

PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce
Ing. Petra Nováková, Ph.D.

Projevy náročného a problémového chování u studentek se sníženou kognitivní schopností
(lehké a středně těžké mentální postižení)

Olomouc 2024

vedoucí práce: Mgr. Miluše Hutyrová, Ph.D.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Miluše Hutyrové, Ph.D., a použila jen uvedené prameny a literární zdroje.

Ve Srubech dne 4.4.2024

Petra Nováková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Miluši Hutyrové, Ph.D. za vstřícnost a odborné vedení práce.

Seznam obrázků

Obr. č. 1: Spolupráce s dalšími odborníky/institucemi

Obr. č. 2: Nejčastější projevy negativního chování v praxi pedagogických pracovníků

Obr. č. 3: Formy a metody práce

Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam respondentů

Příloha č. 2: Otázky kladené respondentům včetně odpovědí

Jméno a příjmení:	Ing. Petra Nováková, Ph.D.
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023/2024
Název práce:	Projevy náročného a problémového chování u studentek se sníženou kognitivní schopností (lehké a středně těžké mentální postižení)
Název v angličtině:	Manifestations of severe and problematic behavior in female students with reduced cognitive ability (mild and moderate mental disability)
Zvolený typ práce:	Výzkumná práce – zpracování primárních dat
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na šetření projevů náročného a problémového chování studentek se sníženou kognitivní schopností (konkrétně na úrovni lehkého a středně těžkého mentálního postižení). Údaje byly získány prostřednictvím analýzy dokumentů dívek a rozhovorů s pedagogickými pracovníky. Bylo zjištěno, že častými negativními projevy chování jsou agresivita, emoční a afektivní nevyrovnanost, negativismus, nerespektování autorit, vyrušování, psychomotorický neklid aj. Pedagogové vůči studentkám uplatňují individuální přístup, pozitivní motivaci, jsou vlídní, trpěliví, ale důslední. Zohledňují diagnózy dívek a jejich aktuální potřeby na základě jejich psychického a fyzického stavu. Upřednostňují slovní hodnocení a vždy zohledňují diagnózy.
Klíčová slova:	Rizikové chování, mentální retardace, střední škola praktická, agresivita, ADHD.
Anotace v angličtině:	The diploma thesis is focused on investigating the manifestations of severe and problematic behavior in female students with reduced cognitive ability (mild and moderate mental disability). Data were obtained through analysis of the girls' documents and interviews with educational staff. It was found that frequent negative manifestations of behavior are aggressiveness, emotional and affective imbalance, negativism, disrespect of authorities, disruption, psychomotor restlessness, etc. Educational staff apply an individual approach to students, positive motivation, to be kind, patient, but consistent. They take into account the girls' diagnoses and their actual needs based on their psychological and physical condition. They prefer verbal evaluations and always consider diagnoses.
Klíčová slova v angličtině:	Risky behavior, mental retardation, practical high school, aggression, ADHD.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Seznam respondentů Příloha č. 2 - Otázky kladené respondentům včetně odpovědí
Rozsah práce:	77 stran
Jazyk práce:	český

Specializace v rámci které má být VŠKP vypracována: Speciální pedagogika pro 2. stupeň základních škol a střední školy maior

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

Jméno a příjmení: Ing. Petra NOVÁKOVÁ Ph.D.
Osobní číslo: D22159
Adresa: Sruby 209, Sruby, 56544 Sruby, Česká republika
Téma práce: Projevy náročného a problémového chování u studentek se sníženou kognitivní schopností (lehké a středně těžké mentální postižení).
Téma práce anglicky: Manifestations of severe and problematic behavior in female students with reduced cognitive ability (mild and moderate mental disability).
Vedoucí práce: Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.
Ústav speciálněpedagogických studií

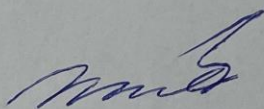
Zásady pro vypracování:

Studium a analýza odborné literatury.
Vymezení pojmů a zpracování teoretických východisek.
Realizace výzkumného šetření na základě průzkumu (diagnózy studentek a vývoj problémů, rodinné prostředí, motivace ke změně, případná péče psychiatra).
Zpracování a vyhodnocení získaných výsledků.
Přijetí odpovídajících závěrů.

Seznam doporučené literatury:

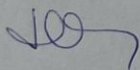
Bartoňová M., 2013: Inkluzivní didaktika v základní škole se zřetelem na edukaci žáků s lehkým mentálním postižením. 1. vyd. Brno, MU, 224. s.
Costeff H., Cohen B. E., Weller L. E., 1983: Biological Factors in Mild Mental Retardation. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 25(5): 580-587.
Felcmanová L., Hečková L., Myšková L. a kol., 2021: Přístupy k náročnému chování dětí a žáků ve školách a školských zařízeních a možnosti jeho řešení. Metodické doporučení České školní inspekce. 74 s.
Gresham F. M., MacMillan D. L., Bocian, K. M., 1996: Learning Disabilities, Low Achievement, and Mild Mental Retardation: More Alike Than Different? *Journal of Learning Disabilities*, 29(6): 570-581.
Hutýrová M. a kol., 2019: Děti a problémy v chování. *Portál*, 140 s.
Matson J. L., Anderson S. J., Bamburg J. W., 2013: The Relationship of Social Skills to Psychopathology for Individuals with Mild and Moderate Mental Retardation. *The British Journal of Development Disabilities*, 46(90): 15-22.
Navrátil S., Mattioli J., 2011: Problémové chování dětí a mládeže: jak mu předcházet, jak ho eliminovat. Praha, Grada, 120 s.
Pöthe P., 2020: Emoční poruchy v dětství a dospívání. Praha, Grada, 264 s.
Švarcová I., 2006: Mentální retardace. 2. rozšířené a přepracované vydání Praha, Portál, 198 s.

Podpis studenta:



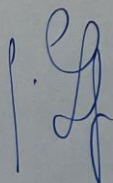
Datum: 6.1.2023

Podpis vedoucího práce:



Datum: 6/1/23

Podpis vedoucího pracoviště:



Datum: 27 -01- 2023

OBSAH

1 ÚVOD	10
2 SOUČASNÝ STAV ŘEŠENÉ PROBLEMATIKY	13
2.1 Náročné a problémové chování – terminologické vymezení	13
2.2 Projevy náročného a problémového chování	15
2.2.1 Negativismus	16
2.2.2 Nadměrné upoutávání pozornosti	17
2.2.3 Lhaní	17
2.2.4 Krádeže	18
2.2.5 Čachrování	19
2.2.6 Útěky	19
2.2.7 Toulání	20
2.2.8 Projevy verbální a fyzické agrese	20
2.2.9 Záškoláctví	22
2.2.10 Projevy problémového chování spojené s hyperkinetickými poruchami	23
2.2.11 Projevy problémového chování spojené s poruchami autistického spektra	24
2.3 Etiologie problémového chování	25
2.3.1 Dědičnost	28
2.3.2 Temperament	28
2.4 Snížená kognitivní schopnost osob s mentálním postižením	29
2.4.1 Kognitivní procesy	29
2.4.2 Mentální postižení	31
2.4.3 Etiologie mentálního postižení	32
2.4.4 Socializace osob s mentálním postižením	33
2.5 Edukace osob s mentálním postižením	35
2.5.1 Raná intervence	35
2.5.2 Speciálně pedagogické centrum	36
2.5.3 Předškolní vzdělávání	37
2.5.4 Základní školství	37
2.5.5 Profesionální příprava – střední školství	39
2.6 Projevy problémového a náročného chování osob s mentálním postižením	40
3 METODOLOGIE VÝZKUMU	42

3.1 Cíle diplomové práce	42
3.2 Průběh výzkumného šetření a charakteristika výzkumného souboru	42
3.3 Popis použité metody	44
4 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ NA ZÁKLADĚ PŘÍBĚHŮ STUDENTEK A ROZHOVORŮ S PEDAGOGICKÝMI PRACOVNÍKY	45
4.1 Kateřina	45
4.2 Klára	47
4.3 Denisa	50
4.4 Barbora	52
4.5 Veronika	53
4.6 Jana	55
4.7 Michaela	56
4.8 Šarlota	58
4.9 Shrnutí projevů náročného a problémového chování dívek se sníženou kognitivní schopností	61
4.10 Rozbor výzkumných otázek respondentů	62
5 ZÁVĚR	66
6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
7 PŘÍLOHY	78

1 ÚVOD

Narůstající nevhodné chování žáků je v současné době již běžným paradigmatem českého školství. Jedná se o předmět každodenního řešení nejen mezi pedagogy, žáky, rodiči, ale i širší veřejností. Je však obtížné ho definovat a vymezit, protože souvisí s mnoha dalšími jevy a faktory. Téma náročného a problémového chování žáků je jedním z velmi častých a obtížných problémů, kterým musí učitelé a speciální pedagogové ve své praxi čelit. Ukazuje se, že se tento fenomén podílí velkou mírou na subjektivně vnímaném stresu a náročnosti pedagogické profese. Problematické chování žáků je častým tématem rozhovorů učitelů nejen ve sborovnách a kabinetech, ale emoce, které vznikají při práci s těmito žáky, je často provázejí i po vyučování domů a mohou způsobit únavu či frustraci. Při dlouhodobé zátěži mohou být významným zdrojem syndromu vyhoření. Často se objevují teorie, že u žáků narůstá míra a intenzita projevů agresivity, drzosti, podvádění a dalších negativních projevů chování. Navrátil a Mattioli (2011) provedli průzkum mezi 228 učiteli na téma, co jim v jejich pedagogické práci způsobuje největší problémy. Dle výsledků se většina respondentů shodla, že klíčovým faktorem, který jim znesnadňuje výuku a ztěžuje dosahování zamýšlených vzdělávacích výstupů a cílů, jsou právě projevy nevhodného chování žáků.

V oblasti problémového chování, zejména v případě specifických poruch chování, dochází mnohdy k nesprávné interpretaci chování dětí, což vede napětí mezi dítětem a učitelem a jsou často voleny nevhodné výchovné zásahy. Chování dítěte s oslabením v centrální nervové soustavě, v kognitivních funkcích je učiteli často vnímáno jako nevychovanost, drzost, arogance, nedostatečná snaha, lenost a podobné negativní charakteristiky. Pokud se necháme strhnout emocemi, které v nás projevy chování vyvolávají, budeme nevhodné chování dětí pouze podporovat. Kde je však hranice mezi tím, že je projevem nedostatečné nebo slabé domácí výchovy a tím, že se jedná o projev oslabení centrální nervové soustavy? Jak lze problematické chování dětí korigovat v rámci výchovného poradenství?

Děti s výchovnými problémy, ať je jejich příčina jakákoli, ve škole často selhávají (např. Vágnerová, 2004; Ptáček, 2007; Reifová, 2010). Opakované neúspěchy, nezmary a selhávání posilují nežádoucí vzorce chování, které vedou nejen ke zhoršování prospěchu ve škole, ale

také mohu vést k celoživotním problémům při adaptaci v novém prostředí, celkové integraci do společnosti a uplatnění se. Dodržováním vhodných přístupů a osvědčených doporučení se děti mohou naučit, jak se svým oslabením zacházet a můžeme tak zvýšit nejen jejich sebepojetí, ale i motivaci k učení. Pedagogové se ve školách a školských zařízeních setkávají s žáky, kteří je vyrušují, porušují pravidla a dohody. Veškeré tyto faktory ztěžují pedagogickou práci a atmosféru ve třídě nebo skupině (Vojtová, 2008). Hornáková (2010) uvádí, že příčiny problémového chování lze přičíst i pedagogickým chybám, kterých se učitelé situačně dopouštějí (nesplněné sliby, výsměch, důtky, vyzrazení tajemství atd.). Často souvisí s momentální nepohodou nebo s individuálními pedagogickými postupy a postoji, majícími kořeny ve vlastním dětství. Anonymous (2024b) popisuje „učení a chování jsou úzce spojené nádoby. Neřešené problémy v učení vedou k problémům v chování a naopak, problémy v chování mají negativní dopad na učení. Role učitele v péči o duševní zdraví dětí, rozvoj jejich psychosociálních kompetencí a vytváření bezpečného klimatu ve třídě je naprosto zásadní a klíčová!“

Dle Felcmanové a kol. (2021) může být náročné a problémové chování reakcí na stres související s neuspokojenými potřebami, prostředkem k naplnění potřeb nebo důsledkem deficitů v sociálně-emočních dovednostech (náročné chování je důsledkem nedostatečně rozvinutých schopností a dovedností dítěte v oblasti seberegulace a rozvíjení funkčních vztahů odpovídajících jeho věku a úrovni kognitivních funkcí).

I. TEORETICKÁ ČÁST

2 SOUČASNÝ STAV ŘEŠENÉ PROBLEMATIKY

2.1 Náročné a problémové chování – terminologické vymezení

Terminologie náročného a problémového chování není v odborné literatuře dosud jednotná a ustálená. V různých titulech různých autorů se lze setkat nejen s termínem problémové chování, ale také s výrazy jako je chování rizikové, asociální, antisociální, patologické a delikventní (Pivodová, 2019).

Náročné chování je často považováno za zastřešující označení pro chování dětí, které se výrazně odchyľuje od očekávaného chování pro daný věk a má negativní dopad na jejich učení a školní vztahy. Spíše než tradiční termín „problémové chování“ odráží tento název skutečnost, že hodnocení chování žáků je vždy subjektivní záležitostí, založené na očekáváních, preferencích a zkušenostech těch, kteří chování žáků hodnotí. Co jeden pedagog může považovat jako chování odpovídající vývojovému období (např. v pubertě), může jiný pedagog vnímat jako chování nevhodné. Příčiny náročného chování mohou být různé, včetně příčin spojených se školou, rodinou, prostředím mimo školu či rodinu nebo příčiny spojené s individuálními dispozicemi daného člověka (Felcmanová a kol., 2021).

Pojem náročné chování je velmi široký. Někteří autoři se záměrně vyhýbají označení takového chování jako „problémového chování“. Ačkoli se toto označení hojně používá a může se zdát vhodnější, vystihuje ale jen jeden aspekt problému – problémový je člověk, který problémy vyvolává. Je důležité si uvědomit, že „problém“ nemusí být nutně pouze na straně člověka s mentálním postižením, ale že jeho problémové chování často pramení z nepochopení či nevhodného přístupu k němu. Náročné chování může mít mnoho podob, obvykle se však projevuje agresivním chováním (fyzickým i verbálním), sebepoškozováním či nerespektováním pravidel. Výjimečné nejsou ani situace, kdy lidé s mentálním postižením vážně ohrozí sebe nebo bezpečí svého okolí. K takovému chování dochází často v rodinném prostředí (Anonymous, 2023a).

Problémové chování, označované také jako syndrom problémového chování, označuje nevhodné chování dětí školního věku. Může se jednat o chování, které nerespektuje

společenské normy, neschopnost udržovat běžné sociální vztahy nebo o chování s prvky agresivity. Z hlediska speciální pedagogiky je problémové takové chování, které svými opakovanými projevy obtěžuje a ruší okolí, ale nedosahuje četnosti ani intenzity poruchy chování. Mělo by být školsky zvládnutelné učiteli ve spolupráci se školským poradenským pracovištěm. Opakované a dlouhodobé problémové chování může vést až do projevům poruch chování.

„Jedinec, který se chová rizikově, má tendence chovat se rizikově i v dalších oblastech; jedná se o propojenost jednotlivých projevů rizikového chování, což tvoří problémové chování“ (Širůčková in Miovský, 2010).

Dle Fontany (2014) je problémové chování takové chování, které je pro pedagogy nepřijatelné. Jde však o velmi subjektivní definici, a to, co může jeden učitel vnímat jako problémové chování, může druhý učitel chápat zcela odlišně. Problémové chování dětí lze chápat jako výsledek vzájemné interakce mezi učiteli, dětmi a rodiči, v němž se projevují specifické rysy osobnosti všech zúčastněných podmíněné situačním kontextem.

V literatuře je také hojně používán termín rizikové chování. Taktéž jej lze chápat jako souhrnný pojem, zahrnující širokou škálu jevů od běžného pokřikování ve třídě, které je typickým projevem problémového chování, až po krádeže, šikanu, lhaní a podvádění, vandalismus a fyzické ubližování (Skopal a kol., 2014). Hutyrová a kol. (2013) rovněž definují rizikové chování jako širší pojem, který byl v resortu školství zaveden v roce 2010.

Pokud dle Hutyrové a kol. (2019) dítě projeví nějakou neposlušnost, je důležitá zejména doba trvání a intenzita problému. Jde o velmi subjektivní tvrzení a ani odborníci se vždy neshodnou na tom, jaké chování lze považovat za problémové nebo dokonce za poruchu chování. Spolehlivé rozlišení mezi problémovým chováním a poruchou chování může být největší překážkou. Při posuzování individuálních projevů chování dítěte hrají významnou roli nejen hodnotové normy, morální schémata a tolerance posuzovatele, ale i osobnostní, sociální a zdravotní aspekty dítěte. Problémové chování se může vyznačovat menší intenzitou nežádoucích projevů chování, časovou omezeností a motivací ke změně a je většinou zvládnutelné běžnými pedagogickými postupy.

Poruchou chování se rozumí negativní odchylky v chování některých osob od normy, kdy jedinec nerespektuje pravidla chování na úrovni odpovídající jeho věku a rozumovým

schopnostem. Takové chování se projevuje ve vzájemném působení člověka a prostředí, jehož je součástí (Anonymous, 2023b).

Vágnerová (1999) charakterizuje poruchy chování jako odchylku v oblasti socializace, kdy dítě není schopno respektovat běžné normy chování na úrovni přiměřené jeho věku a rozumovým schopnostem. Společným rysem těchto poruch je chování, které v různé míře, opakovaně a dlouhodobě (trvá alespoň šest měsíců) narušuje sociální normy.

Dle Theinera (2007) jsou poruchy chování psychiatrickou diagnostickou jednotkou a zároveň společenským problémem, který psychiatrie ani medicína nejsou schopny vyřešit. Společnost určuje, které chování je považováno za vhodné a žádoucí, a které naopak nikoliv. Lidé většinu těchto společenských norem chování nemají vrozenou, ale v průběhu života si je osvojují. Jestliže se někteří jedinci těmto normám nenaučí a trvale je porušují, stávají se ve společnosti nežádoucími a jsou vystaveni buď represivním opatřením nebo pokusu o nápravu (převýchovu nebo léčbu). V takovém případě je důležitý komplexní multidisciplinární přístup.

2.2 Projevy náročného a problémového chování

Hynek a kol. (2019) vymezují nevhodné chování žáka „jako nekázeň, nespolupracující chování, aktivní rušení výuky, doprovodné jevy spojené s rizikovým chováním, které mají přesah do školního prostředí, ale i souvislost s nastavením výchovných norem z rodinného prostředí. Z výzkumného šetření Hynka a kol. (2019), které probíhalo mezi učiteli s praxí delší než pět let, a kteří byli zároveň školními metodiky prevence, vyplynulo, co učitelé v současné době považují za nevhodné chování. Výsledky výzkumu byly rozděleny do čtyř kategorií projevů nevhodného chování ve školách: agresivní chování, nerespektování školních norem, narušování plynulosti výuky a sociálně patologické jevy. Za agresivní chování autoři považují fyzické i verbální napadání a ubližování spolužákům, pedagogům, zaměstnancům školy, ale i sobě samým. Spojené je také s ničením majetku školy či ostatních žáků. Nerespektování školních norem zahrnuje chování, které je v rozporu se školním řádem nebo pravidly nastavenými pedagogem (nejčastěji se jedná o nerespektování autority a podvádění – opisování při písemném prověřování znalostí, přepisování známek). Narušování plynulosti výuky spočívá obvykle ve vyrušování, vykřikování, bavení se se spolužáky, kdy kvůli neklidu

a hluku ve třídě nemůže vést pedagog efektivní hodinu. Patří sem však i nespolupracující chování, pasivita, ignorace a negativismus (Auger a Boucharlat, 2005; HutYROVÁ a kol., 2019; Hynek a kol., 2019). Mezi sociálně patologické jevy autoři řadí například záškoláctví, útky a toulání, kouření, lhaní, krádeže a šikanu. Takové projevy chování se, stejně jako agresivní chování a vandalismus, často neřeší jen s pedagogy, výchovnými poradci a metodiky prevence, ale i s poradenskými zařízeními, středisky výchovné péče a Policií České republiky.

Petrusek a kol. (1996) zmiňují, že v průběhu dětství se může objevit celá řada negativních projevů v chování, na které se hodí označení problémové chování. Škála sahá od projevů fyzické nebo verbální agrese a tlaku na ostatní přes lhaní a krádeže až k negativismu, neschopnosti kontaktu, přecitlivělosti, závislosti, k motorickému neklidu, obtížím se zaměřením pozornosti a soustředění nebo k problémům se sebepojetím.

Dle HutYROVÉ a kol. (2019) se problémové chování obvykle vymezuje třemi základními znaky – chováním nerespektujícím sociální normy, neschopností udržovat přijatelné sociální vztahy a agresivitou coby rysem osobnosti nebo chování. Může vyústit až do projevů poruchy chování.

Mezi projevy problémového chování lze zařadit negativismus, nadměrné upoutávání pozornosti, lhaní, krádeže, čachrování, útky, toulání, projevy verbální a fyzické agrese nebo záškoláctví.

2.2.1 Negativismus

Vývojový negativismus je přirozeným jevem v chování dětí v raném dětském věku (je typický pro 2.-3. rok života) a v období puberty. Opoziční chování má za cíl posílit samostatnost dítěte. Stává se však patologickým, pokud v chování dítěte přetrvává i po tomto věku a svědčí o nerovnoměrnosti duševního vývoje. Mezi běžné projevy náleží např. neakceptace norem a požadavků v chování kladených na dítě, odmítání názorů autorit a odmítání. Negativistické chování může být důsledkem ADHD, emoční poruchy dítěte nebo nesprávné výchovy - častější je u emočně nezralých rodičů, kteří si vlastní nedospělost kompenzují autoritativním stylem rodičovství; u rodičů kladoucích na dítě nepřiměřené nároky nebo u rodičů s nejednotnými požadavky (Matějček, 2011; Masopustová, 2015; Hublová, 2020). Dle Mahelové (2021) se negativismus projevuje opačným chováním, než

kteřé je vyžadováno, nebo kteřé je společností považováno za žádoucí. Častým projevem bývá pasivní forma v podobě nezúčastněného mlčení nebo aktivní forma demonstrující se zlostnými reakcemi či agresivními výpady. Jde o potřebu dítěte ubránit své „já“ proti názoru ostatních, určité skupiny nebo konkrétní osoby.

2.2.2 Nadměrné upoutávání pozornosti

Pokud nadměrné upoutávání pozornosti dle Matějčka (2011) přetrvává do školního věku, může být považováno za projev problémového chování. Dítě se snaží prosadit v kolektivu, „šaškuje“ (šaškování je častější u chlapců jako důsledek horší přizpůsobivosti nárokům společnosti). Dítě těmito projevy mnohdy skrývá pocity méněcennosti a citové i společenské neuspokojení. Neadekvátními projevy upoutávání pozornosti jsou např. příliš hlasitá mluva, vytahování se, okázalé jednání, přehánění, nepřipouštění druhých ke slovu, hovor převážně o sobě samém, nereagování na podněty z rozhovoru ze strany druhého, nápadný účes, nápadný způsob oblékání apod.

2.2.3 Lhaní

Dle Liepoldové (2017) má lež únikovou funkci. Lhaním se snažíme vyhnout nepříjemné situaci nebo také z nepříjemné situace vyjít lépe, než by se stalo s pravdivým tvrzením. V životě dítěte nemá lež jasné hranice. Není pro něho přirozené lhát, je přirozeně upřímné. Postupně však zjistí, že někdy se lhát vyplatí.

Hutyrová a kol. (2013) zmiňují, že většina dětských lží má charakter zapírání a omlouvání (např. špatných školních výsledků). Lži je třeba hodnotit ve vztahu k vývojové úrovni dítěte. Při posuzování lhaní je proto nutné zohledňovat vývojové hledisko – např. předškolním dětem reálný a fantazijní svět splývá.

Lež vyjadřuje problém zejména tehdy, pokud je záměrná a pokud se stává v životě dítěte předností. Pro pochopení dětských lží je podstatné znát skutečnost, za jaké dítě jedná. Ovšem zároveň je důležité rozeznat, v jaké míře dítě lže a za jakým účelem. Občasná lež nemusí ihned znamenat, že je dítě problémové. Však sklon ke lhaní může být trvalejším rysem patologické lhavosti (Vágnerová a Klégrová, 2005).

Lhaní v mladším školním věku bývá často spojeno se školními neúspěchy a problémy s nimi souvisejícími. Dítě může být pod velkým tlakem a kontrolou rodičů nebo má pocit, že

jej rodiče nemají dostatečně rádi. U starších dětí může jít o projev rebelství vůči autoritám. Lhaní také může signalizovat závažnější potíže jako jsou např. specifické poruchy chování nebo psychické poruchy (schizofrenie, bájivá lhavost). Patologická lhavost je jedním ze symptomů disociální poruchy osobnosti (Jařabáč, 2018).

Martin a Waltman-Greenwoodová (1997) rozlišují několik druhů lži: lež instrumentální (je pravou lží v záměrné snaze oklamat jinou osobu s cílem zabránit prozrazení vlastní viny, získat odměnu nebo někomu uškodit), lež nutková (dítě si uvědomuje, že neříká pravdu, ale zároveň samo netuší, proč to dělá, protože ze lži nemá žádný prospěch), lež prosociální (je myšlena v pozitivním smyslu, např. pokud se nechceme někoho dotknout), lež bájivá (nezáměrné fantazijní představy malých dětí, u nichž je normální, problémem je u starších dětí, kdy již může představovat problém a vyústit tak až v poruchu chování), lež nezáměrná (nedorozumění, kdy dítě pronese na základě chybné informace nepravdivý výrok, ale je přesvědčeno, že říká pravdu), nevědomá obrana (nezáměrná lež, dítě není schopno samo sobě přiznat, že se dopustilo něčeho špatného, podvědomě svůj čin tají), zbožné přání typické pro malé děti, kdy si přejí, aby věci byly lepší, jde o náhražku za prožitky, které dítě nemá možnost prožívat).

2.2.4 Krádeže

„Krádeže jsou charakterizovány záměrností jednání a předpokladem takového stupně rozumové vyspělosti dítěte, kdy je schopno pochopit pojem vlastnictví a akceptovat normu chování, která vymezuje odlišný vztah k vlastním a cizím věcem“ (Vágnerová, 2004).

U tohoto typu problémového chování velmi záleží na motivech, cílech, způsobech provedení a závažnosti. Dítě se dostává do situace, kde mu hrozí již vážný postih. Malé děti samozřejmě ještě nevnímají pojem vlastnictví a berou si navzájem hračky, ale dítě školního věku by mělo znát základy morálních zásad a vědět, že krádeží záměrně porušuje respekt k vlastnictví jiné osoby.

Vágnerová a Klégrová (2005) uvádějí, že zásadní je způsob provedení krádeže. Může se jednat o neplánovanou činnost, která je běžnější u mladších dětí. Tyto příležitostné krádeže mají spíše impulzivní charakter ovlivněný situací. Dítě vidí věc, která se mu líbí, a aniž by nad tím příliš přemýšlelo, jedná. Závažnější je plánované provedení. Zde je již přítomný jistý úmysl a promyšlenost. Dítě jde krást s cílem profitovat. Takové krádeže jsou signálem

poruchy socializace. Nejzávažnějšími jsou krádeže, které dítě opakuje. Většinou se jedná o organizovanou činnost, kdy dítě není samo, ale jedná pod vlivem party. Závažnost tohoto problémového chování se určuje také na základě motivace a cíle provedení. To lze rozdělit na čtyři typy jednání: dítě krade pro sebe (základem je potřeba získat to, čeho nelze dosáhnout sociálně přijatelnějším způsobem; citově deprivované děti mohou mít zvýšenou potřebu hromadit věci nebo jídlo jako náhražku chybějícího zázemí), dítě krade pro druhé (s cílem získání prestiže mezi vrstevníky a získání kamarádů; případně může být ke krádeži donuceno), dítě krádežemi demonstruje své kompetence (cílem není zisk, ale jde o projev konformity k vrstevnickým normám, přičemž jde o skupiny, kde krást je normální), dítě krade s partou či pro partu (dítě si chce udržet pozici ve skupině, odmítnutí účasti na krádeži by bylo hodnoceno jako přestupek a potrestáno), krádeže za účelem pomsty člověku, který se dítěti zdá nespravedlivý (motivací je poškození druhého, ne zisk).

Také Kříž (2004) a Fisher a Škoda (2008) zmiňují, že pro posouzení významu krádeže v souvislosti s narušením osobnosti dítěte je podstatný způsob provedení. Některé krádeže mohou být spojeny i s projevy násilí (např. loupežemi a přepadeními). Menší význam mají příležitostné, neplánované krádeže, které jsou častější u mladších dětí. V tomto případě se jedná o impulzivní reakci, nezvládnutí aktuální potřeby nějakou věc vlastnit, aniž by o svém činu předem uvažovaly. Ve starším školním věku se vyskytují plánované a předem promyšlené krádeže, které bývají závažnějším projevem poruchy socializace.

2.2.5 Čachrování

Pod čachrováním si můžeme představit různé formy vyměňování, směňování, obchodování, nepřehledného půjčování peněz a různých věcí, propojených drobnými podvody a krádežemi (Hutyrová a kol., 2019).

2.2.6 Útěky

Matějček (2011) popisuje útěky jako variantu únikového jednání. Dítě řeší svůj problém útekem z prostředí, které se mu zdá ohrožující nebo jinak nepřijatelné – pokud dítě utíká z domova, může to být signál, že rodina selhává ve své funkci, nefunguje, nenaplňuje základní psychické potřeby dítěte. Pokud se útěky opakují, jde již o projev poruchy chování.

Hutyrová a kol. (2019) rozlišují následující formy útěků: impulzivní útky (nepromyšlené, jednorázové, jsou okamžitou reakcí na určitý podnět, dítě se většinou chce vrátit), plánované útky (důvodem jsou dlouhodobější problémy, např. z nedostatku citového zázemí, nepochopení okolím apod.), chronické útky (dítě se obvykle nechce vrátit), útky ze zařízení ústavní výchovy (diagnostické ústavy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy).

Podle Vágnerové (2004) a Martínka (2009) může být příčinou útěku u některých jedinců touha po dobrodružství nebo snaha zviditelnit se mezi vrstevníky. Dítě nebo mladistvý se mnohdy nezalekne krádeží nebo vloupání do cizích objektů. Tyto útky bývají předem dlouhodobě plánovány a ve většině případů jedinec neutíká sám, ale s partou, která je při útěku hnací silou. Vliv party vyvolává chování, kterého by se jedinec pravděpodobně sám nedopustil.

2.2.7 Toulání

Toulání zpravidla navazuje na útky, jde o dlouhodobé opuštění domova. Je výrazem nedostatečné citové vazby k lidem a k rodinnému zázemí, které je dysfunkční, dítěti na něm nezáleží anebo je odmítá. Toulání spolu s citovou nepřipoutaností a nezakotveností bývá známkou psychické deprivace. Dle Sommerové (2016) může být toulání spojeno se záškoláctvím, kriminální činností a drogovou závislostí.

2.2.8 Projevy verbální a fyzické agrese

Agrese patří do přirozeného repertoáru lidského chování, agresivní chování může doprovázet problémové chování. Termín agresivita pak vyjadřuje vnitřní dispozici nebo osobní vlastnost, jde o relativně trvalou a hůře měnitelnou osobnostní charakteristiku. Agrese je vlastním pozorovatelným jednáním (Hutyrová a kol., 2019). Také Marková (2005) charakterizuje agresi jako základní vybavení člověka a přirozenou hnací sílu, kterou je ale třeba usměrňovat. Může se projevovat otevřeným útokem nebo hostilitou, pasivně negativistickou formou vzteku, emoční podrážděností, sexuálně agresivním chováním anebo nemotivovaným destruktivním chováním. Agresivitu popisuje jako vnitřní tendenci reagovat dlouhodobě útočným, hostilním zaměřením s vysokou pohotovostí k agresi. Tato tendence je podmíněna jak zevně, tak vnitřně. Zevní okolnosti jsou výchovné a společenské, vnitřní jsou

určité hereditární, temperamentové dispozice, vulnerabilita, organické nebo případně metabolické změny.

Podle Martina a Waltman-Greenwoodové (1997) jedinec při agresivním chování své myšlenky, city a přesvědčení vyjadřuje porušováním práv jiných osob, porušuje morální a sociální normy. Martínek (2009) uvádí, že se agresivní chování nemusí vztahovat pouze na druhé osoby, nýbrž i na samotného jedince (autoagrese). Jedinec se však může zaměřit také na zvířata či neživé předměty. Také dle Traina (2001) představuje agresivní chování porušení společenské normy spojené s omezováním základních práv jiných osob. Je nepřijatelným způsobem vedoucím k uspokojování vlastních potřeb. Agresivní chování může mít různé motivy, formy a projevy. Společensky nepřijatelným jevem objevujícím se v prostředí školy, v zájmových skupinách nebo na pracovišti je šikana.

Různí autoři dělí agresi a agresivitu různými způsoby. Např. na agresivitu verbální a fyzickou, přímou a nepřímou nebo přiměřenou a nepřiměřenou (Hort, 2000; Martínek, 2009; Kolář, 2011). Vágnerová (2014) rozlišuje následující formy agresivity:

- agresivitu pramenící z nevyjasněných hranic, dítě nemá jasně stanovená pravidla z rodiny
- agresivitu jako reakci dítěte na příliš přísnou výchovu;
- vrozenou agresivitu jako hnací sílu a energii;
- agresivitu jako projev frustrace;
- agresivitu, která je formou naučeného chování.

Agresivitu u dětí podporují různé faktory a specifika dítěte. Agresivní reaktivita je častější např. u jedinců mužského pohlaví, jedinců neúspěšných ve škole, se sníženým sebehodnocením, emočně nezralých, egocentrických, s nízkou frustrační tolerancí, s časnou a opakovanou psychickou či fyzickou traumatizací, se slabou sociometrickou pozicí ve třídě, s vysokou závislostí na vrstevnické skupině (Čermák a kol., 2003).

Agrese i násilí má podle Markové (2005) celou řadu příčin. Příčiny geneticko-organické většinou souvisejí s určitou hereditární zátěží nebo odchýlnou funkcí mozku, s vytvářením jiných mozkových propojení např. díky zatížení mozku toxickými látkami v průběhu intrauterinního vývoje. Na vzniku agrese z vývojových a sociologických příčin se

mohou podílet např. bída, deprivace, rozbitý domov, sexuální zneužívání, trestání, alkohol, drogy, expozice agresivním mediálními programům, počítačovým hrám, snadný přístup ke zbraním, etnické a rasové násilí.

2.2.9 Záškoláctví

Záškoláctvím děti projevují nesoulad se školními i morálními hodnotami, jde o další formu únikového chování. Negativní vztah si obvykle nesou z dysfunkčního rodinného prostředí. Tento typ problémového chování sice vystupuje ze školního prostředí, ale důvody vedoucí dítě k záškoláctví se školou nemusí přímo souviset (Vágnerová, 2005).

Dítě si většinou nepříjemné pocity spojuje nejen se školním prostředím, ale také s přítomnými lidmi. Například s konkrétním učitelem, konkrétním spolužákem. Může se jednat o skupiny více spolužáků nebo konkrétní vyučovací předmět. Záškoláctví však nemusí vždy souviset s negativním postojem ke škole, ale může být sekundárním projevem nějakého problému, např. že dítě řeší náročnou životní situaci a nenavštěvování školy nastiňuje vnitřní spor dítěte.

Mezi nejčastější příčiny záškoláctví řadí Fontana (2014) rodinné problémy, obavy z trýznění druhými dětmi, obavy z nějakého člena pedagogického sboru, asociace se selháváním, zapletením do trestné činnosti, nuda a s ní spojené hledání vzrušujících situací, požívání alkoholu/drog apod.

Rámec příčin záškoláctví je podle Škody (2006) široký. Od ojedinělého upřednostnění zábavy před vyučovací hodinou, přes opakované vyhýbání se hodinám nepohodlného předmětu až po chronické záškoláctví.

Elliott a Place (2002) rozlišují z pohledu absence ve škole dva pojmy - záškoláctví a odmítání školy. Záškoláctví nevnímají jako větší psychologický problém. Potíže nastávají, pokud by dítě do školy chtělo jít, ale něco mu v tom brání. U dětí odmítajících školu se často jejich psychický stav odráží v somatické stránce (zvracení, bolesti břicha a hlavy). Takový stav lze považovat za školní fobii.

Záškoláctví představuje celosvětový problém. Např. Mallet (2016) se ve svém šetření zabýval problematikou záškoláctví v USA (v Ohiu a Coloradu), konkrétně možnými preventivními opatřeními. Na záškoláctví z pohledu možného zdroje zábavy a získání výhod a

akceptace mezi vrstevníky pohlíží Cooper (1998). Podrobně tento problém rozebírá také Reid (1999).

2.2.10 Projevy problémového chování spojené s hyperkinetickými poruchami

Dle Pugnerové a Kvintové (2016) zastřešuje označení hyperkinetické poruchy poruchu aktivity a pozornosti a hyperkinetickou poruchu chování. V praxi se lze setkat s různými staršími názvy, např. s lehkou mozkovou dysfunkcí (LMD) nebo lehkou dětskou encefalopatií (LDE). V současné době se nejčastěji používá označení syndrom poruchy pozornosti spojený spojený s hyperaktivitou (dále ADHD) a syndrom poruchy pozornosti bez hyperaktivity (ADD).

Výskyt obtíží se různí u různých autorů, např. Aguir a kol. (2010) uvádějí 5-10 % dětí, Salari a kol. (2023) dokonce 7,6 % u dětí ve věku 3-12 let a 5,6 % u dospívajících ve věku 12-18 let.

Jako nejčastější příčiny vzniku ADHD uvádějí Hutyrová a kol. (2019) kombinace neurologických a vnějších faktorů, přičemž na vzniku ADHD se pravděpodobně více podílejí genetické a neurologické faktory (komplikace v prenatálním, perinatálním a postnatálním vývoji, konzumace alkoholu a kouření matky v těhotenství, předčasné či komplikované porody).

Děti školního věku se nejčastěji projevují poruchami aktivity, impulzivitou a poruchami pozornosti – tyto projevy jsou základní triádou symptomů ADHD. Přidružuje se však široká škála dalších projevů znesnadňujících zejména školní práci dětí v oblasti percepce a motoriky, kognitivních funkcí, emocí, chování, motivace a sociálních vztahů (Hutyrová a kol., 2019). Pugnerová a Kvintová (2016) zmiňují kromě výše uvedených projevů psychomotorický neklid (dítě si s něčím neustále hraje, ruší ostatní spolužáky, snaží se zaujmout, vydává různé zvuky, vykřikuje), rušivost (dítě nedokáže ovládat energetický výdej, rychleji se unaví a bývá podrážděné), neschopnost organizace (nesystematičnost, chaos, nepořádek ve věcech kolem sebe), hyperexcitabilitu (extrémní citové reakce, kolísání z euforie a nadšení do rozmrzelosti a odmítání; změny nálad mohou souviset se snadnou unavitelností a nižší tolerancí k zátěži, následkem bývají výbuchy zlosti až agresivní projevy), problémové a nepředvídatelné chování, snadnou unavitelnost, problémy se sociálním začleněním, neschopnost samostatné práce, infantilitu a sociální nevyzrálou. Z dalších

projevů lze uvést pocity vnitřní nejistoty, stavy úzkosti, nerovnoměrnost a nevyrovnanost v pracovním výkonu (při posuzování školních výkonů je důležité brát na zřetel jejich kolísavost), neurotické návyky a tiky (např. stereotypní pohyby), poruchy spánku (většinou nízká potřeba spánku), poruchy chuti k jídlu, koktavost, poruchy řeči a sluchového vnímání, poruchy motorických funkcí, nízkou schopnost abstraktního myšlení, častější výskyt enurézy a enkoprézy, častější výskyt specifických vývojových poruch učení (především dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie).

2.2.11 Projevy problémového chování spojené s poruchami autistického spektra

Poruchy autistického spektra (dále PAS) zcela ovlivňují osobnost dítěte, mění jeho chování, vzdělávání i možnosti socializace. Valenta a kol. (2021) uvádějí, že se jedná o jednu z nejrychleji rostoucích skupin diagnóz do počtu diagnostikovaných osob, že častěji postihuje chlapce a dle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN) ve své knize rozlišují několik pervazivních vývojových poruch:

- Dětský autismus: označovaný také jako Kannerův syndrom, charakteristický triádou znaků jako je narušená sociální interakce, omezenou schopnost verbální i neverbální komunikace a stereotypním opakujícím se chováním. Více jak polovina takto postižených dětí je zároveň mentálně postižena. Cca čtyřikrát častěji postihuje chlapce. Vzdělávání těchto dětí je většinou možné pouze ve speciálních třídách, děti se špatně adaptují na jakoukoliv změnu.
- Atypický autismus: od dětského autismu se liší věkem nástupu (nastupuje většinou po 3. roce života) nebo absencí některého ze znaků triády charakteristických znaků. Je častější u jedinců výrazně retardovaných nebo s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči.
- Rettův syndrom: postihuje pouze dívky, u nichž dochází po krátkém období normálního vývoje ke ztrátě komunikačních a pohybových schopností. Objevuje se ztráta funkčních pohybů rukou, stereotypní krouživé pohyby prstů, výrazná deteriorizace psychomotoriky a inteligence.
- Jiná dětská dezintegrační porucha: označovaná také jako Hellerův syndrom, charakteristická ztrátou získaných dovedností autistického typu po období normálního vývoje. Může docházet k částečné obnově těchto funkcí.

- Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby: jedná se o děti s těžkým mentálním postižením, jejichž IQ je nižší než 34, které jsou zvýšeně hyperaktivní, mají poruchy pozornosti a projevuje se u nich stereotypní chování.
- Aspergerův syndrom: postihuje zejména chlapce, příznaky jsou podobné jako u autismu s tím, že většinou schází retardace řeči a celkového kognitivního vývoje, častá dyspraxie.
- Jiné pervazivní vývojové poruchy
- Pervazivní vývojové poruchy NS

Děti s PAS mají sníženou schopnost adaptace ve společenském prostředí, abnormality v chování promítající se do celé osobnosti i většiny životních situací v důsledku narušené kvality sociálních interakcí, verbální i neverbální komunikace a fantazie. Charakteristické bývá rutinní a stereotypní chování, nesnášenlivost změn, omezené spektrum zájmů a aktivit, přichylnost k neobvyklým předmětům, nezájem o lidský kontakt, uzavřenost, nedostatky v emočních reakcích (např. výbuchy vzteku). Možné je i přidružení mentálního postižení (Frazier a Hardan, 2017; Valenta a kol., 2021). Dudová a Mohaplová (2016) popisují např. nevytváření typické vazby k matce, nereagování na oslovení jménem, nenavazování očního kontaktu, problémy v v kontaktu s vrstevníky či opožděný vývoj řeči. Řeč dětí s PAS je v mnoha aspektech netypická – časté jsou agramatismy, echolálie, stereotypní fráze, deficity v reciproční komunikaci. Běžné je obsedantní lpění na neměnnosti prostředí, dodržování nefunkčních rituálů a trvání na tom, aby se ostatní přizpůsobili. I malá změna může vyvolat neadekvátní a bouřlivou reakci.

2.3 Etiologie problémového chování

Příčiny vzniku problémového chování mohou být různé, hovoříme o multifaktorové etiologii. Příčiny lze dělit na vnitřní (např. heredita, temperament) a vnější (např. rodina, škola, vrstevnická skupina, média – zkoumáním vlivu médií a agresivního chování adolescentů při dlouhodobém sledování pořadů s agresivní tematikou se zabývala např.

Coyone, 2016). Každý člověk se rodí v určitou genetickou výbavou a následně je ovlivňován prostředím, ve kterém žije. Interakce mezi jednotlivými vlivy ovlivňují naši osobnost.

Kearney (2020), uvádí, že lidské chování je obvykle důsledkem jednoho nebo více ze tří základních faktorů, které většinou působí společně. Těmito třemi faktory jsou genetická výbava, fyziologické změny působící od početí (dozrávání, následky nemocí/úrazů) a zážitky a zkušenosti způsobující změny v chování.

Nejčastější příčiny nevhodného a problémového chování dětí a žáků jsou sledovány např. v nedostatečích výchovy v rodině, neuspokojených potřebách, vlivu návykových látek, pocitech méněcennosti a negativním sebehodnocení, nemoci, únavě, poruchách učení, chování či emocí, aktuálně prožívaných silnějších emocích, negativních zážitcích, násilí v médiích a počítačových hrách, negativním vztahu ke škole, nevhodně vedeném vyučování, osobnosti učitelů (Kyriacou, 2004; Čapek, 2014; Holeček, 2014).

Vágnerová (1999) mezi další predispozice problémového chování řadí také drobná organická poškození centrální nervové soustavy (dále CNS). Nepříznivou zátěží je zde emoční labilita, impulzivita a nižší schopnost sebeovládání, která je pro organické poškození CNS charakteristická.

K nárůstu problémového chování také může vést vysoká konformita s vrstevnickou skupinou a s tím spojená orientace na aktivity s vrstevníky, která obvykle předčí zájem o školu (Zarrett & Eccles, 2006).

Jessor (1991) výzkumem amerických adolescentů zjistil, že obsahem rizikového chování jsou skupiny často se společně vyskytujícími aktivitami (kouření a záškoláctví), mají podobné příčiny vzniku (osobnostní, sociální) a jsou v negativním vztahu ke konvenčnímu chování (např. plnění školních povinností). V této souvislosti mluví o syndromu problémového (rizikového) chování, který se opírá o několik obecných skupin faktorů. První skupinou jsou faktory biologické (pohlaví, hormonální systém, tělesná konstituce, odolnost vůči bolesti aj). Druhou kategorií jsou osobnostní předpoklady, z nichž některé mohou být příčinou budoucího výskytu různých rizikových forem chování. Pozitivní korelace byly shledány mezi impulzivitou, úzkostností a problémovým pitím alkoholu nebo delikvencí obecně. Třetí skupinou důležitých faktorů je sociální hledisko - sebezpojení v kontextu vztahů s vrstevníky, postoje a hodnocení jejich chování, dále zmiňuje demografické charakteristiky, rodinné prostředí a podporu přátel a širšího okolí. V rámci „syndromu

problémového/rizikového chování“ definuje protektivní faktory, které jedince chrání před rizikovými vlivy. Dále vymezuje rizikové faktory, které naopak zvyšují pravděpodobnost vzniku a vývoje těchto sklonů. Mezi protektivní faktory lze zařadit např. vysokou inteligenci, sebeúctu, sebedůvěru, pozitivní orientaci na školu, na vlastní zdraví, plnění povinností (školních, domácích, společenských) a zapojení se do dobrovolnických aktivit. Velmi důležitou roli hraje vlastní primární rodina, kde se otevřeně komunikuje, adolescent je podporován a pozitivně vychováván. Sociální oporu představují vrstevnické skupiny a společnost. Do skupiny rizikových faktorů zahrnuje např. zdravotní omezení, určité osobnosti rysy, traumatické zážitky z dětství, nedodržování pravidel, školní neúspěchy, vlastní primární rodinu s příliš autoritativní nebo naopak liberální výchovou či rizikovými aktivitami rodičů, vrstevnické skupiny s rizikovými aktivitami a společnost (chudoba, prostor k nelegálním činnostem atd.).

Anonymous (2024b) rozlišuje příčiny problémového chování na příčiny spojené se školou (příčiny spojené s učením – např. nedostatečný respekt k individuálním potřebám a tempu dítěte, nevhodně zvolená výuková metoda a způsob hodnocení, dítě nedostává příležitost zažít úspěch; příčiny spojené s nefunkčními vztahy a klimatem ve třídě/škole - zdravé vztahy s učiteli a spolužáky a bezpečné prostředí jsou podmínkou úspěchu v učení), příčiny spojené s individuálními dispozicemi žáka (individuální dispozice centrální nervové soustavy, např. poruchy pozornosti a chování, chronický stres ve škole může působit jako spouštěč duševních onemocnění), příčiny související s rodinným prostředím (krizové rodinné situace – např. rozvod rodičů, vážné onemocnění; příčiny spojené s přístupem rodičů k výchově – např. nízké rodičovské kompetence, nepřiměřené nároky na výkon, nedostatek společného trávení času, zanedbávání, násilí, zneužívání; příčiny spojené s podmínkami, ve kterých rodina žije – chudoba, nestabilita bydlení) a příčiny v prostředí mimo rodinu a školu (negativní vliv vrstevníků mimo školu - např. dětské gangy, rvačky, kyberšikana; vysoká míra stresu v mimoškolních aktivitách - přetěžování aktivitami, málo času na volnou hru a odpočinek).

2.3.1 Dědičnost

Výzkum dědičnosti lidského chování stále zůstává poměrně komplikovaný. Dle Vaňáskové (2008) jsou některé znaky kombinací různých fenotypů, např. schizofrenie. Jiné znaky jako je alkoholismus, inteligence či agresivita je těžké přesně definovat. Navíc geny ovlivňující chování nepůsobí jednotlivě, ale ve vzájemných kombinacích a interakcích.

Bylo zjištěno, že agresivní chování u člověka způsobuje gen MAO-A kódující enzym monoaminoxidázu A. Jde o mitochondriální enzym nacházející se ve všech typech tkání. Uplatňuje se při metabolismu neurotransmiterů (především dopaminu, noradrenalinu a serotoninu), zodpovědných za impulzivitu, která je často příčinou násilného chování. Tento gen ale sám o sobě není spouštěčem agresivního chování, představuje pouze určitou predispozici k násilnému chování. Problematické může být, pokud se ke genetickému vlivu ještě přidají rizikové faktory jako např. špatné zacházení ze strany rodičů (týrání, zanedbávání, sexuální zneužívání či násilí mezi rodiči) nebo bydlení v husté zástavbě. Anonymní městská sídliště představují psychosociální riziko pro rozvoj kriminality (Nilsson a kol., 2006).

2.3.2 Temperament

Keogh (2007) charakterizuje temperament jako osobnostní charakteristiku popisující průběhové a dynamické stránky osobnosti. Projevuje se zejména způsobem citového reagování a označuje tu část osobnosti, která je určována převážně biologicky. Jedná se v podstatě o relativně samostatnou formální charakteristiku, která se váže ke specifickým neurofyziologickým strukturám podílejícím se bazálně na obecné aktivaci organismu. Dle Blatného a Plhákové (2003) jsou vlastnosti temperamentu charakteristické spontánností projevů, do značné míry nepodléhají volní kontrole a výchovou jsou ovlivnitelné jen velmi málo.

2.4 Snížená kognitivní schopnost osob s mentálním postižením

2.4.1 Kognitivní procesy

Kognitivní procesy jsou děje, díky kterým poznáváme okolní svět i sebe samé. Slouží nám ke zpracování informací z vnější i vnitřní reality. Díky kognitivním procesům jsme schopni informace přijímat (vnímání), ukládat a uchovávat (paměť, učení), vyvolávat (paměť, představivost), transformovat, organizovat, reorganizovat a dále s nimi pracovat (myšlení). Dále zahrnují přesouvání zaměření vědomí při práci s informacemi (pozornost) a procesy zapojené při sdělování informací (řeč). Soubor všech kognitivních procesů (neboli kognitivní systém) zahrnuje vnímání, paměť, učení, představivost, myšlení (v rámci myšlení usuzování, posuzování, řešení problémů, rozhodování se, tvoření nových myšlenek a spolu s tím tvořivost), pozornost a řeč (Juklová, 2010).

Schopnost jedince realizovat kognitivní procesy se nazývá kognitivní dispozice. Jde o relativně stabilní předpoklady umožňující výkon jednotlivých kognitivních procesů. I když se jedná o hypotetické proměnné, projevují se objektivně v relativní stabilitě či konzistenci jedincova výkonu v různých úlohách, které zaměstnávají příslušné kognitivní funkce (Anonymous, 2024a).

U dětí s mentálním postižením je oslabena potřeba poznávat okolní svět, která se u intaktních dětí stává hnací silou jejich psychického vývoje. Specifika psychických procesů, zejména v oblasti vnímání, pozornosti, řeči, paměti a myšlení jsou individuálně modifikovány vzhledem k charakteru, nerovnoměrnosti a hloubce postižení, dále sociálnímu prostředí, v němž jedinec s mentálním postižením žije a také vzhledem k jeho aktuálnímu celkovému stavu (Švarcová, 2006). Vágnerová (2004) považuje za typický znak tohoto narušení omezenější potřebu zvědavosti a preference podnětového stereotypu.

Valenta a kol. (2021) zmiňují postižení kognitivního procesu jako primární specifikum osob s mentálním postižením. Pro smyslovou percepci je dle autorů charakteristické:

- zpomalený a snížený rozsah zrakového vnímání (problémy s perspektivou, rozlišováním polostínů, překrýváním kontur),
- nedostatečné prostorové vnímání (porucha hloubky vnímání),
- nediferencovanost počitků a vjemů (barev, předmětů, tvarů, silně je porušena diskriminace figury a pozadí),

- inaktivita vnímání (člověk s mentálním postižením má potíže vnímat podrobnosti a všechny detaily),
- opožděná diferenciací fonémů a jejich zkreslení,
- nedokonalé vnímání časoprostoru.

Myšlení osob s mentálním postižením autoři popisují jako příliš konkrétní, nepřesné, s chybami v analýze a syntéze, neschopné vyšší abstrakce a generalizace, nekritické, nedůsledné, s nepřesnými úsudky. Řeč osob s mentálním postižením bývá deformována, vzniká problém s vyjadřováním myšlenek, ztěžujícím faktorem jsou navíc artikulační nedostatky. Nedostatečný je rozvoj fonemického sluchu, jedinec hlásky slyší, ale rozlišuje je nedostatečně nebo vůbec. V neposlední řadě se v myšlení dítěte s mentálním postižením vyskytuje také výrazná unavitelnost, která podle Švarcové (2006) souvisí s nesoustavností, výkyvy v pozornosti, soustředění a kolísajícím tonu psychické aktivity.

Určitá specifika vykazuje dle Valenty a kol. (2021) také paměť osob s mentálním postižením. Osvojování nových informací je velmi pomalé a ve srovnání s intaktní populací jsou třeba mnohačetná opakování, navíc naučené rychle zapomínají. Převažuje spíše mechanická paměť.

Tentýž autorský kolektiv popisuje záměrnou pozornost osob s mentálním postižením jako pozornost s nízkým rozsahem sledovaného pole, nestálou, snadno unavitelnou a se sníženou schopností rozdělení na více činností. Po soustředění je důležitá relaxace.

Pro osoby s mentálním postižením platí určitá specifika i v oblasti emotivních a volných psychických procesů. Jedinec s mentálním postižením hůře ovládá své emoce, kladné emoce automaticky přenáší na situace, které zvládá. Intenzita emočních reakcí klesá úměrně s věkem, ale běžné jsou neurotické a psychopatické symptomy v situacích, které jedinec s mentálním postižením zvládnout neumí. Tvorbu hodnot a postojů výrazně ovlivňují egocentrické emoce, city častěji obcházejí intelekt (jedinec snáze podléhá afektu), dynamika a intenzita citů je neadekvátní k podnětům. I zdánlivá narážka může vyvolat silnou a dlouhodobou reakci nebo dokonce negativismus (Valenta a kol., 2021). Typická je podle Vágnerové (1999) neschopnost kompenzace neuspokojených potřeb náhradní činností, obtížné vytváření vyšších citů (např. svědomí, pocit povinnosti, pocit odpovědnosti, soucit). Velmi silnou emocionální potřebou je pocit citové jistoty a bezpečí, které taktéž ovládají chování a prožívání jedince. U osob s mentálním postižením je citová jistota dána vztahem s

blízkým člověkem a může sloužit jako zdroj rovnováhy, narušované pocitem ohrožení okolním světem, který je pro člověka s postižením často obtížně srozumitelný.

Volní projevy jedinců s mentálním postižením jsou charakteristické zvýšenou sugestibilitou, impulzivitou, citovou a volní labilitou, agresivitou, úzkostností i pasivitou. Častá je dysbulie a abulie. Specifická je také aspirační úroveň s výkyvy na jednu stranu – směrem k podhodnocování nebo nadhodnocování.

2.4.2 Mentální postižení

Mentální postižení Valenta a kol. (2021) definují jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se zejména snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií. Podle Chellyho a kol. (2006) je v lidské populaci asi 1-3 % osob s mentálním postižením, Kramer a Bokhoven (2009) uvádějí dokonce dokonce 2-3 %.

V současné době se již považuje označení člověka s mentální retardací za nevhodné, i když v 10. revizi MKN spojení „mentální retardace“ figuruje, konkrétně v kategorii F7. Jako vhodnější se jeví např. označení „osoba s mentálním postižením“. V připravované MKN-11 se uvažuje o označení „osoba s vývojovou poruchou intelektu“.

Klinické znaky mentální retardace a výše inteligenčního kvocientu (dále IQ) dle MKN-10 ve vztahu k jednotlivým stupňům poruchy dle Zvolského (2001):

- Lehká mentální retardace (v současné době chápána jako lehké mentální postižení nebo lehká vývojová porucha intelektu) – opožděný vývoj řeči, hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy, klienti jsou obvykle nezávislí v sebeobsluze, jsou schopni vykonávat jednoduchá zaměstnání, velký význam má u těchto klientů výchovné prostředí. IQ 50-69.
- Středně těžká mentální retardace (v současné době chápána jako středně těžké mentální postižení nebo středně těžká vývojová porucha intelektu) – výrazně omezené myšlení, řeč a schopnosti sebeobsluhy, klienti potřebují chráněné prostředí po celý život, edukační možnosti jsou omezené na trivium, řeč je jednoduchá a obsahově chudá, někdy dokonce zůstává na nonverbální úrovni, etiologie obvykle organická, častá kombinace s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami. IQ 35-49.
- Těžká mentální retardace (v současné době chápána jako těžké mentální postižení nebo těžká vývojová porucha intelektu) – výrazné opoždění psychomotorického vývoje patrné

již v předškolním věku, řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni, výrazně omezené možnosti sebeobsluhy, strava musí být speciálně upravena, časté poruchy chování (např. stereotypní pohyby, afekty, agrese, sebepoškozování, pika). Běžné kombinace s motorickými poruchami a s příznaky celkového poškození centrální nervové soustavy. IQ 20-34.

- Hluboká mentální retardace (v současné době chápána jako hluboké mentální postižení nebo hluboká vývojová porucha intelektu) – klienti potřebují nepřetržitou péči i v těch nejzákladnějších životních úkonech, častá jsou sensorická a motorická postižení a těžké neurologické poruchy. Komunikační schopnosti maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí. Etiologie organická, časté jsou kombinace s nejtěžšími formami pervazivních poruch. IQ do 19.

Speciální pedagogové a psychologové se shodují v různě variabilních a hierarchicky uspořádaných specifických znacích osobnosti s mentálním postižením, jako je např. zvýšená závislost na rodičích, infantilnost, pohotovost k úzkosti, sugestibilita a rigidita chování, zpomalené chápání, jednoduché a konkrétní úsudky, snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opoždění a nerovnoměrnosti v psychosexuálním vývoji, nerovnováha aspirace a výkonu, snížená mechanická a zejména logická paměť, těkavá pozornost, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, poruchy v interpersonálních a skupinových vztazích a v komunikaci, emocionální labilita, impulzivita, hyperaktivita nebo celková hypoaktivita v chování a jednání, poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace, snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům, ulpívání na detailech (Dolejší, 1978; Kysučan, 1990; Chelly a kol., 2006; Franiok, 2007; Valenta a kol., 2021).

2.4.3 Etiologie mentálního postižení

Valenta a kol. (2021) uvádějí, že přibližně u třetiny osob s mentálním postižením nejsme schopni zjistit příčinu poruchy. Příčiny mentálního postižení bývají různě kategorizovány, hovoříme např. o příčinách endogenních nebo exogenních či o příčinách prenatálních, perinatálních nebo postnatálních. Dle Janků (2014) je mentální postižení postižením multifaktoriálním, jeho vznik podmiňuje takřka vždy vzájemné ovlivňování více faktorů.

V prenatálním období lze uvést celou škálu vlivů, zejména vlivy hereditární (např. metabolické poruchy postupně vedou k mentálnímu postižení) a genetické (vlivem mutagenních faktorů, jako jsou např. různé teratogenní vlivy, dochází ke genovým či genomovým mutacím nebo chromozomálním aberacím). Největší skupinou příčin mentálního postižení jsou syndromy způsobené změnou počtu chromozomů, především trizomie (Downův syndrom je způsoben trizomií 21. chromozomu, Edwardsův syndrom trizomií 18. chromozomu a Patauův syndrom trizomií 13. chromozomu). Rozšířené jsou také změny v počtu pohlavních chromozomů, např. trizomie v případě Klinefelterova syndromu (XXY), Turnerova syndromu (X0) a Lesch – Nyhanova syndromu (Raymond a Tarpey, 2006). Významnou skupinu prenatálních faktorů jsou environmentální faktory a onemocnění matky v době gestace. Platí, že čím dříve k patologii dojde, tím závažnější následky jsou na zdraví dítěte. Rizikovými onemocněními jsou např. zarděnky, toxoplazmóza, kongenitální syfilis. Nebezpečí představují otravy olovem, alkoholismus matky, kouření, nadměrná konzumace kofeinu, abúzus drog a léčiv či nedostatečná výživa. Na vzniku mentálního postižení se může podílet i nedostatek plodové vody, vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie, hydrocefalie). Vliv má i věk matky, s rostoucím věkem rodičky (zejména nad 35 let) rapidně narůstá pravděpodobnost vzniku Downova syndromu (např. Janků, 2014; Allen a Marotz, 2002; Valenta a kol., 2021).

K perinatálním faktorům řadíme mechanické poškození mozku při porodu, hypoxii či asfyxii, předčasný porod, nízkou porodní váhu dítěte, nefyziologickou těžkou novorozeneckou žloutenku při nesouladu Rh faktorů.

Z postnatálních příčin lze uvést záněty mozku způsobené mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze nebo krvácení do mozku a v pozdějším věku onemocnění vedoucí k deterioracím inteligence v důsledku Alzheimerovy nebo Parkinsonovy choroby, alkoholové demence, schizofrenie apod.

2.4.4 Socializace osob s mentálním postižením

Socializaci jedince lze definovat jako postupné upravování vztahů jedince k jeho prostředí. V případě osob s mentálním postižením se dnes objevují silné tlaky k jejich plné integraci do společnosti. Jedním z nástrojů integrace je například včlenění dětí s mentálním

postížením do běžného vzdělávacího proudu. I když se jedná o velmi pozitivní trend, jde u osob s těžším postižením o komplikovaný a mnohdy nereálný úkol. Možnosti socializace mentálně postižených jsou limitovány rozsahem postižení. U těžších případů mentálního postižení není možné vybudovat základní sociální návyky. Tito lidé zůstávají trvale odkázáni na ošetrovatelskou péči. Stupeň socializace také významně ovlivňuje sebehodnocení jedince. Čím je sebehodnocení vyšší, tím větší úspěchy můžeme od socializace očekávat. Specifické a bohužel nepříliš oceňované místo má v procesu socializace základní škola praktická. Je určena především dětem s lehčími formami mentálního postižení. I přes velký přínos tohoto typu škol, není u nás základní škola praktická hodnocena veřejností příliš dobře – mnohdy je synonymem podřadného a méně kvalitního vzdělání. Je pochopitelné, že v této atmosféře se žáci navštěvující tuto školu cítí méněcenní a za svoji školu se stydí. Tyto okolnosti přispívají ke snaze o socializaci mentálně postižených dětí do běžné společnosti. Úkolem základních škol praktických je připravit žáky co možná nejvíce pro samostatný praktický život. Škola by měla pomoci svým žákům překonávat nedostatky v dovednostech, vlastnostech a motivacích, upevnit jejich schopnosti navazovat sociální kontakty, naučit je regulaci afektivního chování, sebekontroly a odnaučit je nevhodným způsobům chování (Habiballa, 2008).

Základní požadavky na socializaci osob s mentálním postižením v rámci výchovy a vzdělávání shrnuje Ira (2006) do následujících bodů:

- Jedinec s mentálním postižením má zvýšenou potřebu bezpečí, učitel musí navázat a udržet úzký kontakt s jedincem a vytvořit podmínky pro jeho přijetí kolektivem.
- Musí mít změněný učební plán s vyšší dotací pracovního vyučování.
- Při výuce musí být v dostatečné míře aplikovány speciálně pedagogické metody a formy (individuální přístup, skupinová práce, názorná výuka, cyklické probírání učiva).
- Jedinec s mentálním postižením nesmí být v konkurenčním prostředí běžné školy izolován.

2.5 Edukace osob s mentálním postižením

První edukační zkušenost získává dítě zpravidla ve své rodině, proto by mu jeho okolí mělo nabídnout dostatečné množství výchovných podnětů, přirozených vývojových situací a postupně ho připravovat na změnu prostředí, která přijde se vstupem do vzdělávacího systému. Vzdělávání obohacuje každého člověka s mentálním postižením. Přípravuje jej na život tím, že podněcuje jeho aktivitu, podporuje samostatnost a nezávislost, vybavuje jej potřebnými znalostmi a sociálními dovednostmi, které může uplatnit ve společenském styku. Vzdělávání navíc usnadňuje orientaci v okolním prostředí, podporuje rozvoj jednotlivých stránek osobnosti a potenciaálních schopností, zlepšuje komunikační dovednosti a kladně působí na celkový rozvoj jedince (Černá, 2009). Dle Valenty a kol. (2021) je cílem škol a zařízení, kde se mohou lidé s mentálním postižením vzdělávat, vychovávat vlastnosti potřebné v každodenním a smysluplném životě. V případě škol jsou tyto vlastnosti zakomponovány do tzv. klíčových kompetencí (stanovených v rámcových a školních vzdělávacích programech – dále RVP a ŠVP, případně individuálních vzdělávacích plánech – dále IVP či plánech pedagogické podpory).

Nejvýraznějším krokem v rozvoji edukačního procesu posledních let je integrace osob s mentálním postižením do škol i společnosti. Legislativně byl tento krok poprvé podpořen na základě ukončení pokusného ověřování Integrace žáka s mentálním postižením do základní školy 29. 2. 2004. Realizace vzdělávání osob s mentálním postižením je upravena zákonem 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (dále školský zákon). V paragrafu 16 tohoto zákona je blíže specifikováno vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

2.5.1 Raná intervence

Valenta a kol. (2001) zdůrazňují velké kompenzační schopnosti centrální nervové soustavy v prvních třech letech života dítěte, které umožňují nejlepší rozvinutí mechanismů nahrazujících její případné poškození. V takovém případě je důležité, aby dítěti a jeho rodině byla poskytnuta včasná odborná pomoc v podobě rané péče. Raná péče by měla zahrnovat zdravotnické, sociální a pedagogicko-psychologické služby aplikované od doby zjištění

postižení dítěte do doby nástupu dítěte do příslušné vzdělávací instituce (např. speciální mateřské školy).

Cílem rané intervence je předcházet postižení, eliminovat či zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Jedná se o všechna odborně použitá opatření, za účelem zlepšení kvality organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a zdravý vývoj osobnosti. Uvedené služby a programy v České republice zajišťují střediska rané péče, jejichž profesní náplň zahrnuje včasnou diagnostiku dítěte, včasnou rehabilitaci a stimulaci dítěte, poradenství a vzdělávání pro rodiče, půjčování pomůcek a odborné literatury, terénní práci v rodině, zapojení rodičů do systému ucelené rehabilitace či respitní pomoc rodinám. Raná intervence pro děti s mentálním postižením a jejich rodiny je zajišťována prostřednictvím speciálně pedagogických center pro mentálně postižené (např. Bartoňová a kol., 2005; Valenta a kol., 2021).

2.5.2 Speciálně pedagogické centrum

Speciálně pedagogické centrum (dále SPC) je školské poradenské zařízení, které bezplatně poskytuje odborné psychologické a speciálně pedagogické služby žákům s mentálním postižením a jejich rodinám. Zpravidla je součástí mateřské školy speciální, základní školy praktické nebo speciální, SPC lze také provozovat jako samostatné účelové zařízení. Jeho činnost je upravena vyhláškou č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a školským zákonem 561/2004 Sb. Péče a podpora SPC je prováděna ambulantně na jeho pracovišti nebo návštěvami pedagogického personálu centra ve školách a školských zařízeních, přímo v místě bydliště dítěte s mentálním postižením. Klienty centra jsou děti od tří let věku až do ukončení vzdělávání. SPC prostřednictvím svých odborných zaměstnanců (nejčastěji psychologa, speciálního pedagoga a sociálního pracovníka) poskytují klientům následující služby: depistáž klientů, evidenci, komplexní speciálně-pedagogickou a psychologickou diagnostiku, poskytování poradenského a metodického servisu rodičům, přípravu komplexních podkladů pro zařazení dítěte nebo žáka do vzdělávacího procesu, integraci, monitoring integrace, osvětu společnosti, řešení otázky profesní orientace a kariérového poradenství, podílení se na řešení problémů rodin, organizaci diagnostických pobytů celých rodin, spolupráci s ostatními

poradenskými pracovišti a dalšími organizacemi zabývajícími se problematikou mentálního postižení.

2.5.3 Předškolní vzdělávání

Na ranou péči navazuje možnost institucionalizované předškolní výchovy. Předškolní vzdělávání představuje významnou součást výchovně vzdělávací roviny. U dětí s mentálním postižením (nebo dětí se souběžným postižením více vadami) se může uskutečňovat v mateřské škole (dále MŠ) formou individuální nebo skupinové integrace, ve speciální třídě při běžné MŠ s programem upraveným podle speciálních vzdělávacích potřeb, MŠ speciální nebo v přípravné třídě základní školy. Jde o období od třetího roku života po vstup do školy, tedy cca šestý rok života. Nezbytným principem v MŠ speciální je individuální přístup ke každému dítěti, který je podmíněn aktuálními vývojovými potřebami a mentální úrovní dítěte. V neposlední řadě má MŠ speciální funkci diagnostickou, která musí být permanentní. Závazným dokumentem podmiňujícím edukaci v rámci předškolního vzdělávání je Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (např. Pipeková, 2006; Valenta a kol., 2021).

2.5.4 Základní školství

Žáci s mentálním postižením mají možnost plnění povinné školní docházky dle stupně jejich postižení v následujících typech školských zařízení (Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných): v základní škole (dále ZŠ) formou individuální nebo skupinové integrace), v ZŠ praktické, ZŠ speciální, ZŠ určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení formou individuální nebo skupinové integrace.

Dle Valenty a kol. (2021) by jedinci s lehkým mentálním postižením, především na úrovni jeho horního pásma, měli být schopni uspět ve výchovně-vzdělávacím procesu probíhajícím za běžné ZŠ (podle jejich skutečných schopností). Závazný rámec pro zabezpečení vzdělávání na ZŠ vymezuje RVP ZV, z něhož se vychází při tvorbě ŠVP. Rovnoprávné postavení žáků s mentálním postižením zajišťují podpůrná opatření (jedním z nich je i IVP, na jehož úrovni je možné upravit očekávané výstupy nebo upravit vzdělávací obsah). Výhodou jedinců s lehčími stupni mentálního postižení je většinou jistá míra vnitřní regulace vlastního prožívání a chování, na rozdíl od těžších stupňů mentálního postižení.

ZŠ praktická je určena především pro žáky s lehkým mentálním postižením, kteří mají takové rozumové nedostatky, pro které nejsou schopni s úspěchem zvládat ZŠ běžného typu (Pipeková, 2006). Žáci zde plní povinnou školní docházku po dobu devíti let, které se dělí na dva stupně a to na 1. stupeň (1.-5. ročník) a 2. stupeň (6.-9. ročník). Pomocí speciálního přístupu škola umožňuje žákům dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a návyků. Záměrem je dosáhnout maximální možné míry zapojení žáků do společnosti a připravit je na profesní dráhu (Bartoňová, 2005). Vzdělávací proces na tomto typu školy je plně přizpůsoben úrovni psychického i fyzického rozvoje žáků. ZŠ praktická žáky připravuje zejména na pracovní uplatnění v budoucím životě, proto je zde vybudován fungující systém kariérového poradenství a celkový koncept školy je zaměřen spíše na praktické dovednosti. ZŠ speciální svým pojetím navazuje na výchovu v rodině, případně na předškolní typ vzdělávání v MŠ příslušného typu či přípravný stupeň ZŠ speciální.

Na ZŠ speciální se vzdělávají zejména žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením nebo vícenásobným postižením a také žáci s poruchami autistického spektra. Výjimkou nejsou ani žáci z dolního pásma lehkého stupně. Obsah i forma vzdělávání jsou těmto žákům zcela přizpůsobeny. Závažný rámec pro zabezpečení vzdělávání na tomto typu škol vymezuje RVP pro ZŠ speciální, který je rozdělený na dva díly – I. vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením, II. vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Délka povinné školní docházky je 9 let, přičemž může být prodloužena do 17 let žáka a v určitých případech až do 26. roku života žáka (Bartoňová a kol., 2005). Hlavními výchovně-vzdělávacími cíli jsou: dosahování elementárního vzdělání v triviu a v poznacích o přírodě a společnosti, osvojení si základních pracovních a motorických dovedností, návyků hygieny a sebeobsluhy, budování schopností vytvářet osobní vztahy, komunikace a formování společensky akceptovatelných povahových vlastností (Valenta a kol., 2021).

Pro žáky s těžkým a hlubokým mentálním postižením a žáky se souběžným postižením více vadami je využíván Rehabilitační program ZŠ speciální v tzv. rehabilitačních třídách. Těžištěm práce spočívá v komplexním speciálně-pedagogickém a rehabilitačním působení na tělesný a duševní vývoj žáků s respektováním individuálních zvláštností a potřeb žáků. U většiny žáků se nepočítá ani s osvojením trivia. Pedagogové pracují s různými formami alternativní a augmentativní komunikace a hledají cesty, jak pro každého žáka nalézt

vhodnou formu dorozumění (Valenta a kol., 2021). Dle Klenkové (2006) je nejdůležitější rozvoj komunikačních dovedností a pohybový rozvoj (zejména v oblasti sebeobsluhy).

2.5.5 Profesní příprava – střední školství

Profesní přípravu mohou osoby s mentálním postižením realizovat několika způsoby v závislosti na individuálních schopnostech. Úspěšný absolvent ZŠ praktické může navštěvovat po splnění podmínek pro přijetí střední odborné učiliště. Jedná se však spíše o výjimku, absolventi ZŠ praktických se spíše vzdělávají na odborném učilišti s ukončením závěrečnou zkouškou a vydáním vysvědčení – pokud se jedná o dvouleté studium nebo s ukončením závěrečnou zkouškou s výučním listem v případě tříletého učebního oboru. V učebních oborech je kladen důraz na praktické dovednosti vedoucí k pozdějšímu uplatnění na trhu práce. Další možností pro mladistvé se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří ukončili povinnou školní docházku v ZŠ praktické, ZŠ speciální, v nižším než 9. ročníku ZŠ je praktická škola dvouletá. Studenti zde doplňují všeobecné vzdělání, kterého dosáhli v průběhu plnění povinné školní docházky a osvojují si praktické dovednosti převážně v oblastech ručních prací, přípravě pokrmů a chodu domácnosti, prohlubují si vědomosti ze všeobecně vzdělávacích předmětů. Praktická škola jednoletá je pak určena studentům s těžkým zdravotním postižením, kteří ukončili vzdělání na úrovni ZŠ speciální, případně ZŠ praktické. Navazuje na vědomosti a dovednosti získané při povinné školní docházce žáků, ale především je zde kladen důraz na osvojení manuálních dovedností. Studenti jsou připravováni na práci v chráněném prostředí, na pomocné a úklidové práce v zařízeních sociální nebo zdravotnické sféry. Odborné předměty prohlubují dovednosti a vědomosti nabyté na ZŠ speciální, obsahují např. rodinnou výchovu, ruční práce nebo praktická cvičení (Valenta a kol., 2021).

2.6 Projevy problémového a náročného chování osob s mentálním postižením

Žáci a studenti s mentálním postižením svým problémovým chováním mnohdy reagují na nevhodné prostředí a přístup dospělých. Mají problémy s komunikací, omezenou schopnost ovládat své chování vůlí, jsou méně odolní vůči stresu, nemají schopnost kritičnosti a nadhledu. Spouštěčem problémového chování může být také deficit v sociálních dovednostech, kdy špatně vyhodnocují sociální situace. Pedagogové by proto měli být seznámeni s možnostmi zvládnání neklidu a změnami náročného chování žáků a studentů.

Mezi běžné projevy problémového chování patří dle Mikuláškové (2024) ataky vůči spolužákům a pedagogům (verbální nebo fyzické), autoagrese (kousání se do rukou, bití se do hlavy, škrábání se), destruktivní chování, repetitivně-stereotypní chování (např. vydávání různých zvuků, kývání tělem, grimasy, třepání rukama, skřípání zuby), rušivé chování a společensky nevhodné chování (např. válení se po zemi nebo vykřikování).

Jelínková (2011) uvádí následující druhy problémového chování o osob s mentálním postižením: fyzickou agresi (bouchání, plácání, strkání, tahání, kopání, štípání, tahání za vlasy, kousání), přičemž nejčastější je bouchání rukama, případně s použitím nějakých předmětů (do ostatních osob nebo nábytku). Vyskytují se i formy sebezraňování (kousání se, bouchání hlavou, plácání se po hlavě, narážení hlavou do předmětů, narážení tělem do předmětů, trhání vlasů, bouchání nebo plácání do těla, štípání se, řezání se, vytloukání zubů. U verbální agrese jsou běžné vulgární nadávky (vůči sobě i ostatním, obviňování, výčitky, křik).

Foord (2023) u žáků s mentálním postižením a současně autismem zmiňuje projevy jako je agresivní chování (např. brachiální agrese, kousání, kopání, házení předmětů nebo ničení vybavení třídy), autoagresivní chování (např. kousání se, bouchání se do hlavy, bití hlavou o stěnu či zem, vytrhávání si vlasů).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

3.1 Cíle diplomové práce

Práce je primárně zaměřena na projevy náročného a problémového chování u studentek střední školy praktické, které mají sníženou kognitivní schopnost.

Dílčí cíle diplomové práce:

- studium a analýza odborné literatury
- vymezení pojmů a zpracování teoretických východisek
- provedení kvalitativního výzkumu na základě průzkumného šetření (diagnózy studentek a vývoj problémů, rodinné prostředí, motivace ke změně, případná péče psychiatra, zmapování situace v oblasti přístupu a použití metod ve výchově a vzdělávání studentek ze strany pedagogických pracovníků) a dále na základě otázek položených respondentům z řad pedagogických pracovníků
- zpracování a vyhodnocení získaných výsledků
- přijetí odpovídajících závěrů

3.2 Průběh výzkumného šetření a charakteristika výzkumného souboru

Šetření bylo provedeno na jedné z praktických dvouletých škol (název školy a město není z etických důvodů uvedeno). Jde o malou školu s rodinnou atmosférou. Kromě běžných předmětů je škola zaměřena na získání praktických dovedností (např. výuka vaření, znakového jazyka, pečovatelsví, kurzy šití). Školu navštěvují především studentky s mentálním postižením, poruchami chování a emocí, z dětských domovů nebo nefunkčních rodin. Mnohé dívky mají navíc přidružené další znevýhodnění (např. poruchy autistického spektra – dále PAS, epilepsii, specifické poruchy učení a další).

Předmětem zájmu byly studentky se sníženou kognitivní schopností na úrovni lehkého a středně těžkého mentálního postižení a zároveň s projevy náročného a problémového chování.

Šetření probíhalo v březnu 2023, kdy byly získány informace o studentkách a následně byly v říjnu 2023 provedeny rozhovory s respondenty.

Dále bylo z dané školy zvoleno šest pracovníků (čtyři pedagogové, jeden speciální pedagog a jeden asistent pedagoga). Kritériem výběru respondentů byla délka praxe (minimálně dva roky) a pracovní pozice (aby se nejednalo pouze o učitele). Respondenti odpovídali na připravené otázky formou rozhovoru (kontakt probíhal pomocí osobního setkání, mobilního telefonu nebo programu Skype). Seznam respondentů viz příloha č. 1, seznam kladených otázek respondentům a odpovědí viz příloha č. 2.

Rozhovory probíhaly vždy individuálně, respondenti odpovídali na pět otázek. Délka rozhovorů byla různá dle komunikativnosti a otevřenosti respondentů (cca 10-15 minut). Rozhovory byly nahrávány s předchozím souhlasem respondentů, aby mohla být provedena následná analýza výzkumných otázek.

Všichni dotazovaní se ve své praxi se studentkami se sníženou kognitivní schopností a zároveň s projevy náročného a problémového chování setkali a v současné době s nimi pracují. Situace níže uvedených studentek je jim známa z jejich osobní dokumentace i z vlastní pedagogické práce (jiná situace je pouze u speciální pedagožky, která se studentkami není v každodenním kontaktu, ale pravidelně s nimi v určitých intervalech pracuje).

Byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Jaké jsou nejčastější projevy problémového chování u studentek s lehkým a středně těžkým mentálním postižením?
- Které projevy problémového chování shledávají pedagogičtí pracovníci jako nejnáročnější při pedagogické práci s těmito studentkami?
- Jaké přístupy, formy a metody práce se pedagogickým pracovníkům osvědčily v praxi jako nejúčinnější?

3.3 Popis použité metody

Vzhledem k charakteru výzkumného cíle bylo ke zpracování diplomové práce použito kvalitativní výzkumné šetření. Dle Miovského (2006) je kvalitativní přístup v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky. Cíleně pracuje s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání, kdy je popis, analýza a interpretace jevu nekvantifikovatelná.

Jako hlavní výzkumná metoda byla zvolena analýza dokumentů studentek (konkrétně zprávy z vyšetření v SPC) a metoda rozhovoru s pedagogickými pracovníky.

4 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ NA ZÁKLADĚ PŘÍBĚHŮ STUDENTEK A ROZHOVORŮ S PEDAGOGICKÝMI PRACOVNÍKY

V diplomové práci jsou uvedeny příběhy osmi studentek, které byly vytvořeny na základě analýzy dokumentů. V rámci každého příběhu je uvedený věk a diagnóza, rodinná a osobní anamnéza (pokud je známa), osobnostní charakteristiky, vymezení potíží v učení, případná péče psychologa/psychiatra, současný stav i doporučení pro učitele. Jedná se o studentky 1. a 2. ročníku, každá z nich má třídního učitele a výuka je zajišťována různými pedagogy. Obsah vzdělávání je realizován podle ŠVP Praktická škola, očekávané výstupy odpovídají RVP Praktická škola dvouletá. S výjimkou jedné studentky se dívky nevzdělávají podle IVP. Dívky se vzdělávají ve sníženém počtu studentů ve třídě. Z etických důvodů jsou níže uvedená křestní jména dívek změněná.

4.1 Kateřina

Kateřina je osmnáctiletá dívka se speciálními vzdělávacími potřebami s potřebou podpůrných opatření 3. stupně (hyperkinetická porucha, porucha chování a emocí a nižší kognitivní předpoklady).

Kateřina se narodila do neúplné rodiny velmi mladé matce. Nemá žádné sourozence. V rodině chyběla vřelost, dostatek společného času (matka většinu času trávila v zaměstnání – je vyučená kadeřnice), dostatek empatie, Kateřina se neměla komu svěřovat, chyběla jí pozitivní zpětná vazba i důvod komunikovat. Těhotenství Katčiny matky bylo neplánované a dítě bylo nechtěné. Duševně nevyzrálá matka těhotenství prožívala až s negativistickými pocity. Porod proběhl v termínu, dítě se narodilo s normální hmotností. Katka prodělala běžná dětská onemocnění.

Aktuální úroveň rozumových schopností se opakovaně nachází v pásmu lehké mentální retardace. Na doporučení lékařky, u níž je v péči pro hyperkinetickou poruchu

chování, poruchu chování a emocí a nižší kognitivní předpoklady, byla v minulosti přijata k diagnosticko-terapeutickému pobytu v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích. S nástupem adolescence se u ní poruchy chování zvýraznily. Kateřina byla také opakovaně hospitalizována v Dětské psychiatrické nemocnici Opařany, kde probíhala úprava medikace, stabilizační pobyty s pozitivním, ale krátkodobým efektem.

Z vyšetření v SPC vyplývá, že Kateřina je tichá, zamlklá, spontánně nekomunikuje a na otázky odpovídá jedním až dvěma slovy. Při vyšetření je apatická, i když úkoly plní v rámci svých možností. Oční kontakt naváže, ale není schopna jej udržet. Raději pracuje na úkolech, které může dělat sama, kde nejde o kooperaci psychologa a dívky. Pracovní tempo je pomalé, když něco neumí, mlčí, dívá se do země, jsou patrné prvky nejistoty a nervozity. Relativně nejlepší výsledky vykazuje v úkolu, který vyžaduje mechanický pracovní postup ihned po zácviku. Vykazuje podprůměrné rozumové schopnosti, defektní je bohatost slovní zásoby a porozumění běžným sociálním situacím. Z nedokončených vět jsou patrné trvajících problémy s vlastní osobou a ve školní třídě. Je zřejmý pocit vyloučenosti a zvýšená potřeba opory. I malý podnět může způsobit až nepřiměřenou reakci. Kateřina je utrápená a předem předvídá neúspěch. Sebevědomí je nerozvinuté a potlačené. Nízká frustrační tolerance, úzkostnost v minimálním přepětí, zvýraznění negativních projevů chování, emoční a afektivní nevyrovnanost, sebepoškozování.

Písemný projev je čitelný, s mírnou chybovostí. Je nezbytné orientovat se na rozvoj slovní zásoby a porozumění obsahu slov – zejména takových, která se používají v základní komunikaci tak, aby se snáze dokázala v těchto situacích orientovat. Je třeba sledovat vývojové změny dívky (např. stagnaci) a této skutečnosti přizpůsobit vyučovací metodiku. Má obtíže s tempem a výdrží, pracovní tempo je pomalé a vyžaduje individuální přístup, nižší počet žáků ve třídě a speciálně-pedagogický přístup. Proto jí bylo doporučeno další vzdělávání na praktické škole dvouleté.

Doporučení pro učitele: při ústním zkoušení u tabule je vhodná dopomoc návodnými otázkami a ověřování si správnosti porozumění zadanému úkolu. V matematice rozdělovat složitější postupy na jednodušší kroky, stále procvičovat a zautomatizovat již probrané části učiva. Pro rozvoj matematických představ a dovedností (logický úsudek, slovní úlohy) ověřovat porozumění, respektovat pomocné kroky do stadia automatizace (zachovat pomocné

výpočty), kontrolovat pochopení zadání, tolerantně hodnotit výkony v geometrii. Citlivě posilovat sebevědomí. Při výuce cizích jazyků upřednostňovat praktické používání jazyka (např. slovní spojení, běžné fráze). V naukových předmětech omezit mechanické učení faktů bez širších souvislostí (letopočty, jména, definice aj.), průběžně ověřovat správné pochopení zadání, dopomoc prvního kroku, nehodnotit chyby vzniklé nedokonalým přečtením, hodnotit pouze obsahovou stránku (nehodnotit stylistické, gramatické a specifické chyby), hodnotit i dílčí kroky postupů, ne pouze výsledek, ocenit i část dobře provedeného úkolu.

Metody a organizace výuky: jako vhodné metody výuky se jeví podpora a rozvoj jazykových dovedností, pravidelné upevňování základního učiva, rozvoj logického myšlení a finanční gramotnosti, rozvoj prostorové představivosti a orientace, vedení ke zpětné kontrole a sebereflexi činnosti v hodinách, podpora sebevědomí dívky a v bezpečném prostředí i její samostatnosti, zadávání stručných a jednoduchých pokynů a ověření, zda jim studentka porozuměla, ponechání více času na osvojení učiva vyžadujícího přesné zapamatování pojmů, respektování aktuálního stavu pozornosti, zohlednění individuálního tempa práce a v neposlední řadě ocenění snahy a zájmu žáka, průběžná motivace a povzbuzení. Dále vhodné střídání učebních činností, důraz na pozitivní zpětnou vazbu, používání vhodných individuálních učebních textů, pracovních listů, obrazových materiálů a výukových programů, možnost kopírování a vlepování zápisů do sešitů. Klást otázky vedoucí k přemýšlení nad plněním úkolu, kontrola sešitů a práce v hodinách, kontrola domácí přípravy, možné konzultace a doučování. Návrh organizační formy vzdělávání: bez IVP.

Hodnocení studentky: klasifikační stupeň, pochvala za snahu, poskytnutí pozitivní zpětné vazby, respektování individuálního tempa. Využívat všech prvků hodnocení podporujících motivaci k učení.

4.2 Klára

Klára je šestnáctiletá dívka se speciálními vzdělávacími potřebami s potřebou podpůrných opatření 3. stupně. Aktuální úroveň rozumových schopností dívky leží pravděpodobně v pásmu podprůměru – výsledky jsou pouze orientační a velmi silně

ovlivněny úrovní spolupráce. Dle psychologického a psychiatrického vyšetření trpí poruchou opozičního vzdoru, úzkostmi a depresi.

Klářini rodiče spolu byli do dívčinych pěti let, poté se rozvedli. Otec se k matce choval agresivně, stejně tak ke Kláře i jejím dvěma starším sourozencům. Nyní žijí všechny děti pouze s matkou, ale v neuspokojivé finanční situaci a matka na ně téměř nemá čas. Klára se narodila v termínu, v dětství prodělala běžné dětské nemoci, zpočátku se vyvíjela se bez jakýchkoli zvláštností. Problémy se začaly objevovat v předškolním věku, kdy nespolupracovala s učitelkami v MŠ a odmítala poslouchat. Do 1. třídy nastoupila s ročním odkladem a od 2. třídy byla v péči pedagogicko-psychologické poradny. Byla jí doporučena medikace. Ve škole se střídaly stavy, kdy byla Klára pasivní a kdy naopak vyvolávala konflikty se spolužáky a provokovala. V třídě byla neoblíbená, spolužáci se báli jejích nepředvídatelných reakcí. Neustále vyrušovala, pokřikovala, házela věcmi, nevracela půjčené věci, byla verbálně agresivní. Později se dokonce nebála říkat si o peníze spolužákům. Do školy se nepřipravovala, nenosila pomůcky.

Dívka je uzavřená, časté jsou výkyvy nálad, verbální agresivita, výbuchy emocí, plačtivost, útky ze třídy, zvýšená úzkostnost, neschopnost prožívat radost. Lepší výsledky ve verbální části testu (až nadprůměr). Žádoucí je motivace dívky, spolu s negativismem má vliv na školní výsledky a úspěšnost ve škole. Přetrvávají zvláštnosti v sociálním chování (má omezené sociální dovednosti), jak ve vztahu k vrstevníkům, tak i dospělým osobám. Patrné jsou také vyhýbavé reakce, zranitelnost, citlivost a strach (kvůli negativním vzpomínkám na agresivního otce). Při přestupu do jiné školy potřebuje podporu ihned od začátku a to v mnoha oblastech – např. její pracovní tempo je nerovnoměrné a potřebuje tak sdílenou podporu a dohled druhé osoby při změnách v činnostech, při porozumění zadání úkolu (Klára si sama o pomoc neřekne). Nespolupráce často pramení z neporozumění situaci či úkolu (dívka přestane komunikovat). Je důležité předávat Kláře jakékoliv informace ohledně změn ve výuce a pomoci jí orientovat se v novém prostředí, s přechody mezi budovami, vysvětlit sociální situace v kolektivu, dbát na nepřetížení ve výuce a poskytnout možnost relaxace. Vstřícné a chápající klima ve třídě může ochotu spolupráce posílit.

Při vyšetření v SPC dívka spolupracovala a odpovídala na otázky. Negativismus se objevil v matematice, ale po rozfázování zadaného úkolu se jej snažila splnit. Vzhledem k

možnostem ve vzdělávání jí byla doporučena dvouletá praktická škola, kde bude mít menší kolektiv spolužáků, možnosti individuálního přístupu a posílení samostatnosti v samoobslužných dovednostech. Tento učební program by jí měl pomoci získat větší samostatnost nejen v péči o sebe sama, ale i o domácnost a zvládání dovedností potřebných v každodenním životě.

Dle sdělení školy má Klára zájem o kontakt s vrstevníky, ale je neoblíbená, v kolektivu stojí stranou, ostatní studentky se jí bojí. V období distanční výuky došlo ke zhoršení vztahů s jedinou kamarádkou, kterou měla mimo školu – málo se vídaly. Autoritě se podřídí velmi nerada. Ve škole je buď pasivní nebo naopak provokuje a vyrušuje. Neřekne si o pomoc, v nepříjemné situaci uteče. Nemluví o pocitech, při konfliktu se stáhne do sebe nebo uteče, objevují se nepřiměřené reakce. Lépe reaguje, pokud je učitelkou žena. Ve škole by dle svých slov nejraději hrála počítačové hry. Na změny v činnostech většinou reaguje odmítavě, nechce je ani vyzkoušet.

Metody a organizace výuky: individuální přístup, usměrňování pozornosti, navýšení času na práci ve všech předmětech, kontrola pochopení zadání, v písemných situacích podpora prvního kroku (ubezpečení se, že porozuměla zadání), využití názorných materiálů, efektivní relaxace. Nenásilnou formou Kláře pomáhat zařadit se do kolektivu studentek ve třídě, nenutit ji do vztahů, vztahy budovat na základě spolupráce ve skupině, pomoc při vysvětlování sociálních situací, posilovat správné vzorce chování
Návrh organizační formy vzdělávání: bez IVP.

Hodnocení studentky: kontrolovat porozumění zadání, navýšit čas na práci, omezit zadávání časově limitovaných úkolů. Oceňovat snahu a dílčí části dobře splněných úkolů. Při hodnocení zohledňovat specifika vycházející ze základní diagnózy. Nekárat, využívat klidný a vlídný hlas. Pedagogové by měli mít na paměti, jak traumatizujícími zážitky si Klára prošla (neznamená to, že by měli její přestupky omlouvat, ale chápat její reakce).

4.3 Denisa

Osmnáctiletá dívka se speciálními vzdělávacími potřebami s potřebou podpůrných opatření 4. stupně. Byl jí diagnostikován dětský autismus, ADHD, aktuální úroveň rozumových schopností dívky odpovídá pásmu lehkého mentálního postižení. Vážnou především verbální dovednosti, schopnost myslet v souvislostech, hledat vnitřní vztahy mezi objekty a generalizovat. Přetrvávají specifika v oblasti komunikace a sociálního chování, snížená adaptabilita a flexibilita myšlení.

Jediné, co je u Denisy známo z rodinné anamnézy je, že se narodila do úplné rodiny, a že má ještě další dva sourozence – starší sestru a mladšího bratra. Údaje z perinatálního období, raného dětství, předškolního a mladšího školního věku nejsou známy. Matka uváděla pokaždé velké množství různorodých informací, neodpovídajících realitě, nelze je tedy brát jako věrohodné. Z komunikace s matkou je patrné, že rodina má jiné priority než je vzdělání, děti si pravděpodobně dělají, co chtějí, do školy se nepřipravují.

Ve třídě je poměrně dobře adaptována, vyhovuje jí malý kolektiv vrstevníků i postupy uplatňované při práci se studenty se speciálními vzdělávacími potřebami. Pracuje pod dohledem asistenta pedagoga. Specifické projevy primární diagnózy jsou znatelné ve všech oblastech autistické triády a ovlivňují celý vzdělávací proces. Oslabena je adaptabilita dívky, sociálně-komunikační dovednosti, je snížena úroveň receptivní i expresivní složky řeči, přetrvávají specifika v oblasti sociálního chování a zájmů, ritualizace zájmů. Školní výkon je dále ovlivněn pomalejším pracovním tempem, vyšší unavitelností, snadnou odklonitelností pozornosti a sníženou flexibilitou myšlení. V chování se objevují emoční výbuchy, které se ale obvykle po důraznějším napomenutí zklidní. Občasné konflikty se spolužačkami. Výkony ve školní práci závisí na aktuálním psychickém stavu Denisy. Často používá různé pohyby se sexuální podtextem, nechápe jejich nevhodnost, svléká si oblečení. Pedagogům běžně tyká, po napomenutí se omluví, opraví se, ale význam nechápe. Má problém s uznáváním autorit, vcelku respektuje učitele, ale asistenta pedagoga již ne. Nenosí školní pomůcky, učebnice ani sešity, často zapomíná.

Metody a organizace výuky: vysoce individualizovaný přístup ke studentce, snížení počtu studentek ve třídě, podpora asistenta pedagoga. Důležitá je stálá psychická podpora a

pomoc v zátěžových situacích. Vycházet z principů strukturovaného učení, které respektují osobnostní zvláštnosti i specifický kognitivní styl osob s PAS. Ve výuce je vhodné hojně využívat principů vizualizace a strukturalizace, ověřovat, zda Denisa rozumí významu jednotlivých pojmů a instrukcí. Respektovat její pracovní tempo. Pokračovat v rozvoji sociálně-komunikačních dovedností s důrazem na funkčnost verbálního vyjadřování, poskytovat dívce podporu při navazování kontaktu se spolužačkami. Podporovat samostatnost, budovat dívčinu sebedůvěru. Důraz klást na individuální přístup, vizualizaci (vizuálně označit a zajistit orientaci v časoprostoru – např. vizualizovaný rozvrh hodin, upravené pracovní listy, přehledy, nákresy apod.), strukturalizaci (zajistit předvídatelnost v časoprostoru – strukturovat dobu vyučování, pracovní místo, jednotlivé činnosti, úkoly...), motivaci (pracovat s formativním hodnocením, dávat studentce zpětnou vazbu, co se jí v hodině podařilo a v čem by se naopak mohla zlepšit, pro podporu spolupráce při méně oblíbených činnostech využívat žetonový motivační systém), metodu přiměřenosti (respektovat rozdílnou vývojovou úroveň Denisy v různých oblastech, přizpůsobit vyučování aktuálnímu psychickému stavu studentky, unavitelnosti a schopnosti udržet pozornost, respektovat její pracovní tempo), metodu postupných kroků (stanovit si reálné cíle, kterých je třeba dosahovat systematicky prostřednictvím dílčích cílů), metodu zpevňování (zpevňovat odměnou, pochvalou, podpořit přiměřené chování, posilovat správné vzorce chování) a metodu povzbuzování (posilovat pozitivní reakce a aktivitu, průběžně studentku chválit a povzbuzovat, povzbuzením pomoci překonat případný neúspěch dívky). Návrh organizační formy vzdělávání: s IVP.

Hodnocení studentky: práci Denisy je nutné hodnotit vždy v kontextu deficitů spojených s diagnostikovanými obtížemi ve vzdělávání. Jako motivační činitel je vhodné hojně využívat formativního hodnocení ve výuce, průběžné pozitivní hodnocení, chválení za dobře odvedenou práci, oceňování dílčích úspěchů. Při neúspěchu nabídnout pomoc, povzbudit, pochválit i za snahu. Pozitivní atmosféru využít k podpoře spolupráce, získání zpětné vazby o výkonu studentky. Takové hodnocení by mělo studentku motivovat k další práci, zároveň by mělo být objektivní a odrážet její aktuální úroveň dovedností a vědomostí.

4.4 Barbora

Osmnáctiletá dívka se speciálními vzdělávacími potřebami s potřebou podpůrných opatření 3. stupně z důvodu lehkého mentálního postižení, cerebrálního gigantismu (Sotosův syndrom) a ADHD.

Barbora se narodila do úplné rodiny, oba rodiče jsou vysokoškolsky vzdělaní. Z rodinné anamnézy byla zjištěna pouze pylová alergie otce, v případě dívky došlo k mutaci de novo. Porod dítěte proběhl bez komplikací v termínu. Vyšší hmotnost novorozence (4210 g, 56 cm). Poporodní adaptace dobrá. Ve věku šesti měsíců jí byl zjištěn opožděný psychomotorický vývoj, stigmatizace zatím ještě nejasné etiologie. Akcelerovaný postnatální růst, urychlený kostní věk, drobná cysta jater. Dle opakovaných neurologických vyšetření v prvních čtyřech letech života patrný zvýšený tonus horních i dolních končetin, pomalá a neobratná motorika, lehce asymetrické postranní komory mozku. Malá potřeba spánku, hyperaktivita. Dívka nemluví, při chůzi zakopává, neudrží hygienu, trpí mírnou nadváhou. Nápadná facies v podobě mikromandibuly a prominujícího klenutého čela, hlava megaloccephalická, antimongoloidní postavení očních štěrbin. Ve čtyřech letech se u Báry objevuje *pavor nocturnus*, je plačtivá, brání se vyšetření, nespolupracuje. Dyslálie (dívka byla v péči logopeda, kde ale byla péče ukončena). Dozadu posunutá hranice vlasů.

Barbora navštěvovala mateřskou školu speciální. Povinnou školní docházku na základní škole zahájila s ročním odkladem v programu RVP ZV, 1. ročník opakovala.

Studentka je až na výjimky (plačtivost) pozitivně naladěná, většinou ochotně navazuje kontakt i spolupráci. Snaží se o dobré výsledky, k práci je motivovaná. Pracovní tempo je velmi pomalé, s přibývajícím časem narůstá únava, dívka se protahuje, ale vždy se poměrně rychle vrátí k práci. Pozornost udržuje bez větších problémů i přes výrazný motorický neklid. Při nejasnostech se doptává. Práci si pro sebe komentuje a utvrzuje se o správnosti. Aktuální intelektový výkon je v pásmu lehké mentální retardace. Profil jednotlivých složek je nevyrovnaný. Bára dosahuje velmi dobrých výsledků např. při určování důležitých chybějících částí na obrázcích. Naopak výrazné problémy se objevují v počtech a v rámci sociálního porozumění. Bára i přes svůj velký vzrůst působí mladším dojmem, je naivní a velmi důvěřivá.

Barbora je dle sdělení školy snaživá, pilná, ochotná se učit, její tempo je však velmi pomalé, má větší chybovost a je třeba ji neustále poskytovat podporu a sledovat její práci. V českém jazyce zvládá učivo s upravenými výstupy. V matematice se snaží, ale osvojené učivo rychle zapomíná, pracuje s dopomocí, často je potřeba se k probranému učivu vracet.

Z vyšetření v SPC vyplývá, že dívka píše levou rukou, písmo je velké a čitelné. S drobnou dopomocí většinou správně určuje rod, číslo, pád a vzor u podstatných jmen i základní skladební dvojice ve větách. Chybuje v psaní i/y a ve shodě přísudku s podmětem. Diktát napíše s několika chybami, diakritická znaménka většinou doplní až při kontrolním čtení. Souvislý text je schopna přečíst s občasnými chybami, porozumí mu částečně. Pracuje v oboru do miliónu, má problémy při psaní čísel vyšších řádů podle diktátu. Zná postupy pro paměťové i písemné sčítání, odčítání, násobení a dělení, při výpočtech dělá numerické chyby. Malou násobilku nemá osvojenou, používá tabulku násobků.

Metody a organizace výuky: přiměřené dávkování úkolů, vhodné střídání činností a aktivit s pauzami na relaxaci, zohledňování zdravotního i psychického stavu studentky, zohledňování individuálních potřeb. Dle potřeby úprava pracovního prostředí a pracovního místa. Rozvíjení čtenářských dovedností, kromě techniky zaměření i na porozumění. Při upevňování učiva se zaměřit zejména na učivo s návazností a významem pro běžný život. Návrh organizační formy vzdělávání: bez IVP.

4.5 Veronika

Veronika je dvacetiletá dívka se speciálními vzdělávacími potřebami s potřebou podpůrných opatření 3. stupně, s opožděným vývojem a aktuálním kognitivním výkonem na rozhraní lehké a středně těžké mentální retardace. Její vzdělávání je dále znesnadněno celkovým oslabením centrální nervové soustavy, celková využitelnost mentální kapacity spadá spíše do oblasti středně těžké mentální retardace.

Veronika se narodila jako jediné dítě do úplné rodiny, matka je vyučená a otec středoškolsky vzdělaný. Porod matky byl v termínu, ale komplikovaný, protražovaný, došlo k

asfyxii plodu. Dívka od tří let navštěvovala MŠ speciální, do 1. třídy speciální ZŠ nastoupila s ročním odkladem.

Dívka má výrazně pomalé pracovní tempo a trpí poruchou paměťového vstřípení. Projevuje se u ní nižší odolnost proti zátěži, při přetížení se objevují záchvaty vzteky až agresivní chování. Postupně s věkem se zlepšují její sociální kompetence a je viditelné zklidnění a ochota k interakci. Dobře spolupracuje s autoritami, poslouchá pokyny a reaguje na ně.

Po známé trase je schopná se pohybovat samostatně, pokud je zajištěna její bezpečnost. Sama správně nevyhodnotí potenciální nebezpečí, proto musí přecházet pouze na vyznačených přechodech pro chodce. Zapamatuje si krátký nákupní seznam, sama nakoupí a přinese účet. V peněžích se orientuje jen orientačně, rozlišuje jen výrazné rozdíly v nominálních hodnotách.

Veronika má omezené komunikační schopnosti a mírnou nechuť k verbálnímu vyjadřování. Mluví málo, odpovídá jednoslovně nebo útržkovitě. Ke komunikaci musí být pobízena a motivována. Čte slabiky, aktivně se orientuje v číselném oboru do deseti. Je snadno unavitelná a v případě přetížení neadekvátně reaguje – je plačtivá, neurotická, objevují se výbuchy vzteku, kdy křičí a hází předměty.

Metody a organizace výuky: motivovat Veroniku pochvalou a možností zapojení do aktivit, které sama preferuje. Propojovat učivo s praktickým životem se zdůrazněním jeho využitelnosti, nacvičovat pracovní činnosti v rámci rozvrhu. Využívat znázornění čísel pomocí reálií, které má Veronika zafixované z praktického života, a které jí mohou pomoci se v číselném systému lépe orientovat. Rozfázovat úkoly na jednotlivé kroky, které dívka lépe pochopí a samostatně zpracuje (postupně dívku jen rámcově vést a nechat ji se osamostatňovat). Respektovat pomalejší tempo práce studentky, neprobírat novou látku, dokud si zcela neosvojí stávající učivo. Návrh organizační formy vzdělávání: bez IVP.

Hodnocení studentky: Veronika potřebuje motivačně zaměřené hodnocení. Potřebuje získat pocit sebedůvěry, věřit svému výkonu. Je proto třeba stavět hodnocení pozitivně na tom, co již dívka zvládla. Hodnocení by mělo probíhat již během činnosti, ale postupně je třeba hodnotící provázení opouštět a hodnotit až po ukončení činnosti.

4.6 Jana

Devatenáctiletá dívka se speciálními vzdělávacími potřebami s potřebou podpůrných opatření 3. stupně z důvodu lehkého mentálního postižení a poruch pozornosti s hyperaktivitou.

Jana pochází z úplné rodiny, oba rodiče jsou zaměstnání. Má ještě dva mladší bratry. Těhotenství matky bylo plánované, porod předčasný v sedmém měsíci s nízkou hmotností novorozence (1760 g). Jana byla 45 dní umístěna v inkubátoru. Vzhledem k situaci se vyvíjela poměrně dobře, ale od počátku byla patrná výrazná aktivita, pohyblivost, plačtivost a nespavost. V batolecím období se přidala zvýšená úrazovost, nesoustředěnost na hru, agresivita, problémy s usínáním přetrvávaly.

V mateřské škole si Jana nedokázala sama hrát, házela kolem sebe hračkami nebo je ničila, vyžadovala neustálou pozornost učitelek. Byla vzdorovitá a negativistická s častými afektivními výbuchy. V předškolním věku se dívka vyvíjela nerovnoměrně, opožďoval se vývoj řeči, motoriky, nezralost v sociální oblasti. Proto jí byla o jeden rok odložena školní docházka. V průběhu povinné školní docházky se u Jany nadále projevovaly problémy v chování, nerespektovala pravidla ani autoritu. Projevovaly se typické symptomy ADHD, jako porucha pozornosti, impulzivita a psychomotorický neklid (stále si s něčím hrála), vyrušovala ostatní. Běžné byly výkyvy nálad, jeden den je veselá a aktivní, následující den nespolupracující a apatická. Již v 1. třídě proto třídní učitelka rodičům Jany doporučila návštěvu pedagogicko-psychologické poradny, kde jí bylo diagnostikováno ADHD a doporučeno vyšetření na neurologii. Také neurolog potvrdil diagnózu psychologa a doporučil Janě medikaci.

Při studiu na střední škole u dívky nadále přetrvávají výkyvy nálad, střídá se pozitivní naladění se vzdorovitostí, negativismem a neochotou spolupracovat. Obtížně se koncentruje, ve školní práci zvýšená chybovost, zapomíná pomůcky, je zvýšeně unavitelná. Mezi spolužačkami je kvůli nepředvídatelnému chování, vyžadování pozornosti a neustálému vyrušování neoblíbená.

Metody a organizace výuky: pro dívku je důležitá především atmosféra porozumění a spolupráce, potřebuje klidné prostředí a trpělivý přístup. Povzbuzovat a motivovat pochvalou

a možností zapojení do aktivit, které sama preferuje. Chválit nejen to, co se dívce podařilo, ale ocenit i snahu, aby Jana měla možnost zažít pocity úspěchu. Pro lepší porozumění okolí je nezbytný pravidelný režim, srozumitelná a jasně daná pravidla pomáhají v orientaci nejen při výuce, ale i v životě. Učení nejen látky, ale také pravidel slušného chování, jasné vymezení toho, co je a není přijatelné. Jasně a spravedlivě stanovit důsledky nežádoucího chování. Školní práci rozdělit do kratších časových úseků s pauzami na relaxaci, adekvátně střídát činnosti. Návrh organizační formy vzdělávání: bez IVP.

Hodnocení studentky: důležité je průběžně hodnotit dílčí pokroky a úspěchy, které Jana zvládla. Hodnotit kvalitu výsledků práce a intenzitu snažení, poskytnout pozitivní zpětnou vazbu.

4.7 Michaela

Devatenáctiletá dívka se speciálními vzdělávacími potřebami s potřebou podpůrných opatření 3. stupně z důvodu lehkého mentálního postižení a dlouhodobých závažných poruch chování (odborným lékařem diagnostikovaný ADHD syndrom).

Michaela žije s matkou, otčímem a bratrem. S biologickým otcem není v kontaktu, nejeví o dceru zájem. Dívka se narodila v 8. měsíci (2650 g), měla dvakrát omotanou pupeční šňůru kolem krku a silnou novorozeneckou žloutenku.

V období raného dětství dobře spávala, měla urychlený psychomotorický vývoj, brzy mluvila. S nástupem chůze se výrazně zrychlovala, stále běhala, málo spala. Po 1. roce života byla často léčena antibiotiky.

Při vstupu do MŠ byl Michaele doporučen asistent pedagoga. Od čtyř let navštěvovala soukromou MŠ, kde však došlo k nepochopení problematiky ze strany pedagoga. Následně ji matka přihlásila do Montessori MŠ. Zde byla Michaela spokojená a byl jí doporučen odklad školní docházky o jeden rok. 1. a 2. třídu absolvovala v běžné základní škole ve třídě, kde mělo podpůrná opatření více dětí, přesto měla postavení „té divné“. Sama si uvědomovala jinakost a reagovala depresivně. Lékařka jí předepsala Bitinex, který účinkoval ihned (přestala pobíhat, byla schopna dokončit méně náročné úkoly). Od 3. třídy přestoupila na školu

zaměřenou na vzdělávání dětí s ADHD a poruchami chování. Zde navštěvovala třídu se šesti žáky (díky přítomnosti žáků s PAS) a neustálou přítomností asistenta pedagoga. Objevují se obtíže psychického rázu, dívka je velmi impulzivní ve vztazích, uzavřená, nemá mnoho kamarádů. Bývá smutná, cítí se nešťastná. Postupně se projevují výbušné reakce (doma není výrazně agresivní), špatně jí, okusuje si nehty, vyžaduje pomoc, je drzá k dospělým, prosazuje svou vůli, obtěžuje děti, je neklidná, impulzivní, nedokončuje činnost, nechce plnit povinnosti a domácí úkoly. Při afektech vybíhá ze třídy (po afektu se sama vrací), vulgárně se vyjadřuje, je agresivní vůči věcem a vzácně i k lidem.

Při studiu na střední škole u Michaely nadále přetrvávají výkyvy nálad, negativně reaguje na každou změnu. Po nastavení přísnějších pravidel a pozitivní motivace studentek je znatelné zklidnění. I když některé problematické projevy přetrvávají, dá se s dívkou domluvit na řešení a je na ní vidět snaha o dobré chování. Všichni pedagogové Michaelu chválí, že se její chování zlepšilo (i když stále přetrvává časté zapomínání pomůcek, vyrušování v hodině, snaha upoutávat pozornost nebo nevhodné chování k vyučujícím).

Metody a organizace výuky: individualizace výuky (pod vedením vyučujícího nebo asistenta pedagoga), ve všech předmětech zadávat jasné a stručné informace, poskytovat dostatek času na plnění úkolů, zaměřovat se na multisenzoriální přístup, volit adekvátní míru stimulace (aby nedocházelo k přetěžování studentky a aby byl zároveň zajištěn dostatečný přísun podnětů), střídat individuální a skupinovou práci, střídat aktivity během hodiny, nenechávat přepisovat delší texty, krátit písemné úkoly, klást důraz na porozumění textu, respektovat psychomotorické tempo, zařazovat relaxační techniky (v minulosti se u dívky osvědčila metoda Snoezelen), častá pozitivní zpětná vazba a motivace, častější ověřování porozumění úkolům a zadání, podporovat aktivity, ve kterých dívka vyniká, zaměřit se na opakování a procvičování základů učiva, složitější úkoly rozložit do několika celků. Nepřetěžovat, upřednostňovat kvalitu před kvantitou, míru zátěže přizpůsobovat aktuálnímu stavu studentky. Návrh organizační formy vzdělávání: bez IVP.

Hodnocení studentky: opravovat specifické chyby, ale nezahrnovat je do celkové klasifikace. Často poskytovat pozitivní zpětnou vazbu.

4.8 Šarlota

Dvacetiletá dívka se speciálními vzdělávacími potřebami s potřebou podpůrných opatření 4. stupně z důvodu lehkého mentálního postižení, Aspergerova syndromu a těžkého ADHD.

Šarlota nejprve vyrůstala v úplné rodině, ale rodiče se rozvedli, když byly dívce čtyři roky. Matka pracuje jako kuchařka v restauraci na poloviční úvazek, má bolesti ruky a pravidelně užívá antidepresivum Escitalopram. Otec pracuje jako zedník a je zdravý. Šarlota má polovlastního bratra ze strany matky, staršího o 10 let, samotářského, s podezřením na obsedantně kompulzivní poruchu (časté mytí). Těhotenství matky se Šarlotou bylo plánované, porod vyvolávaný a protrahovaný, novorozenec musel být kříšen.

Finanční situace rodiny je špatná, matka je v insolvenci kvůli dluhům po manželovi.

Dívka se od raného věku rychle psychomotoricky vyvíjela. V dětství neprodělala žádná vážnější onemocnění, častěji ale trpěla bronchitidami. Byl jí předepsán Ritalin (dávkování 1+1/2-1-0, matka jí omylem dávala 1-1+1/2-0). Kvůli afektivním záchvatům podstoupila neurologické vyšetření – epigeneze nezjištěna. Psychologická vyšetření potvrdila syndrom ADHD těžkého stupně a podezření na PAS k došetření. Patrná emoční retardace, plačtivost, infantilnost. Nesnášenlivost změn, nespolupráce, Ritalin účinkuje jen částečně. Šarlotě byla doporučena hospitalizace na psychiatrii, tu však její matka odmítla.

Šarlota od svých deseti měsíců navštěvovala jesle, kde vše probíhalo v pořádku. Problémy s chováním a nevladatelnost začaly v MŠ. Byl jí doporučen odklad povinné školní docházky o jeden rok. 1. třídu dívka absolvovala v běžné ZŠ, kde se projevovala vztekle a agresivně. S učením neměla obtíže, ale problémem bylo udržení pozornosti a vhodného chování – matka jí nejprve sama dělala osobní asistentku, poté dostala asistenta, který ji nezvládal. Šarlota opakovala 1. třídu a po zbytek základní školní docházky jí byl doporučen plán speciální ZŠ pro děti s ADHD s asistentem. Kamarády ve škole neměla žádné, mimo školu občas někoho, přátelé se rychle střídali. Trvaly běžné projevy ADHD, psychomotorický neklid, nepozornost, hlučnost, negativismus, výkyvy nálad, obtěžující chování, které se po medikaci Ritalinem jen částečně zlepšily. Problematické byly zejména koncové hodiny. Ve škole byla velkou přítěží nespolupráce až agresivita. Dívka nejezdila na žádné školní akce, z

družiny byla vyloučena. Vhodná je podpora a chválení pozitivního chování a ignorace drobného negativního chování, vysvětlování pravidel chování, osvědčil se nastavený systém odměn – barevné karty. Ke zvažení docházka do střediska výchovné péče (dále SVP). Podezření na projev Aspergerova syndromu, který se následně potvrdil.

Následně ze speciálně-pedagogického vyšetření v SPC vyplynulo, že specifické projevy primární diagnózy jsou znatelné ve všech oblastech autistické triády, významně je snížena adaptabilita dívky, objevují se výrazné obtíže v oblasti sociálně-komunikační, studentka špatně odhaduje adekvátní komunikační strategie, ve vztahu se spolužáky je časté i neadekvátní navazování kontaktu, emoční reakce jsou nevyzrálé, znatelná emoční labilita, snížená frustrační tolerance, negativismus. Afektivní stavy se daří medikací zklidňovat. Oslabena je receptivní složka řeči, objevují se stereotypie v oblasti zájmů. Školní výkon je ovlivněn sníženou úrovní pracovních návyků, výrazným kolísáním koncentrace pozornosti, celkově pomalejším pracovním tempem a vyšší unavitelností. Nezbytná je zvýšená motivace k činnosti, častější aktivizace, povzbuzení, pochvala, důsledné a zároveň citlivé vedení k činnosti, zohledňování aktuálního psychického rozpoložení dívky.

Při studiu na střední škole dívka potřebuje stálou péči asistenta pedagoga. Je vidět, že se snaží, nemá velké problémy s učivem. Prospívá jí také domácí příprava. V českém jazyce jsou znatelné mezery v psaném a někdy i mluveném projevu (slovosled, gramatická pravidla, velká a malá písmena...). Šikovná je v odborných předmětech. Práci se studentkou však znepříjemňuje její negativistický přístup. Často si během dne ztěžuje, neadekvátně reaguje na napomenutí nebo neúspěch. Jinak ale krizové situace zvládá čím dál lépe, s mnohem větším klidem a spíš se stáhne, než aby se rozzlobila. Velmi dobře na ni funguje pozitivní hodnocení a motivace. Během dne je zvýšeně unavitelná, zejména na konci vyučování (5. vyučovací hodina bývá kritická). V oblasti emoční a sociální přetrvává nevyzrálost. S Šarlotou je třeba jednat klidným, ale jednoznačným způsobem. Pokyny sdělovat jasně, stručně, nezahlcovat ji, jasně vymezit hranice, podporovat, motivovat. Důležité je navázání vztahu se studentkou, navození prostředí bezpečí a důvěry, ubezpečení, že dívka může za pedagogem kdykoliv přijít pro pomoc. Podporovat ji v rozvoji schopností vyjadřovat své pocity, prožitky, potřeby. Pomáhat budovat reálné sebehodnocení dívky.

Metody a organizace výuky: poskytovat individualizovaný přístup, zohledňovat individuální potřeby, uplatňovat principy vycházející z metodiky strukturovaného učení respektující specifický kognitivní styl i osobnostní zvláštnosti osob s PAS, zachovávat předvídatelný režim. V rámci prevence problémového chování postupovat vždy podle předem daných a jednoznačných pravidel, v kolektivu pedagogů zachovávat jednotnost výchovného působení. Pracovat na rozvoji sociálně-komunikačních dovedností studentky, podporovat ji v rozvoji sociálních vazeb a začleňování se do kolektivních aktivit vyžadujících vzájemnou kooperaci, podporovat samostatnost a sebedůvěru. Upravovat prostředí, vytvářet vhodné individuálně přizpůsobené pomůcky, užívat jednoduché verbální instrukce, ověřovat porozumění zadání. Zaměřovat se na rozvoj funkčních kontaktů ve vrstevnické skupině a nácvik přiměřeného chování a uplatňování odpovídajících vzorů chování a komunikace. Utužovat dívku v přijetí neúspěchu, respektovat však její reálné možnosti. K nácviku sociálních dovedností lze využívat vizualizované sociální scénáře, přehledy pravidel chování nebo např. vlastní pocity. Důraz klást na vizualizaci (vizuálně označovat a zajišťovat orientaci v čase a prostoru – např. vizualizovaný rozvrh hodin, strukturované pracovní listy, barevná označení, krabičky nebo šanony na jednotlivé úkoly apod.), strukturalizaci (zajistit předvídatelnost v čase a prostoru – strukturovat dobu vyučování, pracovní místo, jednotlivé činnosti, úkoly...), motivaci (využívat kladnou motivaci, oceňovat každý úspěch, vyzdvihovat pozitivní reakce), metodu přiměřenosti (respektovat rozdílnou vývojovou úroveň Šarloty v různých oblastech, přizpůsobit vyučování aktuálnímu psychickému stavu studentky, unavitelnosti a schopnosti udržet pozornost, respektovat její pracovní tempo), metodu postupných kroků (stanovit si reálné cíle, kterých je třeba dosahovat systematicky prostřednictvím dílčích cílů) a metodu zpevňování (zpevňovat odměnou, oceněním, pochvalou, podpořit přiměřené chování, posilovat správné vzorce chování). Návrh organizační formy vzdělávání: bez IVP.

Hodnocení studentky: práci je nutné hodnotit vždy v kontextu deficitů spojených s diagnostikovanými obtížemi ve vzdělávání. Při písemném opakování a písemných pracích se soustředit pouze na hodnocení probíraného jevu, nikoli na hodnocení práce jako takové. Pokud studentka neobstojí při písemném zkoušení, je vhodné ji přezkoušet ústně, aby bylo jasné, že látku pochopila a rozumí jí. Při ústním zkoušení je vhodné zkoušet v krátkých blocích, formulovat krátké a jasné otázky, počítat s latencí odpovědí. Využívat průběžné

formativní hodnocení, oceňovat dílčí úspěchy, při neúspěchu nabídnout pomoc, povzbudit, pochválit za snahu. Budovat schopnost reálného sebehodnocení studentky.

4.9 Shrnutí projevů náročného a problémového chování dívek se sníženou kognitivní schopností

Z výše uvedených příběhů vyplývá, že mezi nejčastější projevy náročného a problémového chování dívek se sníženou kognitivní schopností (na úrovni lehkého a středně těžkého mentálního postižení) patří následující:

- verbální a fyzická agresivita (používání vulgárních slov, agresivita vůči spolužačkám)
- emoční a afektivní nevyrovnanost (výbuchy emocí, záchvaty vzteku, impulzivita, výkyvy nálad, plačtivost, úzkostnost)
- negativismus
- vzdorovitost
- nerespektování autorit
- vyrušování při výuce (pokřikování, vydávání různých zvuků, házení předmětů)
- neochota spolupracovat
- provokování
- nadměrné upoutávání pozornosti nebo vyžadování neustálé pozornosti
- problémy s udržením pozornosti
- psychomotorický neklid
- oslabená adaptabilita – nesnášenlivost změn
- nechut' k verbálnímu vyjadřování
- útéky ze třídy/školy

- nenošení pomůcek, sešitů, učebnic
- nevracení půjčených věcí, drobné krádeže
- lhaní

4.10 Rozbor výzkumných otázek respondentů

Analýza a interpretace dat je uvedena podle pořadí otázek, které byly pokládány respondentům 1-6 (odpovědi na otázky viz příloha č. 2).

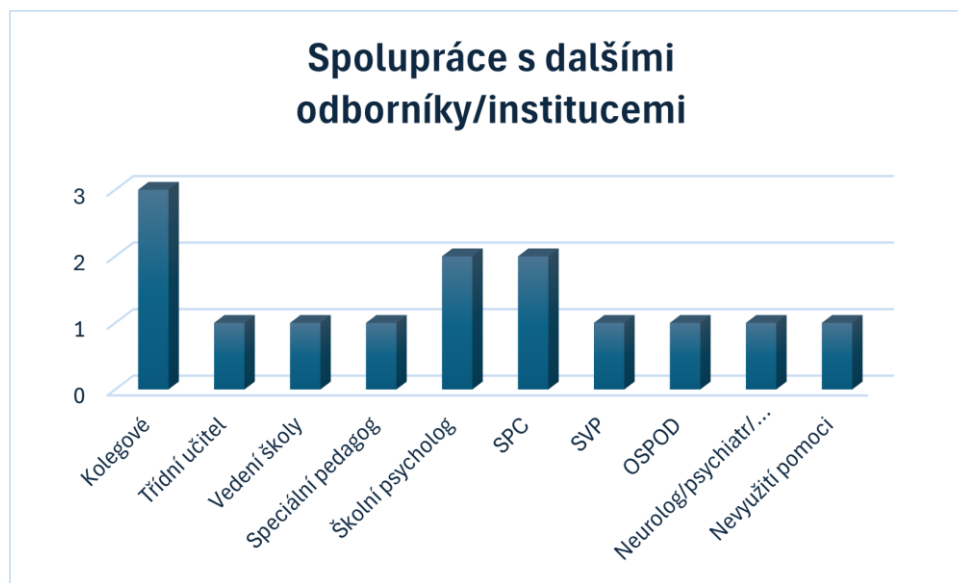
- **Ovlivňuje Váš přístup ke studentkám jejich diagnóza?**

Na otázku, zda u respondentů hraje roli v přístupu ke studentkám jejich diagnóza, odpověděli jednoznačně všichni dotazovaní, že ano. Respektují diagnózy dívek a snaží se jim přizpůsobit metody a organizace výuky. Téměř všichni dotazovaní zmiňují především individuální přístup ke studentkám, protože každá má zcela jiné příznaky, projevy chování a s tím související potřeby. Jako důležité také považují dozvědět se o diagnóze co nejvíc, aby mohli zvolit správnou vzdělávací cestu.

- **Zohledňujete diagnózu při hodnocení studentek?**

I na otázku, zda respondenti berou v potaz diagnózu studentek při jejich hodnocení, odpověděli všichni dotazovaní, že ano. Všichni se shodli, že dívky motivují chválou, pozitivně hodnotí i dílčí úspěchy, snahu bez ohledu na výsledek. Stejně tak je podporují i při neúspěchu. Nikdy mezi sebou dívky nesrovnávají, aby ještě víc nesnížili jejich sebehodnocení. Většina pedagogů upřednostňuje slovní hodnocení, někteří kombinaci slovního hodnocení se známkami. Jeden z respondentů zmiňuje, že neúspěšné práce studentkám neznámkuje, aby je nedemotivoval. Další dotazovaný se dívkám snaží individuálně zadávat takové úkoly, jaké konkrétní dívky jdou a baví ji, aby každá z nich měla možnost alespoň občas zažít pocit úspěchu.

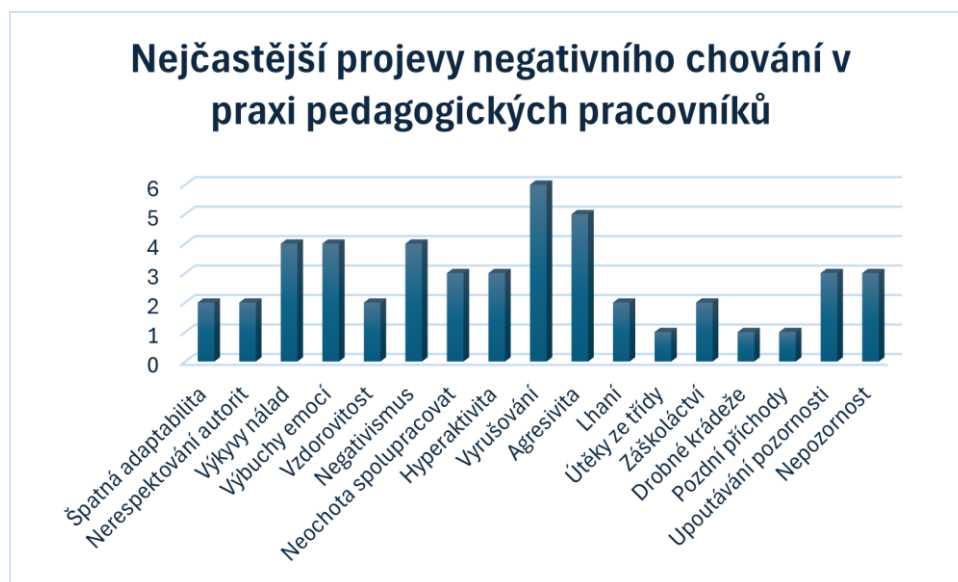
- **Spolupracujete s dalšími odborníky/institucemi?**



Obr. č. 1: Spolupráce s dalšími odborníky/institucemi

Na otázku spolupráce s dalšími odborníky a institucemi uvedla většina dotazovaných, že si pro radu běžně chodí ke kolegům. Často také zaznívala školní psycholožka a školní speciální pedagožka. Pouze jeden respondent uvedl, že se zatím na žádného odborníka nebo instituci s prosbou o pomoc či radu neobrátil. Dva respondenti zmínili, že již využili pomoci SPC a SVP. Jeden z respondentů také v případě potřeby kontaktuje OSPOD, další vyhledá lékaře specialistu (např. pediatra, psychiatra nebo neurologa). Respondent, který je na pozici asistenta pedagoga, konzultuje veškeré nejasnosti s třídním učitelem.

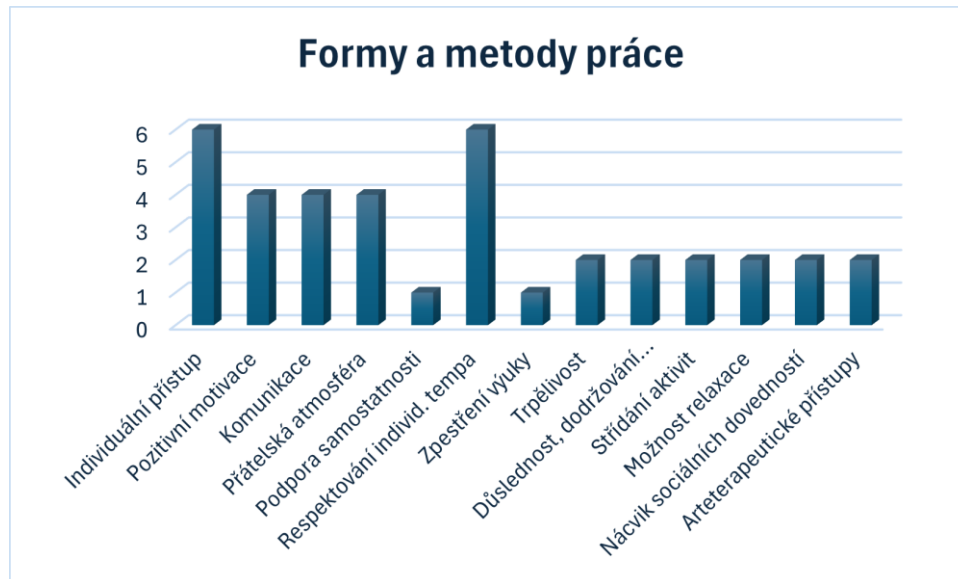
- S jakými projevy náročného/problémového chování studentů se ve své praxi nejčastěji setkáváte?



Obr. č. 2: Nejčastější projevy negativního chování v praxi pedagogických pracovníků

Na otázku nejčastějších projevů náročného a problémového chování, se kterými se respondenti ve své praxi setkávají, se všichni shodli na vyrušování (pod nějž je zahrnuto např. pokřikování v hodině či házení věcí). Pět dotazovaných negativně vnímá agresivitu (verbální s častým používáním vulgárních slov i fyzickou). Čtyři dotazovaní zmiňují výkyvy nálad, výbuchy emocí, negativismus. Tři dotazované ve výuce obtěžuje hyperaktivita a neklid, upoutávání pozornosti, nepozornost a neochota spolupracovat. Vzдорovitost, nerespektování autorit, problémy s adaptací, lhaní a záškoláctví vadí dvěma respondentům. Pouze jednomu respondentovi vadí krádeže a útěky ze třídy a pozdní příchody.

- **Které formy a metody práce se Vám v praxi nejvíce osvědčily při výuce studentek s oslabením kognitivního výkonu a problémovým chováním?**



Obr. č. 3: Formy a metody práce

Na dotaz, které formy a metody práce se respondentům nejvíce osvědčily v praxi, všichni dotazovaní jednoznačně uváděli individuální přístup a zohledňování individuálního tempa studentek. Čtyři dotazovaní uvedli význam pozitivní motivace, komunikace a přátelské atmosféry. Dva z dotazovaných zmínili trpělivost, důslednost a dodržování pravidel, potřebu střídání aktivit a možnost relaxace studentek, zohlednění aktuálního psychického a fyzického stavu dívek, jako přínosný vnímají nácvik sociálních dovedností a arteterapeutické přístupy. Jeden respondent uvádí jako důležitou podporu samostatnosti a různá zpeřtení výuky (např. jednoduchými pokusy nebo badatelsky orientovaným vyučováním).

5 ZÁVĚR

Diplomová práce na téma „Projevy náročného a problémového chování u studentek se sníženou kognitivní schopností (lehké a středně těžké mentální postižení)“ byla provedena na jedné ze středních praktických škol.

Teoretická část práce zahrnuje analýzu odborné literatury, vymezení pojmů a zpracování teoretických východisek.

Praktická část práce je tvořena průzkumným kvalitativním šetřením. Údaje o studentkách byly získány z dokumentů dívek, konkrétně ze zpráv z vyšetření ve speciálně pedagogickém centru. Bylo zjištěno, že mezi časté a negativní projevy patří zejména slovní (případně i fyzická) agresivita, emoční a afektivní nevyrovnanost (zejména záchvaty vzteku, výkyvy nálad, plačtivost, úzkostnost, impulzivita), negativistické a vzdorovité chování, odmítání respektovat autoritu učitele, vyrušování ve vyučovací hodině (např. vydávání zvuků, pokřikování, házení různými předměty), neochota spolupracovat, provokování, nadměrné upoutávání pozornosti, neschopnost udržet pozornost, psychomotorický neklid, nesnášenlivost změn, útoky ze třídy či školy, zanedbávání přípravy na vyučování (nenosení pomůcek, sešitů a učebnic do školy), nechuť k verbálnímu vyjadřování, lhaní a drobné krádeže.

Dále jsou součástí praktické části práce rozhovory s respondenty z řad pedagogických pracovníků. Bez ohledu na to, zda šlo o pozici učitele, speciálního pedagoga nebo asistenta pedagoga, se všichni jednoznačně shodli na nutnosti individuálního přístupu vůči dívkám. Jako podstatnou vidí diagnózu dívky, dozvědět se o dané diagnóze co nejvíc, aby vhodně zvolili vzdělávací metody a přístupy a mohli studentkám pomáhat. Dívky jsou pozitivně motivovány s cílem zvýšit jejich sebehodnocení, jsou chváleny i za dílčí úspěchy, aby měly motivaci do další školní práce a měly možnost zažít pocit úspěchu. Zároveň je pedagogové učí přijímat i neúspěch. Jako rušivé projevy chování ve vyučovacích hodinách vnímají pedagogičtí pracovníci zejména vyrušování (nejčastěji v podobě pokřikování, házení předmětů nebo vydávání různých zvuků), různé agresivní projevy (od verbální agrese, častého používání vulgarismů až po fyzickou agresivitu vůči spolužačkám), výkyvy nálad, negativismus, výbuchy zlosti, plačtivost a neochotu spolupracovat. Výuku jim znesnadňuje

také hyperaktivita některých studentek, problémy s udržením pozornosti, vzdorovité chování, snaha za každou cenu upoutat pozornost, nerespektování autority učitele, lhaní, záškoláctví a drobné krádeže.

Kromě již výše zmíněného individuálního přístupu k dívkám a jejich pozitivní motivace se pedagogickým pracovníkům osvědčilo s dívkami otevřeně komunikovat a vytvořit přátelskou atmosféru. Chovat se vlídně, klidně, trpělivě, ale důsledně (vyžadovat dodržování pravidel), respektovat jejich individuální tempo. Vždy je v praxi nutné zohledňovat aktuální stav studentky po psychické i fyzické stránce. Mnohé z dívek jsou zvýšeně unavitelné, proto je třeba myslet na střídání aktivit a dostatek prostoru pro možnost odpočinku a relaxace.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AGUIAR A., EUBIG P. A., SCHANTZ S. L., 2010: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Focused Overview for Children's Environmental Health Researchers. *Environmental Health Perspectives*, 118(12): 1646-1653.

ALLEN K. E., MAROTZ L. R., 2002: Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let. Praha: Portál, 192 s.

ANONYMOUS, 2023a: Zvládání náročného chování člověka s mentálním postižením. [online]. [cit. 28.12.2023]. Dostupné z: <https://propecujici.org/priprava-na-krizove-situace/zvladani-narocneho-chovani-cloveka-s-mentalnim-postizenim/>.

ANONYMOUS, 2023b: Co víme o poruchách chování? [online]. [cit. 29.12.2023]. Dostupné z: <https://www.speczs.cz/informace/poruchy-chovani>.

ANONYMOUS, 2024a: Kognitivní procesy. [online]. [cit. 2.2.2024]. Dostupné z: https://wikisofia.cz/wiki/Kognitivní_procesy.

ANONYMOUS, 2024b: Příčiny problémového chování ve škole. [online]. [cit. 21.2.2024]. Dostupné z: <https://www.podporainkluze.cz/wp-content/uploads/2020/01/priciny-problemoveho-chovani-ve-skole.pdf>.

AUGER M. T., BOUCHARLAT CH., 2005: Učitel a problémový žák: strategie pro řešení problémů. Praha: Portál, 121 s.

BARTOŇOVÁ M., PIPEKOVÁ J., VÍTKOVÁ M., 2008: Strategie ve vzdělávání žáků s mentálním postižením v odborném učilišti a na praktické škole. Brno: MSD, 147 s.

BARTOŇOVÁ M., VÍTKOVÁ M., PIPEKOVÁ J., 2005: Integrace handicapovaných na trhu práce v mezinárodní dimenzi. Brno: MSD, 201 s.

BLATNÝ M., PLHÁKOVÁ A., 2003: Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 150 s.

COOPER B.S., 1998: Skipping school for fun and profit. *American Outlook*, 27: 109-115.

COYONE S. M., 2016: Effects of viewing relational aggression on television on aggressive behavior in adolescents: A three-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 52(2): 284-285.

ČAPEK R., 2014: Odměny a tresty ve školní praxi: kázeňské strategie, zásady odměňování a trestání, hodnocení a klasifikace, podpora a motivace žáků. Praha: Grada, 186 s.

ČERMÁK I., HŘEBÍČKOVÁ M., MACEK P., 2003: Agrese, identita, osobnost. Brno, Tišnov: Sdružení SCAN, 315 s.

ČERNÁ M., 2009: Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha: Karolinum, 222 s.

DOLEJŠÍ M., 1978: K otázkám psychologie mentální retardace. Praha: Avicenum, 192 s.

DUDOVÁ I., MOHAPLOVÁ M., 2016: Poruchy autistického spektra – 1. díl. *Pediatric pro praxi*, 17(3): 151-153.

ELLIOTT J., PLACE M., 2002: Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie. Praha: Grada, 208 s.

FELCMANOVÁ L., HEČKOVÁ L., MYŠKOVÁ L. a kol., 2021: Přístupy k náročnému chování dětí a žáků ve školách a školských zařízeních a možnosti jeho řešení. Metodické doporučení. Česká školní inspekce, Praha, 71 s.

FISCHER S., ŠKODA J., 2008: Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Praha: Triton, 205 s.

FOORD L., 2023: Chování náročné na podporu u žáků s mentálním postižením a autismem. Diplomová práce. Praha, Univerzita Karlova, 124 s.

FONTANA D., 2014: Psychologie ve školní praxi. Praha: Portál, 384 s.

FRANIOK P., 2007: Vzdělávání osob s mentálním postižením. Ostrava, Ostravská univerzita, 140 s.

FRAZIER T. W., HARDAN A. Y., 2017: Equivalence of symptom dimensions in females and males with autism. *Autism*, 21(6): 749-759.

HABIBALLA L., 2008: Život s postižením v kazuistikách. Diplomová práce. Brno, Masarykova univerzita, 99 s.

HOLEČEK V., 2015: Psychologie v učitelské praxi. Praha: Grada, 224 s.

HORT V. a kol., 2000: Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, 492 s.

HUBLOVÁ P., 2020: Problémy v chování – porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), opoziční vzdorovité chování. [online]. [cit. 31.12.2023]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/22408/PROBLEMY/-V-CHOVANI-PORUCHA-POZORNOSTI-S-HYPERAKTIVITOU-ADHD-OPOZICNI-VZDOROVITE-CHOVANI.html>.

HUTYROVÁ M., RŮŽIČKA M., SPĚVÁČEK J., 2013: Prevence rizikového a problémového chování. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 95 s.

HUTYROVÁ M., SPĚVÁČEK J., BÍLKOVÁ Z. a kol., 2019: Děti a problémy v chování. Praha: Portál, 207 s.

HYNEK J., NAJMONOVÁ M., PROCHÁZKA M., 2019: Řešení nevhodného chování žáka v součinnosti se sociálním pedagogem. In J. Hroncová (Ed.), Socialita2019 „Quo vádis socialna pedagogika v 21. storočí?“ (s. 204-210). Banská Bystrica: Pedagogická fakulta Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici.

CHELLY J., KHELFAOUI M., FRANCIS F., CHÉRIF B., BIENVENU T., 2006: Genetics and pathophysiology of mental retardation. *European Journal of Human Genetics*, 14: 701-713.

IRA V., 2006: Speciální pedagogika – psychopedie. [online]. [cit. 9.2.2024]. Dostupné z: http://www.zsf.jcu.cz/studium/studijni-programy-obory-kurzy/podpurnestudijni-texty/rpb/kss/specialni_pedagogika_psychopedie-opora.pdf/.

JANKŮ, K., 2014: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením – vybraná základní témata. Ostrava, Ostravská univerzita v Ostravě, 69 s.

JAŘABÁČ I., 2018: Kontrakt (dohoda) jako předpoklad reedukace žáka s poruchou emocí a chování na základní škole. Ostrava: Montanex, 112 s.

JELÍNKOVÁ J., 2011: Problémové chování u osob s mentálním postižením a možnosti práce s těmito klienty při poskytování sociálních služeb. Bakalářská práce. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 85 s.

JESSOR R., 1991: Risk Behavior In Adolescence: A Psychosocial Framework For Understanding And Action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8): 597-605.

JUKLOVÁ K., 2010: Základy obecné psychologie. Hradec Králové: Gaudeamus, 56 s.

KEARNEY, A. J., 2020: Jak porozumět aplikované behaviorální analýze: úvod do ABA pro rodiče, učitele a další profesionály. Praha: Pasparta, 144 s.

KEOGH B., 2007: Temperament ve školní třídě. Praha: Grada, 172 s.

KLENKOVÁ J., 2006: Logopedie. Praha: Grada, 228 s.

KRAMER J. M., BOKHOVEN H., 2009: Genetic and epigenetic defects in mental retardation. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*, 41(1): 96-107.

KŘÍŽ J., 2004: Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 75 s.

KYSUČAN J., 1990: Psychopedie. Teorie výchovy mentálně retardovaných. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 82 s.

LIEPOLDOVÁ K., 2017: Příčiny problémového chování u dětí mladšího školního věku. Diplomová práce. Pardubice, Univerzita Pardubice, 105 s.

MAHELOVÁ L., 2021: Kazuistika jedince s etopedickými problémy. Závěrečná práce. Liberec, Technická univerzita v Liberci, 42 s.

MALÁ E., 2005: Agrese u dětí a adolescentů. *Psychiatrie pro praxi*, 1: 7-10.

MALLET CH. A., 2016: Truancy: It's Not About Skipping School. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33: 337-347.

MARTIN M., WALTMAN-GREENWOODOVÁ C., 1997: Jak řešit problémy dětí se školou: lexikon pro rodiče. Praha: Portál, 324 s.

MARTÍNEK Z., 2009: Agresivita a kriminalita školní mládeže. Praha: Grada Publishing, 152 s.

MASOPUSTOVÁ Z., 2015: Negativismus, agresivita a vzdor u dítěte s ADHD: Sborník z Konference Dítě s ADHD, 2015, Brno, Projekt prohlubování klíčových kompetencí pedagogů a jiných odborníků a rodičů; jako podpora úspěšného vzdělávání dětí se syndromem ADHD [CD].

MATĚJČEK Z., 2011: Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: Portál, 344 s.

MIKULÁŠKOVÁ L., 2024: Zvládání náročného chování. [online]. [cit. 1.4.2024]. Dostupné z: katalogpo.upol.cz/mentalni-postizeni-nebo-oslabeni-kognitivniho-vykonu/intervence/4-3-8-zvladani-narocneho-chovani-5/.

MIOVSKÝ M., 2006: Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 332 s.

MIOVSKÝ M., SKÁCELOVÁ L., ZAPLETALOVÁ J. a kol., 2010: Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN, Centrum adiktologie – Psychiatrická klinika; 1. LF UK v Praze; VFN v Praze, 253 s.

NAVRÁTIL S., MATTIOLI J., 2011: Problémové chování dětí a mládeže. Praha: Grada, 119 s.

NILSSON K. W., SJÖBERG R. L., DAMBERG M., LEPPERT J., ÖHRVIK J., ALM P. O., LINDSTRÖM L., ORELAND L., 2006: Role of Monoamine Oxidase A Genotype and Psychosocial Factors in Male Adolescent Criminal Activity. *Biological Psychiatry*, 59: 121-127.

PETRUSEK M. a kol., 1996: Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum, 747 s.

PIPEKOVÁ J., 2006: Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Brno: MSD, 208 s.

PIVODOVÁ M., 2019: Kompetence pedagogů střední školy pro práci se žáky s projevy problémového chování. Bakalářská práce. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 39 s.

PTÁČEK R., 2007: Problematika ADHD ve škole. In PACLT, I. a kol. Hyperkinetická porucha a poruchy chování (s. 119-122). Praha: Grada.

PUGNEROVÁ M., KVINTOVÁ J., 2016: Přehled poruch psychického vývoje. Praha: Grada, 296 s.

RAYMOND F.L., TARPEY P., 2006: The genetics of mental retardation. *Human Molecular Genetics*, 15(2): 110-116.

REID K., 1999: Truancy and schools. London: Routledge, 337 s.

REIFOVÁ S. F., 2010: Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. Praha: Portál, 251 s.

SALARI N., GHASEMI H., ABDOLI N. a kol., 2023: The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 49(48): DOI <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>.

SKOPAL O., DOLEJŠ M., SUCHÁ J., 2014: Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování českých žáků a žákyň. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 73 s.

SOMMEROVÁ M., 2016: Problémové chování u žáků na 2. stupni základní školy. Bakalářská práce. Brno, Masarykova univerzita, 89 s.

ŠKODA M., 2006: Záškoláctví jako možný důsledek šikany na základních školách. Diplomová práce. Brno, Masarykova univerzita, 181 s.

ŠVARCOVÁ I., 2006: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 184 s.

THEINER P., 2007: Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi*, 2: 85-87.

TRAIN A., 2001: Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál, 200 s.

VÁGNEROVÁ M., 1999: Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 444 s.

VÁGNEROVÁ M., 2004: Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum, 170 s.

VÁGNEROVÁ M., 2014: Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 816 s.

VÁGNEROVÁ M., KLÉGROVÁ J., 2005: Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha: Karolinum, 430 s.

VALENTA M., MÜLLER O., VÍTKOVÁ M. a kol., 2021: Psychopedie – teoretické základy a metodika. Praha: Parta, 488 s.

VAŇÁSKOVÁ M., 2008: Dědičnost chování. Bakalářská práce. Brno, Masarykova univerzita v Brně, 28 s.

VOJTOVÁ., 2008: Úvod do etopedie. Brno: Paido, 127 s.

ZARRETT N., ECCLES J. S., 2006: The Passage To Adulthood: Challenges Of Late Adolescence. *New Directions for Youth Development*, 111: 13-28.

ZVOLSKÝ P., 2001: Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum, 208 s.

7 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Seznam respondentů

Respondent	Funkce	Pohlaví	Délka praxe
Respondent č. 1	pedagog	žena	14
Respondent č. 2	pedagog	žena	3
Respondent č. 3	pedagog	žena	9
Respondent č. 4	pedagog	muž	2
Respondent č. 5	speciální pedagog	žena	11
Respondent č. 6	asistent pedagoga	žena	7

Příloha č. 2: Otázky kladené respondentům včetně odpovědí

- *Ovlivňuje Váš přístup ke studentkám jejich diagnóza?*

Respondent č. 1: „Určitě ano, je důležité, aby člověk ke studentkám přistupoval individuálně. Každá dívka má jiné příznaky, potřebuje jiný přístup. Všichni se tu snažíme hledat cesty, jak jim pomoci.“

Respondent č. 2: Samozřejmě, velmi výrazně. Jiná práce je se studenty, které jsou mentálně postižené a jiná s těmi, které mají přidružené další znevýhodnění. U nás je to často ADHD, SPU, poruchy chování, emocí. Metody a techniky samozřejmě musíme přizpůsobit každému individuálně.“

Respondent č. 3: „Máme zde jedince s různými možnostmi a schopnostmi a snažíme se hledat různé cesty, jak jim pomoci. O diagnostikovaném problému potřebujeme vědět co nejvíc.“

Respondent č. 4: „Samozřejmě, že hraje a na základě diagnózy musíme volit metody a prostředky. Důležitá je hlavně správná diagnóza.“

Respondent č. 5: „Diagnózu vždy respektuji. Povinností každého dobrého pedagoga by mělo být podrobné seznámení se s diagnózou.“

Respondent č. 6: „Určitě, vždycky se snažíme s každou studentkou pracovat individuálně.“

- ***Zohledňujete diagnózu při hodnocení studentek?***

Respondent č. 1: „Pokud ujistím, že má studentka problémy a že bych ji demotivovala a odradila, tak jí práci neoznámkuji. Abych ji zbytečně neodradila. Většinou hodnotím slovně, chválím i malé úspěchy.“

Respondent č. 2: „Většinou preferuji slovní hodnocení, někdy kombinuji obojí. Hlavně mezi sebou studentky nikdy neporovnávám.“

Respondent č. 3: „Jistě a snažím se co nejvíc pozitivně motivovat, chválit, nekritizovat.“

Respondent č. 4: „Ano a většinou hodnotím slovně. Někdy obojí, známku i slovní hodnocení. Při hodnocení studentky nesrovnávám s ostatními, snažím se ocenit i malou snahu bez ohledu na výsledek, abych je neodradil v další práci. Pravidelně se snažím dívkám zadávat takové úkoly, jaké konkrétní dívky jdou a baví ji, aby každá měla možnost zažít pocit úspěchu.“

Respondent č. 5: „Ve své profesi speciálního pedagoga často pracuji s pozitivní motivací, chválím jak jen to jde. Soustředím se na to, kde se studentkám daří, kde jsou úspěšné. Posiluji jejich silné stránky.“

Respondent č. 6: „Určitě ano, kolegové používají slovní hodnocení, snaží se studentky pozitivně motivovat, posílit jejich sebevědomí.“

- ***Spolupracujete s dalšími odborníky/institucemi?***

Respondent č. 1: „V případě potřeby se obracím na své kolegy, speciální pedagožku nebo školní psycholožku. Někdy i na SPC nebo SVP. Za důležitou považuji spolupráci s OSPOD.“

Respondent č. 2: „Radím se s kolegy, vedením školy, školním psychologem, jinými odborníky, jako je např. pediatr, psychiatr, neurolog...“

Respondent č. 3: „Pro pomocnou radu si chodím ke kolegům nebo do SPC.“

Respondent č. 4: „Zatím jsem žádného kontaktu s jinou institucí nebo odborníkem nevyužil.“

Respondent č. 5: „Každý by si měl být vědom svým možností a limitů a nebát se obrátit na jiného odborníka. Speciální pedagogika je oblast multidisciplinární a měli bychom všichni spolupracovat.“

Respondent č. 6: „Když potřebuji něco zkonzultovat nebo poradit, zajdu za třídním učitelem.“

- *S jakými projevy náročného/problémového chování studentů se ve své praxi nejčastěji setkáváte?*

Respondent č. 1: „Tak škála projevů, které nám často znesnadňují práci, je pestrá. Nejčastější jsou asi výkyvy nálad, výbuchy emocí, vzdor, negativismus, nespolupráce. Problematická je také výrazná hyperaktivita, kdy některé studentky neudržíme na místě. Některé neustále vyrušují, pokřikují, hrají si s telefony a tablety, i když to mají zakázané.“

Respondent č. 2: „Afekty, plačtivost, výbuchy vzteku, agresivní chování, problémy s udržením pozornosti, vyrušování při hodině pokřikování nebo dokonce házením věcí. Lhaní, útky ze třídy, pozdní příchody do školy, záškoláctví. Hraní si s telefony. Neochota spolupracovat, negativismus, upoutávání pozornosti.“

Respondent č. 3: „Vyrušování ve výuce, pokřikování, vydávání různých zvuků. Prudké změny nálad, v jednu chvíli je dívka agresivní a za chvíli úzkostná. Nepříjemná je také verbální agresivita, některé dívky se slovně napadají nejen mezi sebou, ale během své kariéry se občas setkávám s nevhodnými komentáři i vůči své osobě. Drobnosti přehlížím, ale samozřejmě nemůžeme nechat vše bez povšimnutí.“

Respondent č. 4: „Neklid, nepozornost, rušení v hodině, výkyvy nálad, afekty, snaha za každou cenu upoutat pozornost, problémy s přijetím byt' i jen drobných změn, nespolupráce s autoritami, vulgární slova.“

Respondent č. 5: „Nejčastěji se setkávám s výbuchy všemožných emocí, výkyvy nálad, používáním vulgárních slov, nepozorností při plnění školních povinností, negativismem, agresivitou (většinou slovní, ale nezdíka se studentky napadnou i mezi sebou). Běžné je lhaní, drobné krádeže, záškoláctví. Mnohé studentky negativně vnímají jakékoliv změny.“

Respondent č. 6: „Agresivní chování, zejména pokud studentka napadá jiné osoby. Nepříjemné je provokativní chování, za každou cenu chtít upoutat pozornost, pokřikování, vydávání různých zvuků, neklid, nevyzpytatelné chování (kdy nelze předvídat, jak dívka zareaguje), vzdorovitost, negativismus, neochota spolupracovat a neakceptace pedagogů.“

- ***Které formy a metody práce se Vám v praxi nejvíce osvědčily při výuce studentek s oslabením kognitivního výkonu a problémovým chováním?***

Respondent č. 1: „Snažím se o maximálně individuální přístup a zohledňování individuálního tempa. Každé studentce vyhovuje něco jiného, každá má jiné potřeby a možnosti a snažím se hledat cesty, jak jí pomoci. Také se snažím o motivaci, co nejvíce chválit, podporovat, pokud se dívkám něco nepodaří. Nekritizuji a neporovnávám je. Některé dívky jsou zvýšeně unavitelné, potřebují si odpočinout, relaxovat, nutností je střídání aktivit. Občas jim přinesu něco sladkého (samozřejmě pokud vím, že žádná z dívek není diabetička). Ve škole také využíváme nácvik sociálních dovedností. Studentky si při něm osvojují dovednosti potřebné pro běžné sociální situace.“

Respondent č. 2: „Každá dívka je jiná, každá má jiné potřeby, takže ke každé je potřeba přistupovat hodně individuálně. Za celé tři roky, co vyučuji, nemohu říct, že bych stejný přístup uplatnila k více studentkám. Prostě na každou platí něco jiného. Některé mají hodně pomalé tempo, na to je třeba myslet. Určitě se nám osvědčuje pozitivní motivace a také dívky učit, že ne vše končí úspěchem a učíme je zvládat neúspěch přijmout. Já vyučuji přírodní vědy, takže pro zpestření občas do výuky zařazuji nějaké snadné pokusy, badatelsky orientované vyučování apod. U dívek se mi osvědčuje přátelská atmosféra, ale s vymezenými pravidly, důslednost. Pokud je nedodržují, máme zde žetonový systém.“

Respondent č. 3: „Se studentkami se snažím si co nejvíc povídat, vytvořit přátelskou a bezpečnou atmosféru, aby každá dívka věděla, že za mnou může kdykoliv přijít si popovídat, pokud ji bude něco trápit. Beru v potaz jejich momentální stav, psychický i fyzický. Povídáme si vzájemně i o tom, jaké chování je a není vhodné a proč. Při výuce máme daná pravidla, když je dívky dodržují, dostanou např. drobnou sladkost nebo se domluvíme na nějakém ozvláštnění příští vyučovací hodiny. K dívkám přistupuji individuálně podle jejich potřeb a tempa. V mé výuce je hodně baví malování při hudbě“

Respondent č. 4: „Základem je individuální přístup, na tom se zde myslím shodneme všichni. Důležitá je trpělivost, dostatek času na práci, ideálně nezasadovat časově omezené úkoly. Některým studentkám více vyhovuje ústní zkoušení, jiným písemné. Hodně procvičujeme a opakujeme. Musíme být tolerantní vzhledem k výkyvům dívek – jak ve výkonech, tak v chování. Snažím se jim zadávat úkoly i individuálně dle potřeb dané studentky, aby každá z nich dělala, co jí jde, baví a měla možnost prožít pocit úspěchu.“

Respondent č. 5: „Klidná, přátelská a vstřícná atmosféra, aby se dívky nebály v případě potřeby svěřit. Pozitivní motivace, nehodnocení neúspěšných prací, hodně chvály za úspěch nebo i snahu bez ohledu na výsledek. Podpora samostatnosti a kladného sebehodnocení. Střídání činností, čas na relaxaci. Návuk sociálních dovedností, u studentek s ADHD se nám osvědčila metoda EEG biofeedback. Výborné je zařazovat jakékoliv arteterapeutické aktivity, ty jsou mezi studentkami poměrně oblíbené. Uvolní se při nich, odreagují, lépe pak komunikují s námi i mezi sebou. Při pravidelných setkáních s dívkami probírám, co se jim podařilo, co nikoliv, povídáme se o vhodném a nevhodném chování, jaký si myslí že byl důvod nevhodného chování apod. Vždy také zohledňuji jejich aktuální fyzický a psychický stav.“

Respondent č. 6: „Ke studentkám se snažím být vlídná (i v situacích jejich špatného naladění nebo dokonce verbální agresivity), klidná, trpělivá a zároveň důsledná. Každá potřebuje jiný přístup.“