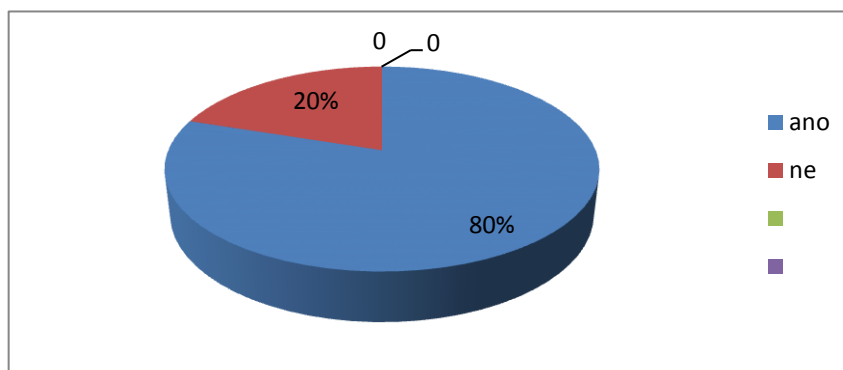
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### **Interpretace grafu 3 :**

Z grafu je patrné, že ZŠ s programem RVP pro LMP navštěvují všechny děti ze zkoumaného vzorku, tj. 100 %.

*„Jsme rádi, že je zatím v lehký mentální, ale doktoři nám teď říkali v poradně, že začíná padat dolů. Tak máme strach, aby se tam udrželo co nejdýl to bude. Někdy si říkáme, že možná ten program je pro naše dítě strašně moc těžkej, hodně se musíme učit a potěšil nás ředitel školy Manželce vysvětlil, že kdyby přestoupilo na ten nižší program, bude víc vařit a učit se nějaký plení košíků a víc jako řemeslo, tak možná z toho teď nemáme takovej strach. No, spíš se bojíme o zdraví, chvíli je to nahoře, chvíli dole, nikdo to nikdy neví, ani doktoři ne. Manželka pořád mluví o dalším dítěti, ale já mám strach. Asi by se to celý neutáhlo peněžně, už tahle stojí dojíždění do nemocnic spoustu peněz. A ona do práce na malej úvazek chodit nemůže. A to nám nedali ani příspěvek na dopravu, prý může chodit, ale zkuste jezdit s dítětem, co má každou chvíli záchvat vlakem. To bych je chtěl vidět.“ (K7, přepis rozhovoru, str. 41).*

**Graf 4: Děti s WS a kombinovaným postižením**



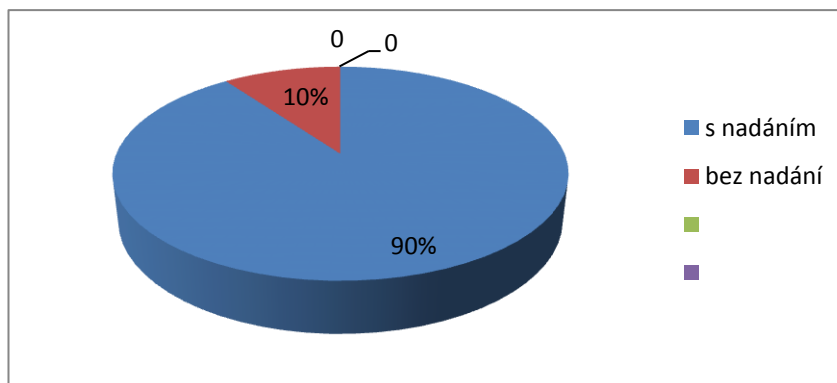
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

#### **Interpretace grafu 4**

Z grafu vyplývá, že dětí s kombinovanými vadami je více, celých 80 % zkoumaného vzorku. Děti bez kombinace více vad je 20 %.

*„Ptáte se na to, jak mi bylo, když jsem se dozvěděla, co je synovi? No, já si vážím každého dne, každého dne, kdy vidím celou svojí rodinu. Někdy je to těžké, někdy to bylo k nevydržení, hlavně když jsme netušili, o co jde. On hodně nespál, jako miminko pořád jen plakal. Když se narodil, byla jsem šťastná, ale brzy začaly problémy. Hlavně se srdíčkem. Vyvíjel se jinak, než druhé dítě, byl hodně opožděný, hlavně nechtěl mluvit, nechtěl nic. Přesto ho bylo všude plno. Byl strašně protivný, plačtivý, naříkal hlavně v noci. Asi ve čtyřech letech jedna paní doktorka mluvila o jakémsi syndromu, ale neznala jsem to a netušila, ale pak to umlklo, dělaly se další vyšetření a testy. Věděla jsem, že to není v pořádku a v pohodě, ale tak nějak jsem asi ani nechtěla vědět. Pak přišel první problém, potřebovala jsem jít do práce a nebyla školka, která by ho vzala. Viděla jsem jasně, že to nepůjde, byl tolik pozadu. Pak jeden mladý doktor zmínil Williamsův syndrom, no a bylo to venku. Vyšetření to potvrdila a náš celý život se změnil. Začali nám hlídat další a další věci, v podstatě jsme celý první rok po určení diagnózy cestovali mezi domovem a nemocnicí. Bylo toho hodně, co jsme museli prožít, ale jsou lidi, kteří na tom jsou mnohem hůře, než my. Žijeme tak nějak den po dni, a jde to, vděčíme za každou chvíli s naším synem. (K3, přepis rozhovoru, str. 11).*

**Graf 5: Počet dětí s nadáním pro hudbu**



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

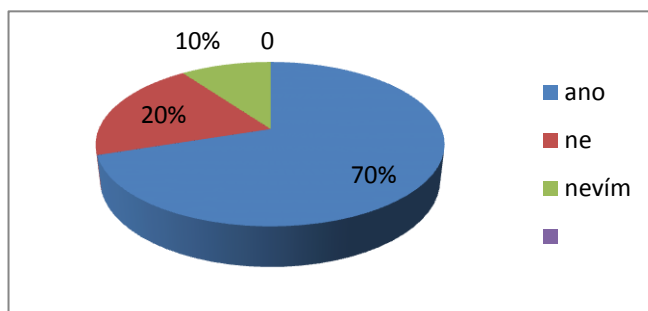
### **Interpretace grafu 5**

Graf uvádí, že celkem 90 % dětí má nadání pro hudbu, u 10 % se toto nadání neprojevílo.

*„Tak tahle otázka mne velmi potěšila, konečně se někdo ptá na to, co naše dítě má jako dar od Boha a to má. Odmalička jsem mu musela půjčovat svoje prstýnky, dali jsme je na tkaničku a oni tak lehoučce zvonili a syn to dokázal poslouchat celé hodiny. Hodně si broukal a zpíval skoro dříve, než mluvil. Jsem šťastná, že může chodit na muzikoterapii, a že i ve škole hodně využívají hudební nástroje, miluje to a děti ho za to mají rádi. Je to taková naše malá písnička. (K5, přepis rozhovoru, str. 26).*

*„U nás se tento předpoklad asi nepotvrdil, nebo je jen nepatrný. Naše dítě nemá rádo hudbu, ale asi je to tím, že má velmi citlivé uši na jakékoli zvuky, tak proto, všechno mu vadí. (K10, přepis rozhovoru, str. 68).*

**Graf 6: Používání terapeutických metod a přístupů z oblasti muzikoterapie či dramaterapie a taneční terapie učiteli ve výuce**

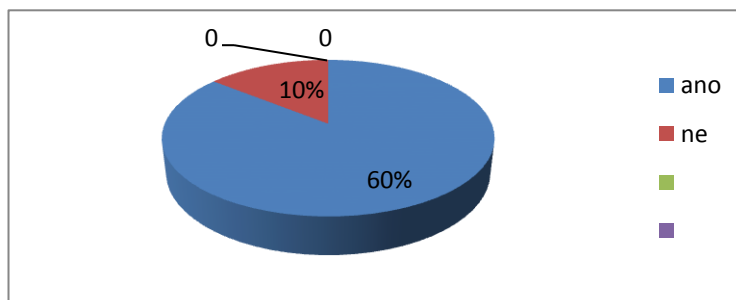


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### **Interpretace grafu 6**

70 % rodičů uvádí, že učitelé ve výuce využívají terapeutické metody a přístupy, 20 % nevyužívá a jen 10 % zmiňuje, že neví.

**Graf 7: Terapeutické metody a přístupy ovlivňují postavení dětí ve třídě**

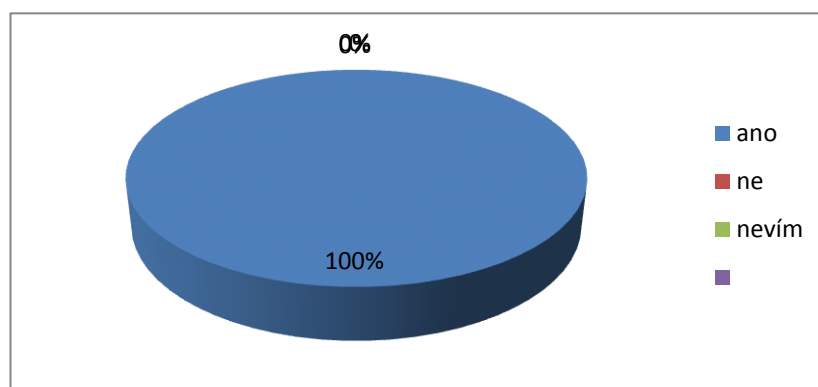


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### **Interpretace grafu 7**

Na tuto otázku odpovědělo jen 70 % respondentů, z nich 10 % uvádí, že terapeutické metody a přístupy používané ve vyučování, nemají vliv na postavení dětí ve třídě. Ostatních 60 % zmiňuje, že tyto přístupy postavení dětí ovlivňují.

**Graf 8: Otázka, zda se rodiče domnívají, že vhodné terapeutické metody a přístupy mohou dětem pomoci ve výuce jako takové**



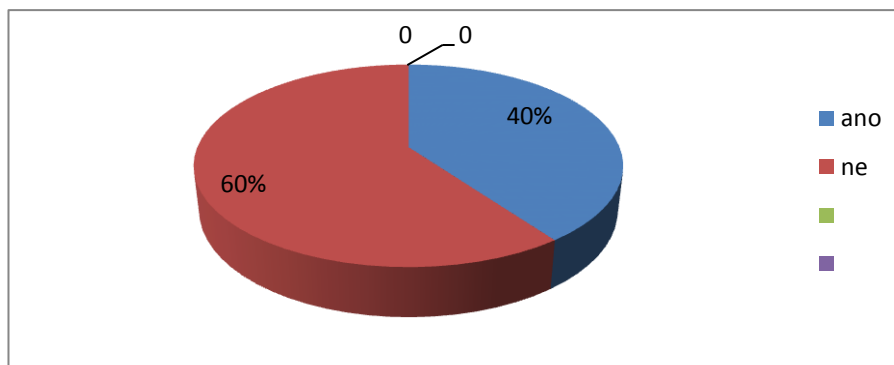
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### Interpretace grafu 8

100 % dotázaných respondentů je přesvědčeno, že vhodnými terapeutickými metodami a přístupy lze dětem pomoci ve výuce.

*„Tahle otázka by byla zbytečná, kdyby to všichni učitelé trochu poslouchali. Každý, kdo má nějak postižené dítě přeci ví, že mu může pomoci cokoli, cokoli co zmírní postižení, cokoli pomůže dát jim pocit, že něco funguje. Víte, někdy se to špatně hledá, ale proč se učitelé víc neptají rodičů? Nejsme sice studovaní, ale co máme se svými dětmi dělat, to nám nikdo neřekl, museli jsme si to najít, kde se dalo. A doma vymýšlíme pořád nějaké zlepšováky, jinak by to nešlo. (K6, přepis rozhovoru, str. 31).*

**Graf 9: Má Vaše dítě ve škole kamarády**



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

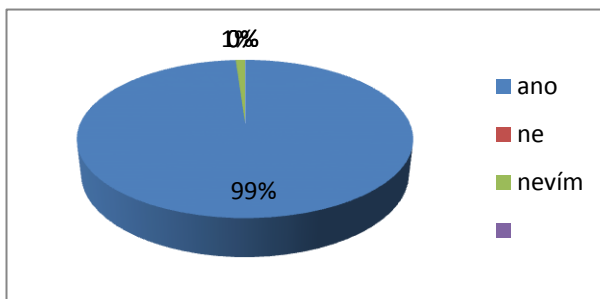
### **Interpretace grafu 9**

Pouhých 40 % rodičů říká, že jejich dítě má ve škole kamarády. 60 % dětí kamarády ve škole nemá.

*„Aby se cítilo naše dítě líp, potřebovalo by stejně postiženého vrstevníka kolem sebe, ale bydlíme na samotě a sourozenec mu nemůže vynahradiť, co by potřeboval. Kolikrát si říkáme, kde někoho takového najít a jestli by to vůbec fungovalo. Jestli umí navazovat kamarádské vztahy. Tak stačilo by, kdyby si s někým dovedl dlouho hrát, déle, než pár minut. Ale nikdo to nevydrží, hodně mluví, hodně se směje a nechápe spoustu situací, takže zdravé děti se začnou ihned posmívat. Ve škole má kamarády, ale když mluvím s učitelkou o tom, zda si s někým hraje, povídá, snaží se mě uklidnit, ale cítím, že to není ono. Ve třídě jsou děti s různým postižením, a kdyby jí nebylo, asi by se mu smáli, pro jeho občasné šaškování, zapominání a někdy je opravdu úplně mimo a je těžké s ním něco pořídit. Ale stále věříme, že se i tohle vylepší a změní.“ (K8, přespi rozhovoru, str. 45).*



**Graf 10: Domníváte se, že taneční terapie a muzikoterapie, kterou Vaše dítě absolvovalo, zásadně přispěly k lepšímu rozvoji některých oslabených schopností dítěte**

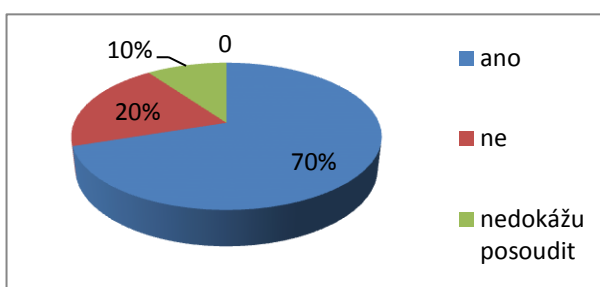


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### Interpretace grafu 10

Na otázku, zda taneční terapie a muzikoterapie, zásadně přispěla k lepšímu rozvoji některých oslabených schopností dítěte, odpovědělo 99 % respondentů, že přispěla. 1 % neví a nikdo neodpověděl záporně.

**Graf 11: Společné nacvičování a uvedení divadelního představení přispívá ke zlepšení vztahů ve třídě dětí**

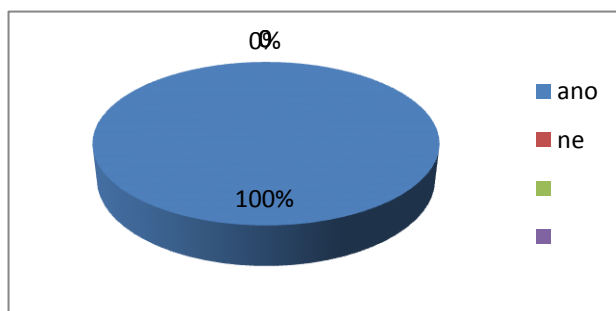


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### Interpretace grafu 11

Více než polovina rodičů si myslí, že společné nacvičování divadelního představení a jeho uvedení na veřejnosti, by přispělo ke zlepšení vztahů ve třídě, 70 % dotázaných. 20 % zmiňuje, že nepřispělo a 10 % respondentů neví.

### Graf 12: Dotázaní odpovídali na otázku, zda jejich dítě navštěvovalo muzikoterapii, taneční terapii a dramaterapii dobrovolně a s nadšením



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

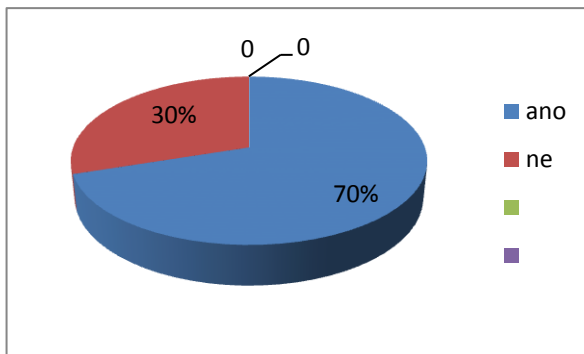
### Interpretace grafu 12

Všichni respondenti se shodli na tom, že jejich dítě navštěvovalo muzikoterapii, dramaterapii a taneční terapii dobrovolně a s nadšením.

*„Vidíme radost a nadšení a hlavně má něco, kam se může těšit, to jsme dříve nezažili.“ (K9, přepis rozhovoru, str. 57).*

*„Hledali jsme mimoškolní aktivity, ale je to beznadějně. Zdravotní omezení jsou tak velká, že sportování nepřipadá v úvahu vůbec, zájmové kroužky jsme zkoušeli, ale lektorka to dlouho nevydržela. Musel by tam být osobní asistent, na to nejsou peníze. Občas jezdíme na akce se sdružením Wilík, což je fajn, ale potřebovali bychom větší pravidelnost a možností je málo, spíš žádné. Takže terapie jsou skvělé, je tam hodně dětí s mentálním postižením a paní učitelka to drží v duchu kamarádství, že si všichni mají pomáhat, což je prostě výborné. A muzika, a tancování, to je prostě úplně nejlepší na světě, slyšíme to doma pořád. A nadšením se zlepšil i přístup k učení, pozitivita mu vydrží docela dlouho a má se na co těšit. (K6, přepis rozhovoru, str. 37).*

**Graf 13: Získalo dítě kamarády v terapeutickém centru**



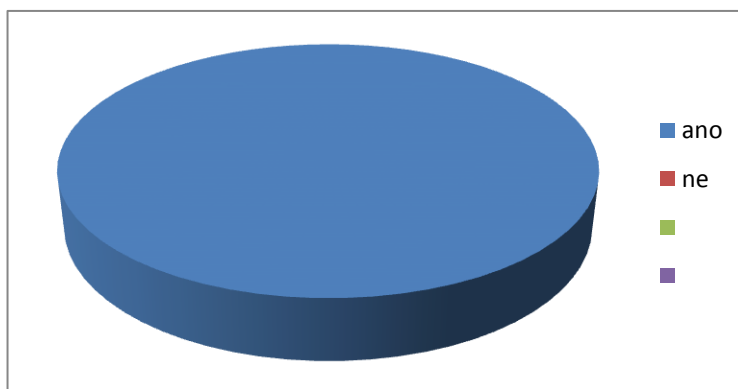
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### **Interpretace grafu 13**

Na otázku odpovědělo 70 % dotázaných, že na terapii našlo jejich dítě kamarády. Jen 30 % uvedlo, že nenašlo.

*„No, musím říci, že nejvíce mluví o paní učitelce, je do ní asi zamilovaný, což teď poslední dobou je každou chvíli do někoho. A mluví o jedné holčičce, tak patrně kamarádku opravdu našel, z toho máme největší radost, osamocení je hrozná věc. (K6, přepis rozhovoru, str. 33).*

**Graf 14: Při výběru základní školy by rodiče dali přednost škole, která využívá zmiňovaných terapeutických přístupů ve vzdělávání a výchově**



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

## Interpretace grafu 14

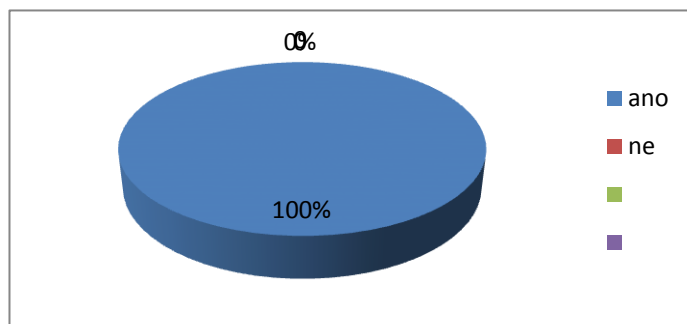
Všichni rodiče souhlasně potvrdili, že při hledání základní školy pro jejich potomka by upřednostnili školu využívající zmiňovaných terapeutických metod ve vzdělávání a výchově.

*„Při výběru školy, kam naše dítě nastoupí, jsme nezohledňovali vůbec nic. Důležité bylo, abychom vše dobře zvládli logisticky, takže jsme vybrali škole co nejbližší našemu domu. To se nám ale moc neosvědčilo. Naše dítě tam nebylo spokojené, systém, který využívaly, byl velmi zastaralý a přístupy k nemocným dětem, byly občas problém. Pak se manžel našel a začal objíždět školy sice vzdálenější, ale dal už na doporučení kamarádů a známých. Je těžké všechny naše děti rozvážet každé ráno, ale změnu k lepšímu vidíme od začátku. Jsme šťastní, že jsme našli školu, která umožní dítěti se lépe cítit. Vždyť ve škole tráví tolik času. A hlavně, nikdo nedělá problémy s tím, že má velký počet zameškaných hodin, protože zdravotní stav je někdy tak vážný, že prostě trávíme dny a někdy týdny v nemocnici. Paní učitelka mu potom látku povysvětlí, dá nám přesné pokyny, jak a co s ním máme doma procvičovat, nebo v nemocnici a jde to mnohem líp. Stačí, že se stresujeme tím, zda bude žít nebo ne. Někdy nám chování učitelek na minulé škole přišlo až směšné, my řešili život našeho dítěte a ony zameškané hodiny, to je prostě úplný nesmysl. Ale bylo to tak a jsme rádi, že v tom hrozném kalupu co máme, jsme si našli čas na změny.“ (K 9, záznam rozhovoru, str. 62).*

## 6.2 Dotazníkové šetření B – učitelé dětí s Williamsovým syndromem

V dotazníku B, který byl vyplněn učiteli dětí s Williamsovým syndromem, jsou formulovány otázky, které měly zjistit, jak učitelé vnímají a využívají terapeutické metody a přístupy – taneční terapii, muzikoterapii a dramatickou výchovu u dětí s WS a možnostech využívání těchto metod v kmenových třídách. Všichni učitelé učí dítě s WS. Výstupy byly formulovány formou grafů, dle vhodnosti formátu a jejich rozbořem.

**Graf 15: Otázka, zda učitelé učí dítě s WS**

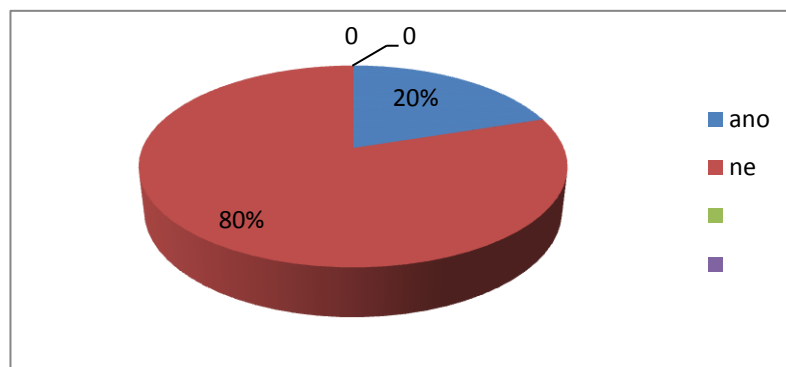


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### **Interpretace grafu 15**

Všichni učitelé uvedli, že učí děti s Williamsovým syndromem, plných 100 % respondentů.

**Graf 16: Vypovídá o tom, zda učitelé měli předchozí zkušenost s dětmi s WS**

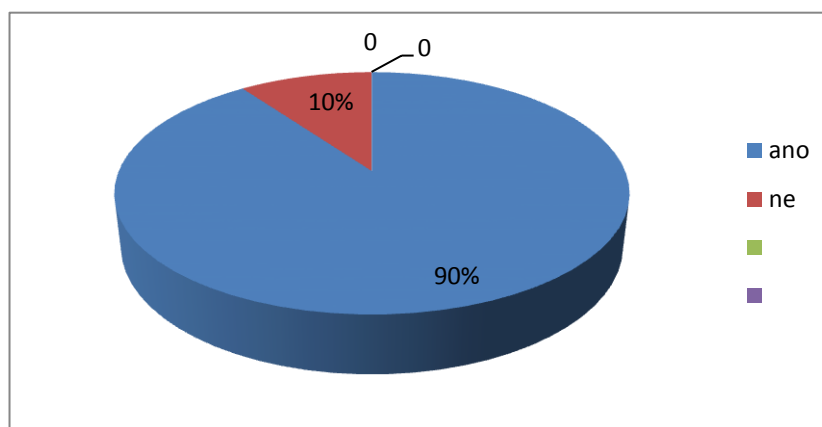


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### **Interpretace grafu 16**

Na otázku, zda učitelé měli předchozí zkušenost s výukou dětí s WS odpovědělo 80 % dotázaných záporně. Jen 20 % uvádí předchozí zkušenost s Williamsovým syndromem.

**Graf 17: Je u dětí s WS, které dotázaný vzorek vyučuje, pozorovatelné nadání k hudbě**



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

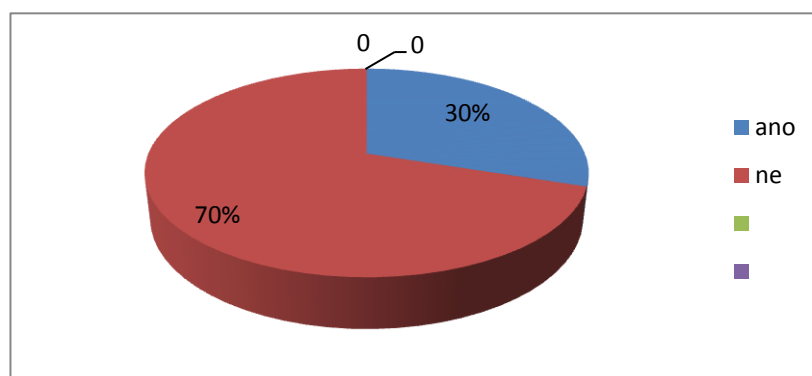
### **Interpretace grafu 17**

Pozorovatelnost nadání k hudbě u dětí s WS uvádí 90 % učitelů, jen 10 % zmiňuje, že tohoto nadání se dítěti nedostává nebo není zřejmé ve vyučování.

*Jediné, co jsem kde četl a stále se to opakoval u dětí s WS bylo velké nadání v hudbě. Snažil jsem se na tom postavit výuku některých odbornějších předmětů, ale neosvědčilo se mi to. Je možné, že tím, že nejsem hudebník, neprobudil jsem dostatečně tento um u vyučovaného dítěte. Má strach ze zvuků, hudby, je mu to nepříjemné a nevím, jak se k tomu postavit.*“ (U4, přepis rozhovoru, str. 16).

*„Ano, hudba nás velmi spojila, cokoli přinesu za nástroje do hodiny, nadšeně uchopí a zkouší brnkat, cinkat, ťukat, projevuje u toho takovou radost, že okamžitě pro tuto činnost nadchne všechny ostatní děti. Někdy je těžké s tím pracovat, je tak aktivní, že sociální chování vůči druhým jde úplně stranou. Ale celá třída má jasné povědomí o tom, že učení jde sice pomalu tomuto dítěti, ovšem v hudbě na něj nikdo nemá. Nepamatuje si dlouho texty písniček, ale melodii nikdy nezapomíná. Díky tomu se dobře učí básničky, protože je zhudebňuji a přezpívávám, což vede k rychlejšímu zapamatování nejen u něj, ale všech ostatních dětí. Toto dítě ve třídě je prostě radost mít.* (U7, přepis rozhovoru, str. 22).

**Graf 18: Uvádí znalost terapeutických metod a přístupů u učitelů, které by mohli využívat při práci s těmito dětmi**



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

**Interpretace grafu 18**

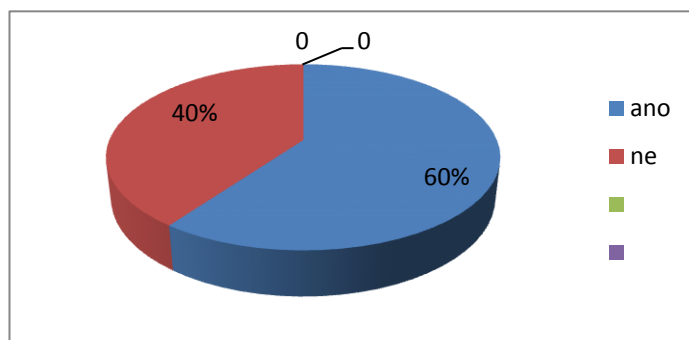
Učitelé se neradi vyjadřovali i v rozhovorech ke svým znalostem, některým bylo evidentně trapné, že jejich znalosti v této oblasti nejsou velké. Příčiny byly zřejmé z rozhovorů. Téměř většina dotázaných uvedla, že nezná terapeutické metody a přístupy, které by využívali při práci s těmito dětmi, celých 70 %. Dalších 30 % znalosti potvrdilo.

*„Hledala jsem, jak k tomuto dítěti přistupovat, ale nejsou žádné dostupné materiály, knihy jsou jen cizojazyčné a neumím jazyky, takže k těmto informacím prostě nemám přístup.“ (U21, přepis rozhovoru, str. 97).*

*„Snažila jsem se používat něco z arteterapie, kterou jsem absolvovala na semináři, ale je to obtížné. Výtvarné projevy tohoto dítěte jsou specifické a řekla bych, že jsou velmi slabé. Hudební výchovu neučím a ani to neumím, tak jsem se ptala rodičů, co u jejich dítěte funguje, ale nic moc mi neporadili a je mi to hloupé, měla bych být vzdělanější v této oblasti, ale nejsou materiály ani semináře, kam bych mohla jet. (U6, přepis rozhovoru, str. 19).*

*„Není žádná dostupná kniha, jen příručka na internetu u sdružení. Kde mám hledat? (U1, přepis rozhovoru, str. 4).*

**Graf 19: U vádí přístup učitelů se v této oblasti vzdělávat a využívat nové metody ve vyučovacím procesu**



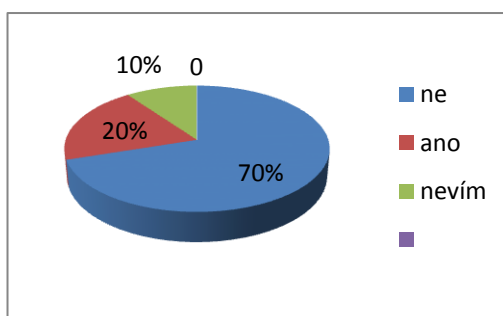
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### Interpretace grafu 19

Dotázaní respondenti uvedli v 60 % ochotu vzdělávat se v oblasti nových přístupů práce u dětí s WS a metody aplikovat do vyučování, 40 % uvedlo zápornou odpověď.

*„Je nás ve škole tak málo, že na semináře a školení jezdíme jen ojedinele. A na novinky nemám ve vyučování vůbec čas, takže bych si to musela asi dobře rozmyslet, uvádím raději, že ne. (U10, přepis rozhovoru, str. 42).*

**Graf 20: Mapuje otázku, zda běžné vyučovací metody stačí k upevnění znalostí dětí s WS**



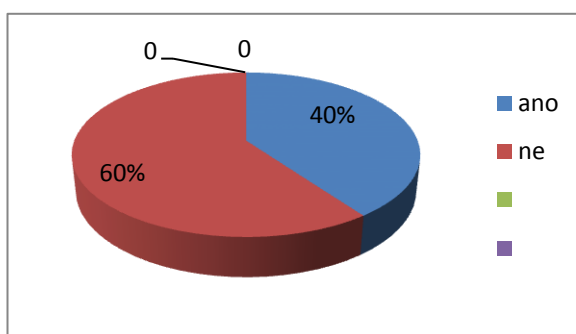
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



### Interpretace grafu 20

Učitelé zmiňují v 10 %, že neví, zda běžné vyučovací metody stačí k upevnění znalostí u dětí s WS, 70 % uvedlo zápornou odpověď, tedy, že nestačí. Kladně odpovídalo na položenou otázku 20 % učitelů.

### Graf 21: Otázka, zda někdy učitel nacvičoval se žákem s WS divadelní představení



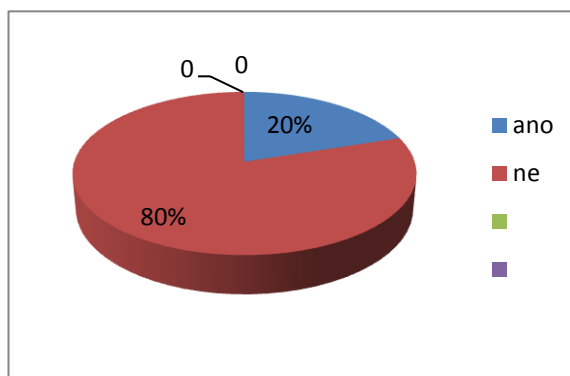
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### Interpretace grafu 21

K otázce nacvičování divadelního představení s dětmi s WS se 40 % dotázaných vyjádřilo kladně, 60 % uvedlo, že tuto zkušenost nemá.

*„Neumím si představit, že bych se třídou měla něco nacvičovat. Úplně mi stačí, když máme zazpívat na vánoční besídce, to je taková práce děti něco naučit, že větší projekt si neumím opravdu ani trochu představit. Ale kdyby mi někdo poradil, jak do toho, asi bych to ráda i zkusila, mohlo by to být dobré zpestření hodin a určitě by to upevnilo třídní kolektiv.“ (U8, přepis rozhovoru, str. 16).*

**Graf 22: Užívají učitelé ve vyučování prvků dramaterapie či dramatické výchovy**

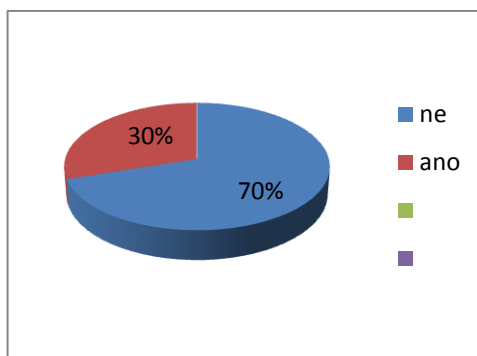


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

### **Interpretace grafu 22**

Z šetření plyne, že učitelé v 80 % nevyužívají prvků dramaterapie nebo dramatické výchovy. Jen 20 % vyhodnotilo tuto otázku kladně a prvky zařazuje do vyučování.

**Graf 23: Ukazuje na to, zda v hodinách hudební výchovy děti aktivně používají hudební nástroje**



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

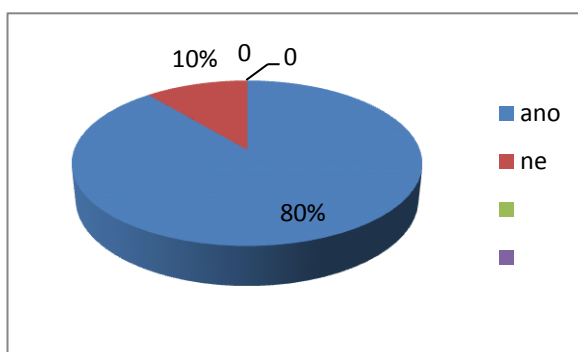
### Interpretace grafu 23

Je zřejmé, že využití hudebních nástrojů ve výuce hudební výchovy je minimální. 30 % dětí nástroje aktivně používá, zbylých 70 % v hudební výchově nehraje na žádné nástroje.

*„Máme minimální vybavení, spíše se zaměřujeme na praktické činnosti do života potřebnější, než je hudební výchova a hraní na nástroje. S těmi dětmi by to stejně nešlo. (U18 přepis rozhovoru, str. 74).*

*„Hraji na nástroje já a prostě je půjčuji i dětem. Sice neumí akordy, nebo noty, ale sluchem jsou schopné zahrát základní tóny jednoduchých skladbiček, je přitom legrace a někdy Ti, co nemají šanci předvést nic jiného ve vyučování, vyniknou právě v těchto hodinách. A je přitom vždycky velká legrace a to za to stojí. Orffův instrumentář, využíváme i v matematice, při rytimizaci, např. u násobení čísel, také v tělocviku a českém jazyce. Je to radost dívat se, jak děti dělají jiné činnosti, než se válejí po lavici a stejně nevnímají, co jim učitel říká. Názorné vyučování je prostě nejlepší pro obě dvě strany. (U11, přepis rozhovoru, str. 27).*

**Graf 24: Vnímáte zapojení dětí do vyučovacího procesu jako přínosné**

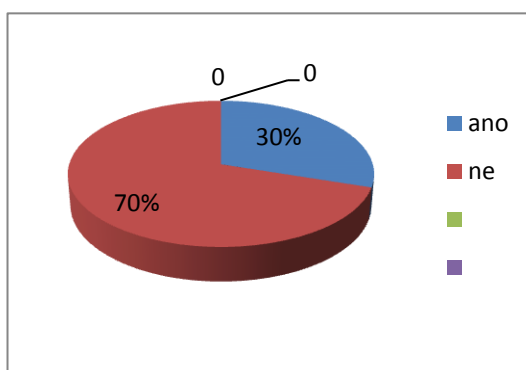


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

## Interpretace grafu 24

Zapojení dětí do vyučovacího procesu jako přínosné zmiňuje 80 % dotázaných učitelů, jen 10 % by je do vyučování nezapojovalo.

## Graf 25: Otázka, zda učitelé upřednostňují frontální výuku ve vyučování



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

## Interpretace grafu 25

Vybraný vzorek učitelů, kteří se zapojili do tohoto průzkumu a mají aktivní zkušenost s dětmi s WS uvádí, že nedávají přednost frontální výuce před jinými metodami, 70 % z nich uvedlo zápornou odpověď. 30 % raději vyučuje frontálně.

*„Je mnohem jednodušší stoupnout si před děti a učit, vykládat látku, zejména na druhém stupni. Ovšem je otázkou, koho to vlastně baví, já se s tímto nespokojím, v hodinách má být pracovní ruch a shon a děti mají projevat svůj názor, bez ohledu na to, zda jsou postižené nebo nejsou. Dělá to, asi hodně učitelů, protože nároky na ně jsou prostě vysoké. Musíme zvládnout malotřídku, s dětmi, které nejsou ani trochu stejné a každý potřebuje zcela jiný přístup. Musíme zvládnout papíry, které provází třídnictví více a více, musíme komunikovat s rodiči, musíme dělat přípravy, je to nekonečná práce. A když se třídou někam jedete, stále očekáváte, kdy se na Vás naválí odpovědnost, protože prostě nejste schopni všechno uhlídat. Naše školství je v rozkladu, nejvíce s ním zahýbala povinnost dalšího vzdělávání, kdo by tohle při takové práci zvládal v klidu a pohodě a vykládejte o tom dětem.“ (U3, přepis rozhovoru, str. 4).*

„S dítětem s Williamsovým syndromem jsem se setkala poprvé před rokem, když ho rodiče přivedli do naší školy. O takovém postižení jsem nikdy předtím neslyšela a po otevření různých internetových stránek jsem našla jen ty nezákladnější informace. Hodně mi pomohla jeho maminka, která se mnou celkem detailně probrala jeho diagnózu. Žák s WS je velmi pozitivní člověk, neustále se směje, i přes to, že mu například člověk vytkne nějakou chybu nebo ho za něco napomene. Snad nikdy jsem ho neviděla plakat. Jsou ale chvíle, například v českém jazyce nebo matematice, kdy se v učivu opožďuje za svými vrstevníky. Chtěl by počítat jako oni, psát diktáty jako oni, ale vzhledem k jeho rozumovým schopnostem to často není možné. Je to způsobeno zejména poruchou paměti, kdy jeden den se něco naučí, relativně dobře se získanými informacemi dokáže pracovat a druhý den, někdy i za půl hodiny neví, jak daný úkol správně uchopit. Kvůli obtížím v grafomotorice a jemné motorice jako takové nemůže vyniknout ani ve výtvarné výchově a vzhledem ke své velmi vážné srdeční vadě není schopen vyrovnat se dětem ani v tělesné výchově. Myslím si, že vánoční divadelní představení, kterého se chlapec účastnil, pro něho mělo obrovský význam. Najednou přestal být tím chlapcem, kterému toho moc nejde, který nemůže soutěžit ve stejných početních úkolech se spolužáky, ale měl jednu z hlavních rolí. Všem nám na něm záleželo a on věděl, že je pro divadelní představení důležitý. Je velice muzikální, rád zpívá, i když s texty to není jednoduché. Velkou část jich zapomene. Vánoční písničky, které byly v divadle obsažené, se mu ale natolik líbily, že jsme je musely společně zpívat několikrát denně. V rámci svých možností si velkou část slov písni osvojil a myslím, že i když během vystoupení s nápovědou, „popral“ se s tím, velice dobře. Vánoční vystoupení mu pomohlo i v překonávání trémy, kdy během nácviku před více dětmi toho nechtěl moc říct, postupem času se jeho vystupování před lidmi zlepšilo. Podle mého názoru chlapec vystoupil výše i v očích ostatních dětí a zvýšilo se jeho sebevědomí, více si věří a nepodceňuje své síly. Velkým plusem byla také přítomnost rodičů, kterým se mohl předvést a ukázat jim, co všechno dokázal. Myslím si, že divadelní vystoupení mu v mnohém pomohlo. Jediné, s čím měl problém, byla doba trvání představení, které na něho bylo už příliš dlouhé. Těšil se, až ostatním předvede své sólové výkony, ale v závěru, kdy se zpívaly písničky, už začínal být mírně nervózní a chtěl si jít odpočinout k rodičům.“ (Zhodnocení učitelky dítěte s WS, které se aktivně zapojilo do divadelního představení, zpívalo část koledy).

### 6.3 Závěr průzkumu

Na otázky nestandardizovaného dotazníku A odpovědělo deset zákonných zástupců dětí s WS, na otázky nestandardizovaného dotazníku B odpovědělo 30 učitelů dětí s WS. Celkově odpovědělo 40 respondentů. Dotazníky zkoumaly, jak vnímají terapeutické postupy ve výchově a vzdělávání rodiče dětí s Williamsovým syndromem a jak je vnímají jejich učitelé. Zda je používají ve vyučovacím procesu a zda mají zájem se jimi zabývat více do budoucna.

Narativní rozhovory byly provedeny s deseti zákonnými zástupci dětí s WS a se všemi 30 učiteli. Byly průběžně prováděny podle potřeby výzkumníka, probíhaly většinou formou telefonickou či písemnou.

V praktické části diplomové práce jsou stanoveny tři výzkumné otázky. První zkoumá, jak vnímají terapeutické metody a přístupy ve výchově a vzdělávání dětí s Williamsovým syndromem rodiče těchto dětí. Třetí otázka byla, jakými terapeutickými postupy a metodami je možné zmírnit či upevnit výkyvy v chování a učení dětí s Williamsovým syndromem. Vztahovaly se k nim otázky č. 1. – 11. Ve skupině dětí bylo 80 % chlapců, 20 % dívek. Nikdo z dětí v současné době nenavštěvuje běžnou základní školu, 100 % chodí do školy praktické, vzdělávají se v programu ZV RVP pro LMP. Kombinovaná postižení ze zkoumaného vzorku má 80 %, u 20 % v odpovědi na otázku zmíněné nejsou. Další otázkou bylo, zda se u dětí s WS projevilo nadání na hudbu? Respondenti uvádějí, že u 90 % dětí je přítomno, 10 % se nevyskytuje, pokud rodiče jsou schopni, jak plyne z narativních rozhovorů, toto dostatečně dobře vyhodnotit. Na další otázku, zda učitelé dětí používají ve výuce terapeutické přístupy a metody, odpovědělo 70 % rodičů, že ano, 20 % zhodnotilo slovem ne a jen 10 % nevědělo. Zda používání terapeutických metod a přístupů ve vyučování, může mít vliv na postavení dětí ve třídě, vyhodnotilo jen 70 % tazatelů (v předchozí otázce odpověděli kladně), z nich 60 % zmiňuje, že tyto metody a postupy zaznamenali ve výuce svých dětí, 10 % uvádí, že ne. Z rozhovorů plyne, že problém nedostatku kamarádů řeší většina dětí s Williamsovým syndromem. Otázku, může – li užívání terapeutických metod a přístupů pomáhat ve výuce jako takové hodnotí 100 % dotázaných odpovědí ano. Další odpověď rodičů na otázku, zda jejich dítě má ve škole

kamarády, je hodnocena jen 40 % kladně, ostatních 60 % zmiňuje, že kamarády jejich dítě ve škole nemá. Zkušenost s terapií dětí dokresluje otázka, zda taneční terapie, muzikoterapie a dramaterapie pomohla jejich potomkům k lepšímu rozvoji některých oslabených funkcí. Nevím zmiňuje 10 % dotázaných rodičů, ne neuvádí žádný respondent, dalších 99 % uvádí, že pomoc byla viditelná. Otázka zda společné nacvičování divadelního představení přispívá ke zlepšení vztahů ve třídě, vidí 10 % rodičů, jako těžko ohodnotitelnou, odpovídali slovy, nedokážu posoudit. 20 % respondentů si myslí, že nepřispívá, 70 % to vidí jako zlepšení vztahů ve třídě. Všechny 100 % dětí rodičů navštěvovalo muzikoterapii, taneční terapii a dramaterapii dobrovolně a s nadšením. 70 % dětí si zde našlo kamarády, 30 % uvádí, že nenašlo. Poslední otázkou je, zda by rodiče při výběru školy dali přednost škole, která využívá výše zmiňovaných terapeutických přístupů ve vzdělání a ve výchově. Všichni odpovídají shodně, že ano.

Druhá výzkumná otázka je jak vnímají terapeutické metody a přístupy ve výchově a vzdělávání dětí s WS učitelé, k této otázce se vztahují otázky 1. – 11. v dotazníku B, které se zároveň vztahují k již výše zmíněné třetí výzkumné otázce. První odpovědi byly shodné, všech 100 % učitelů učí děti s Williamsovým syndromem. 80 % uvádí, že nemělo žádnou předchozí zkušenost s tímto onemocněním, 20 % předchozí zkušenost uvádí. Na otázku, zda pozorují nadání k hudbě u dětí s WS odpovídá 90 % učitelů ano, a 10 % uvádí, že ne. Někteří vysvětlují v narativním rozhovoru. 70 % dotázaných říká, že nemá žádnou znalost terapeutických metod a přístupů, které by mohli využívat při práci s těmito dětmi, 30 % zkušenost má. Dotázaní respondenti uvedli v 60 % ochotu vzdělávat se v oblasti nových přístupů práce u dětí s WS a metody aplikovat do vyučování, 40 % uvedlo zápornou odpověď. Učitelé zmiňují v 10 %, že neví, zda běžné vyučovací metody stačí k upevnění znalostí u dětí s WS, 70 % uvedlo zápornou odpověď, tedy, že nestačí. Kladně odpovídalo na položenou otázku 20 % učitelů. 60 % nemá zkušenost s nacvičováním divadelního představení s dětmi, 40 % již někdy něco takového s dětmi s WS dělalo. Z šetření plyne, že učitelé v 80 % nevyužívají prvků dramaterapie nebo dramatické výchovy. Jen 20 % vyhodnotilo tuto otázku kladně a prvky zařazuje do vyučování. Další otázka obsahuje procentuální počet na aktivní využívání hudebních nástrojů ve škole. 70 % učitelů je v hodinách nepoužívá pro hraní s dětmi, 30 % ano, nejvíce zmiňují Orffův instrumentář. Zapojení dětí do vyučovacího

procesu jako přínosné zmiňuje 80 % dotázaných učitelů, jen 10 % by je do vyučování nezapojovalo. Poslední otázka vypovídá o procentuálním počtu využívání frontální výuky v hodinách. 70 % tuto metodu neupřednostňuje, 30 % zmiňuje, že ano.

Z výše uvedeného šetření plyne, že zmiňované terapeutické metody a přístupy, kterými jsou muzikoterapie, taneční terapie a dramaterapie, jsou účinné, prospěšné a většina rodičů by jejich využívání uvítala ve výuce. Učitelé většinu otázek směřující k výzkumným otázkám hodnotí také kladně, jen jejich výše zmiňovaná přetíženost občas brání naplnění skutečnosti, že metody vyhledají, naučí se je a zavedou do výuky. Tímto byla odpovězena třetí výzkumná otázka, jakými terapeutickými postupy je možné upevnit či zmírnit výkyvy v chování a učení u dětí s WS.



## ZÁVĚR

V diplomové práci byly kladně vyhodnoceny všechny výzkumné otázky ve smyslu terapeutických metod a přístupů ve výchově a vzdělávání dětí s Williamsovým syndromem. Zvolené terapeutické metody a přístupy vnímají rodiče i učitelé vesměs kladně. Prokázalo se, že pro děti s Williamsovým syndromem a všeobecně pro všechny osoby s postižením, vede každá vhodná metoda k posunu v jejich dovednostech. Nejsou vždy vidět okamžitě, nelze je často ničím měřit, ale jejich kombinace pomáhá bezesporu k lepšímu rozvoji člověka. Při vhodně zvolených metodách dochází k navazování lepších vztahů ve třídě, divadelní představení hrála celá škola, což vedlo ke zlepšení klimatu ve škole mezi dětmi i učiteli a asistenty pedagoga. Byly vidět dovednosti, které během běžného vyučování nevidíme, aktivně se mohly projevit děti, pro které je to naopak ve výuce těžké. Zároveň se škola prezentovala na veřejnosti a trochu přispěla ke zboření mýtů, které kolem praktických škol jsou, o těchto lidech není stále dobré povědomí a nikoho z okolí by nenapadlo, že by děti s takovými obtížemi, mohly úspěšně hrát divadlo, zpívat a tančit.

Ve školách, kde terapeutické metody – ať už arteterapii, muzikoterapii nebo jiné terapie používají, byli učitelé mnohem vstřícnější, nejvíce se tyto metody daří uplatňovat na malých školách spíše rodinného typu. Tam se znají všichni navzájem a lépe vyhodnotí, jak daný problém, nastane – li, okamžitě řešit, které metody využít. Spolupráce se školami byla velmi dobrá, zejména s některými učiteli, nakonec většina z nich projevila zájem o uskutečnění školení, kde by autorka diplomové práce jednotlivé metody předvedla praktickými ukázkami, aby je mohli učitelé lépe poznat a zařadit do vyučování. Tyto lze najít v knihách, ale praktickou zkušenost a možnost vlastní zkušenosti by uvítali všichni dotázaní učitelé.

U dětí s Williamsovým syndromem je několik obtíží, které učitelé v rozhovorech často zmiňovali. Vzhledem k náročnosti povolání, nemají učitelé možnost se dozvědět více o této problematice. Knihy v českém jazyce dostupné nejsou, několik publikací, jež vyšly v zahraničí je sice možno si zapůjčit ve sdružení Wilík, které sdružuje děti a rodiče s tímto postižením, ale jsou opět cizojazyčné.

Při rozhovorech s rodiči bylo evidentní, že i pro ně je stále nedostatek informací, které by potřebovali, aby ulehčili životy svým dětem. Většina z nich tráví velmi mnoho času v ordinacích odborných lékařů, protože přidružených nemocí a komplikací není málo. Uvítali by komplexnější přístup ve školách, inovativní metody a více zařadit rozvoj hudebních schopností. Projevy těchto dětí jsou někdy tak náročné, že hudební školy je nepřijmou k výuce na hudební nástroj, ani toho některé z dětí nejsou schopné. Takže vyučování hudby ve škole je jediným možným stimulem pro rozvoj tohoto nadání, pokud rodič není hudebník a aktivně dítě nerozvíjí doma sám. Rodiče velmi uvítali možnost psychoterapie v soukromém poradenském zařízení, jen dostupnost a velká vzdálenost je pro ně často obtíží.

Žák s WS, který se aktivně zapojil do nacvičování divadla, i přes veškeré absence, které byly ze zdravotních důvodů, uspěl. Jeho rodina, škola i on sám toto hodnotí jako vynikající pro jeho rozvoj a zapojení do života. Dle slov jeho učitelky je zřejmé, že díky tomu se stal oblíbenějším ve třídním kolektivu a děti jej mnohem lépe přijaly mezi sebe.

Občanské sdružení Willík pořádá pro tyto děti semináře muzikoterapie a další zábavné akce, ale ani ty nejsou všem rodičům dostupné logisticky, konají se jen několikrát ročně.

Do budoucna by bylo vhodné najít někoho, kdo by přeložil již stávající zahraniční literaturu a životy těchto dětí a jejich rodin dostal více do povědomí veřejnosti. Pořádání muzikoterapeutických a dramaterapeutických seminářů by přispělo v zařazení alternativních terapeutických metod do vyučování ve školách a to nejen praktických a speciálních.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

BENDOVÁ, P, ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. ISBN 987-80-247-3854-3.

DANIŠKOVÁ, M. *Williamsův syndrom*. Praha: Willík, 2011.

DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1997. ISBN 80-7169-254-9.

EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

FELBER, R., REINHOLD, S., STUCKERT, A. *Muzikoterapie. Terapie zpěvem*. Praha: Fabula, 2005. ISBN 80-866600-24-6.

FISCHER, S. ŠKODA, J. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. *Dětská adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

KÁBELE, F. a kol.. *Somatopedie*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-533-5.

KRČEK, J. *Musica Humana*. Praha: Fabula, 2008. ISBN 978-80-86600-50-5.

LANDISCHOVÁ, E. *Teorie a praxe arteterapie taneční a výtvarné formy*. Praha: Univerzita Karlova, 2007. ISBN 978-80-7290-297-2.

- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených*. Jinočany: H a H, 2001. ISBN 978-80-8602-292-5.
- MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MULLER, O., VALENTA, M. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-137-1.
- OTOVÁ, B., MIHALOVÁ, R. *Základy biologie a genetiky člověka*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2109-8.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- RUBINŠTEJNOVÁ, S. J. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha: SPN, 1986. ISBN 14-428-86.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Portál: Praha, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- VALENTA, M. *Dramaterapie*. 4.vyd., Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3851-2.
- VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

## Seznam použitých internetových zdrojů

MKF. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* [online]. c 2010 [cit. 26. 9. 2014]. Dostupný na World Wide Web: [https://www.google.cz/?gws\\_rd=ssl#q=+world+wide+web+MKF](https://www.google.cz/?gws_rd=ssl#q=+world+wide+web+MKF)

MKN. *Poruchy duševní a poruchy chování* [online]. c 2014 [cit. 28. 9. 2014]. Dostupné na World Wide Web: <http://uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>

WILLIK. *Williamsův syndrom* [online]. c 2011 [cit. 26. 10. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <http://willik.tym.cz/index.php?co=propedagogy>

MŠMT: *Zákon 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů* [online]. c 2014 [cit. 26. 9. 2014]. Dostupný na World Wide Web: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/Sb190-04.pdf>

## SEZNAM ZKRATEK

CNS .....Centrální nervová soustava

ICIDH.....Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů

IQ ..... Inteligenční kvocient

K - Rodič dítěte s WS

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

MR - Mentální retardace

OSN - Organizace spojených národů

PV - Program vzdělávání

RVP - Rámcový vzdělávací program

SVAZ - Supraavlulární aortální stenóza

U - Učitel dítěte s WS

WBS - Williams – Beuren syndrom

WS - Williamsův syndrom

ZV RVP - Základní vzdělávání rámcově vzdělávacího programu

...

# SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

## Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví zkoumaného vzorku dětí	41
Graf 2: Děti s WS navštěvující běžnou základní školu	42
Graf 3: Děti s WS navštěvující ZŠ s programem RVP pro lehké mentální postižení	43
Graf 4: Děti s WS a kombinovaným postižením	44
Graf 5: Počet dětí s nadáním pro hudbu	45
Graf 6: Používání terapeutických metod a přístupů z oblasti muzikoterapie či dramaterapie a taneční terapie učiteli ve výuce	46
Graf 7: Terapeutické metody a přístupy ovlivňují postavení dětí ve třídě	46
Graf 8: Otázka, zda se rodiče domnívají, že vhodné terapeutické metody a přístupy mohou dětem pomoci ve výuce jako takové	47
Graf 9: Má Vaše dítě ve škole kamarády	48
Graf 10: Domníváte se, že taneční terapie a muzikoterapie, kterou Vaše dítě absolvovalo, zásadně přispěly k lepšímu rozvoji některých oslabených schopností dítěte	49
Graf 11: Společné nacvičování a uvedení divadelního představení přispívá ke zlepšení vztahů ve třídě dětí	49
Graf 12: Dotázaní odpovídali na otázku, zda jejich dítě navštěvovalo muzikoterapii, taneční terapii a dramaterapii dobrovolně a s nadšením	50
Graf 13: Získalo dítě kamarády v terapeutickém centru	51

Graf 14: Při výběru základní školy by rodiče dali přednost škole, která využívá zmiňovaných terapeutických přístupů ve vzdělávání a výchově	51
Graf 15: Otázka, zda učitelé učí dítě s WS	53
Graf 16: Vypovídá o tom, zda učitelé měli předchozí zkušenost s dětmi s WS	53
Graf 17: Je u dětí s WS, které dotázaný vzorek vyučuje, pozorovatelné nadání k hudbě	54
Graf 18: Uvádí znalost terapeutických metod a přístupů u učitelů, které by mohli využívat při práci s těmito dětmi	55
Graf 19: Uvádí přístup učitelů se v této oblasti vzdělávat a využívat nové metody ve vyučovacím procesu	56
Graf 20: Mapuje otázku, zda běžné vyučovací metody stačí k upevnění znalostí dětí s WS	56
Graf 21: Otázka, zda někdy učitel nacvičoval se žákem s WS divadelní představení	57
Graf 22: Užívají učitelé ve vyučování prvků dramaterapie či dramatické výchovy	58
Graf 23: Ukazuje na to, zda v hodinách hudební výchovy děti aktivně používají hudební nástroje	58
Graf 24: Vnímáte zapojení dětí do vyučovacího procesu jako přínosné	59
Graf 25: Otázka, zda učitelé upřednostňují frontální výuku ve vyučování	60



## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha A – Dotazník pro rodiče dětí s Wiliamsovým syndromem.....I**

**Příloha B - Dotazník pro učitele dětí s Williamsovým syndromem...II**

## **Příloha A – Dotazník pro rodiče dětí s Willimsovým syndromem**

Tento dotazník je určen pro potřeby výzkumu v diplomové práci na téma Terapeutické metody a přístupy ve výchově a vzdělávání dětí s Williamsovým syndromem. Dotazník je vstupní, anonymní, vyplněn bude zákonnými zástupci těchto dětí.

Děkuji za Váš čas a ochotu dotazník vyplnit.

**Zaškrtněte správnou odpověď, popř. vypište:**

1. Jsem zákonným zástupcem:

- Chlapce s WS
- Dívky s WS

2. Mé dítě chodí na běžnou ZŠ:

- ano
- ne

3 Mé dítě navštěvuje školu s programem ZŠ RVP pro lehké mentální postižení:

- ano
- ne

4. Mé dítě má spolu s WS ještě další kombinované postižení:

- ano
- ne

5. Mé dítě má nadání pro hudbu:

- ano
- ne

6. Ve výuce učitelé používají terapeutické metody a přístupy z oblasti muzikoterapie či jiných oblastí:

- ano
- ne
- nevím

7. Pokud v předchozí otázce bylo uvedeno ano, uveďte, zda tyto přístupy zásadně ovlivňují postavení Vašeho dítěte ve třídě. Bylo – li v předchozí otázce uvedeno ne, neodpovídejte na tuto otázku:

- ano
- ne
- nevím

8. Domníváte se, že vhodné terapeutické metody a přístupy ve škole mohou Vašemu dítěti pomoci ve výuce jako takové?

- ano
- ne
- nevím

9. Má Vaše dítě ve škole kamarády?

- ano
- ne

10. Domníváte se, že taneční terapie a muzikoterapie, kterou Vaše dítě absolvovalo, zásadně přispěly k lepšímu rozvoji některých oslabených schopností dítěte?

- ano
- ne
- nevím

11. Domníváte se, že společné nacvičení divadelního představení a jeho uvedení na veřejnosti, přispívá ke zlepšení vztahů ve třídě dětí?

- ano
- ne
- nedokážu posoudit

12 Navštěvovalo Vaše dítě muzikoterapii a taneční terapii rádo?

- ano
- ne

13. Našlo si zde kamarády?

- ano
- ne

14. Při výběru základní školy pro Vaše dítě, byste raději zvolili školu, která využívá terapeutických metod a přístupů ve výchově a vzdělávání (muzikoterapie, dramaterapie, dramatická výchova aj.)

- ano
- ne

## **Příloha B – Dotazník pro učitele dětí s Williamsovým syndromem**

Tento dotazník je určen pro potřeby výzkumu v diplomové práci na téma Terapeutické metody a přístupy ve výchově a vzdělávání dětí s Williamsovým syndromem. Dotazník je vstupní, anonymní, vyplněn bude učiteli těchto žáků.

Děkuji za Váš čas a ochotu dotazník vyplnit.

### **Zaškrtněte správnou odpověď:**

1. Učím dítě s Williamsovým syndromem:

- ano
- ne

2. Měl jsem předchozí zkušenost s těmito dětmi:

- ano
- ne

3. U tohoto dítěte pozoruji nadání k hudbě:

- ano
- ne

4. Znáte nějaké terapeutické metody a přístupy, které by se daly využívat při práci s dětmi s WS?

- ano
- ne

5. Pokud byste měl(a) možnost, se s nimi seznámit prakticky, využil(a) byste je v hodinách?

- ano
- ne

6. Domníváte se, že běžné vyučovací metody stačí k upevnění znalostí u dětí s WS?

- ano
- ne
- nevím

7. Nacvičoval (a) jste se svými žáky s WS někdy divadelní představení?

- ano
- ne

8. Používáte prvky dramaterapie, či dramatické výchovy ve vyučování?

- ano
- ne

9. V hodinách hudební výchovy hrají děti na hudební nástroje:

- ano
- ne
- občas
- není to možné

10. Vnímáte zapojení dětí do vyučovacího procesu jako přínosné?

- ano
- ne

11. Upřednostňujete frontální výuku?

- ano
- ne

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Monika Černá**

**Obor: Speciální pedagogika učitelství**

**Forma studia: Kombinované**

**Název práce: Terapeutické metody a přístupy ve výchově a vzdělávání dětí s Williamsovým syndromem**

**Rok: 2015**

**Počet stran textu bez příloh: 66**

**Celkový počet stran příloh: 5**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 25**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 4**

**Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.**